

A EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Hospital Epidemiology in the health Department of the city of Rio de Janeiro

Beti Brisse¹, Roberto de Andrade Medronho²

RESUMO

O presente trabalho procurou descrever o processo de criação e estruturação dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar (NEH) nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, através de entrevistas realizadas no ano de 2001 com profissionais de todos os núcleos existentes naquele momento. Constatou-se dois picos na criação destes núcleos, um em 1990, anterior à publicação, em 1993, de uma Resolução da SMS que criou oficialmente os Núcleos de Epidemiologia em hospitais, e outro em 2000, decorrente da criação de núcleos nos hospitais municipalizados. Os recursos humanos disponíveis em 2001 eram insuficientes para realizar as atividades administrativas dos núcleos, ocorrendo também um déficit de profissionais com formação em saúde pública. Encontrou-se carência de recursos materiais, especialmente de equipamentos de informática. Todos os núcleos realizavam atividades de vigilância epidemiológica, havendo tendência crescente para a produção e análise de indicadores e avaliação de serviços. A pouca valorização da informação por parte dos profissionais de saúde das unidades, especialmente os médicos, foi identificada como um entrave ao desempenho das atividades destes núcleos. Embora os NEH estejam contribuindo para um maior reconhecimento da importância da Epidemiologia no contexto hospitalar, há ainda um longo caminho a ser percorrido, no sentido de viabilizar melhores condições físicas, materiais e políticas que garantam o funcionamento adequado destes núcleos.

PALAVRAS-CHAVE

Epidemiologia hospitalar, epidemiologia, saúde pública

ABSTRACT

The present study reviews the process of creation and structuration of the Hospital Epidemiology Services in the units of the Department of Health of the city of Rio de Janeiro (SMS), through interviews with professionals of all the existent services in 2001. There were two peaks in the services creation: the first in 1990, before the publication in 1993 of a SMS Resolution that officially created the Epidemiology Service in the hospitals, and the second in 2000, after the hospitals affiliated to the federal government begun to be managed by the municipal district of Rio de Janeiro. The human resources available in 2001 were considered insufficient to accomplish the service's administrative activities. Moreover, there was a specific deficit of professionals

¹ Especialista em Saúde Pública. Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. e-mail: betibrisse@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ.

with specialization in public health. Lack of material resources was also observed, especially concerning computational equipments and supplies. All services accomplished disease surveillance activities and there was an increasing tendency for the production and analysis of administrative and clinical indicators and evaluation of services. Performance of the services was considered challenging since most health professionals, particularly medical doctors, usually do not consider information as a priority for their activities. Although the services are contributing to increase the importance of hospital epidemiology, there is still many problems to solve, such as better physical and political structures to ensure effective links between epidemiologic activities and hospital practice.

KEY WORDS

Hospital epidemiology, epidemiology, public health

1. INTRODUÇÃO

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, segundo o II Plano Diretor para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, está levando a uma transformação das práticas epidemiológicas, ampliando suas atribuições e campos de atuação. Neste sentido, a utilização da epidemiologia na organização e avaliação da assistência médica hospitalar começa a se tornar uma necessidade (ABRASCO, 1995).

No município do Rio de Janeiro, principalmente na década de 90, a Epidemiologia ampliou seu campo de atuação para o espaço hospitalar, com a instituição de Núcleos de Epidemiologia Hospitalar - NEH no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, através da Resolução SMS nº 433 de 11 de Maio de 1993.

Antes da publicação da Resolução nº 433 já existiam seis núcleos funcionando em hospitais municipais, datando a sua criação de 1990. A formação destes seis núcleos, aparentemente, não se deu em função de uma política indutora da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, e sim de características locais de cada unidade hospitalar. Antes mesmo, na década de 80, já havia hospitais em outras esferas e em outros municípios, como o Hospital dos Servidores do Estado, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, que estavam implementando seus Núcleos de Epidemiologia. Assim, é possível considerar que a Resolução nº 433 tenha servido para institucionalizar um processo que já vinha sendo efetivado Há algum tempo.

De acordo com o editorial da Revista Saúde em Foco (2000), que versou sobre a Epidemiologia Hospitalar e a qualidade na assistência:

“O hospital apresenta especificidades e grandes desafios, onde a Epidemiologia pode ser amplamente empregada. O enfoque epidemiológico é utilizado para o equacionamento dos problemas detectados a partir da observação, seja no âmbito da análise e utilização de

serviços, do controle de qualidade, do aprimoramento de decisões clínicas (incluindo o estabelecimento de protocolos e rotinas), da vigilância de infecção hospitalar e da notificação de agravos. (...) A utilização da metodologia epidemiológica constitui o fundamento para organizar melhor os serviços, produzir informação adequada e padronizada, contribuindo para a melhoria da assistência e elaboração de trabalhos científicos que divulguem os resultados obtidos na pesquisa dentro da instituição.”

Segundo a Resolução nº 433 as atribuições dos NEH são: a Vigilância Epidemiológica (VE), a Imunização e a Epidemiologia aplicada ao Serviço de Saúde. Dentre as atividades propostas destacam-se a construção de indicadores para a avaliação hospitalar, a elaboração de relatórios específicos para subsidiar programas de atenção à saúde e a investigação epidemiológica através de busca ativa de doenças de notificação, preenchimento de fichas e notificação de agravos. Mais recentemente, os NEH vêm se deparando com novas e crescentes demandas, como as investigações especiais para óbitos maternos, óbitos de causa mal definida e mortes violentas, assim como a vigilância das amputações de membros inferiores. De fato, o artigo 2º da resolução nº 433, prevê a necessidade dos NEH se adequarem à dinâmica de cada hospital, ao estabelecer que “*Os núcleos deverão se estruturar de acordo com a realidade de cada Unidade (...)*” (Brasil, 1993, grifos nossos).

Este artigo tem como objetivo descrever como se estruturaram os NEH nos hospitais municipais no Rio de Janeiro, buscando identificar tanto os fatores que propiciaram a sua implantação quanto os entraves a este processo. Busca-se, ainda, identificar quais as principais atividades que são desenvolvidas nos NEH.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Com o intuito de caracterizar as atividades dos NEH, foi elaborado um instrumento para a entrevista com os profissionais em atividade nestes Núcleos. O instrumento, contemplando perguntas fechadas e abertas, foi construído com a colaboração de professores do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC/UFRJ), e da subgerente de Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde - SMS/Rio e reformulado após pré-teste realizado em dois NEH não pertencentes à rede municipal (Hospital dos Servidores do Estado e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho). Todas as entrevistas foram gravadas com anuência do entrevistado.

O trabalho de campo transcorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2001. As visitas foram agendadas previamente, e as entrevistas feitas com os chefes (quando havia) ou com a pessoa mais antiga. Em apenas um núcleo a entrevista foi realizada em conjunto com dois profissionais, por opção destes. Não houve resistência de nenhum profissional quanto à realização ou gravação das entrevistas.

Foram realizadas entrevistas em 21 dos 22 NEH existentes na esfera municipal, pois um deles estava desativado. Em duas situações as entrevistas não puderam ser completadas a contento pois tratavam de NEH, que estavam começando a se estruturar. Houve, portanto, três perdas e a análise diz respeito a 19 núcleos.

Foi criado um banco de dados no aplicativo EpiInfo 6.04, onde foram armazenadas e analisadas as questões de natureza quantitativa. Num segundo momento, foram analisadas as questões abertas. Não foi utilizado nenhum método específico de análise de entrevista, buscando-se apenas interpretar e associar as falas dos entrevistados às questões levantadas, numa tentativa de entender as suas posições e as situações vividas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ENTENDENDO O PROCESSO DE CRIAÇÃO DOS NÚCLEOS

A Tabela 1 descreve a distribuição anual da criação dos NEH nos hospitais da SMS. Dois picos podem ser identificados: o primeiro em 1990, anterior, portanto à publicação da Resolução SMS nº 433, que cria oficialmente os NEH, e o segundo bem posterior, em 2000.

Tabela 1

Ano de criação dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar.

Ano	Frequência	Percentual
1990	6	31,6%
1995	1	5,3%
1996	1	5,3%
1997	1	5,3%
1999	1	5,3%
2000	6	31,6%
Ignorado	3	15,8%
Total	19	100%

A criação dos NEH no ano de 1990 deveu-se, fundamentalmente, a demandas internas vindas de administradores, em sua maior parte, com formação em Saúde Pública e que entendiam a necessidade e a utilidade de um setor de Epidemiologia para auxiliar no processo de gerência. Encontramos explicação para o pico de 2000 no processo de municipalização que vinha ocorrendo desde 1999 em diversos hospitais no Município do Rio de Janeiro. Com a criação dos novos organogramas destas instituições, que deveriam adaptar-se à organização

institucional do município, foi possível inserir os núcleos de Epidemiologia de acordo com o proposto na Resolução SMS nº 433, que preconiza em seu artigo 5º que os núcleos deverão estar subordinados diretamente ao Diretor da Unidade.

Chama atenção o fato de após a publicação da Resolução SMS nº 433 apenas três núcleos terem sido criados, um a cada ano consecutivo, de 1995 a 1997 (nenhum no ano seguinte à mesma), o que sugere alguma dificuldade na aceitação pelas unidades. O núcleo criado em 1999 foi também fruto da municipalização de um hospital. Apesar de considerar que, de fato, o *boom* verificado em 2000 está associado ao processo de municipalização dos hospitais federais, a Coordenação de Epidemiologia da SMS considera que houve, também, um movimento progressivo dentro da SMS de valorização da análise dos dados produzidos no âmbito hospitalar, e uma crescente importância do seu uso subsidiando o processo de tomada de decisões. A municipalização dos hospitais federais teria então, vindo dar um novo impulso a este movimento.

COMPOSIÇÃO DOS NÚCLEOS E ADEQUAÇÃO À ESTRUTURA PROPOSTA PELA RESOLUÇÃO SMS Nº 433 DE 12/05/93

A Resolução SMS nº 433 define uma estrutura mínima com relação a recursos humanos e materiais. Verificou-se que apenas 5 NEH mantinham-se funcionando em condições adequadas no que diz respeito aos recursos materiais.

No tocante aos recursos humanos, nenhum dos núcleos atendia à composição sugerida pela Resolução SMS nº 433. Havia escassez de funcionários administrativos - apenas seis NEH contavam com estes profissionais. A situação era ainda pior com relação aos profissionais de saúde de nível médio - havia apenas 3 auxiliares de enfermagem trabalhando nestes núcleos.

Havia, ao todo, 53 profissionais lotados nos 19 núcleos em questão. Chamou atenção o fato de que, dos 5 NEH que contavam com apenas um profissional lotado, 4 foram criados em 2000. Em 2 núcleos, havia apenas 2 profissionais; 6 hospitais contavam com três profissionais exercendo suas atividades no NEH; 4 contavam com 4 profissionais lotados e apenas 2 NEH continham 5 profissionais exercendo lá suas atividades.

Nem sempre havia dois profissionais de nível superior com formação em saúde pública lotados em cada NEH. Em 47,4% (9) deles havia apenas um profissional com tal formação. Em compensação, nos demais havia dois ou mais profissionais lotados. Em 2001 os NEH apresentavam em seus quadros 29 médicos, 7 enfermeiros, 5 psicólogos, 1 odontólogo, 3 auxiliares de enfermagem e 6 funcionários administrativos. Os médicos representavam 69% dos profissionais de nível superior em atividade nestes NEH. Destacavam-se os psicólogos, lotados como sanitaristas, que representavam 12% dos profissionais de nível superior.

Dos 42 profissionais com nível superior apenas 14,3% não possuíam formação em saúde pública, 4,8% eram enfermeiros com habilitação em saúde pública, 52,4% fizeram residência ou especialização, 23,4% concluíram o mestrado, e 4,8% tinham doutorado na área.

ATRIBUIÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS NÚCLEOS

As atividades previstas na Resolução SMS n° 433 foram analisadas no tocante ao tempo despendido para executá-las, aos profissionais responsáveis pelo seu desempenho, bem como aos agentes facilitadores e dificultadores encontrados para realizá-las.

A Tabela 2 ilustra a distribuição percentual das atribuições desenvolvidas pelos NEH. Nota-se que seguindo uma tradição da Epidemiologia nas unidades básicas, de todas as atribuições descritas na Resolução, apenas a Vigilância Epidemiológica (VE) era realizada por todos os núcleos. Esta é de fato uma atribuição fundamental, particularmente devido à crescente importância das doenças emergentes e re-emergentes no cenário epidemiológico brasileiro, em que se espera que diversos pacientes acometidos por estas enfermidades procurem serviços hospitalares e de emergência.

Tabela 2

Distribuição das atribuições desempenhadas pelos NEH.

Atribuições desenvolvidas	Freqüência	Percentual
Vigilância Epidemiológica	19	100
Indicadores	16	57
Vigilância de Óbitos	11	57,9
Comissão de Óbitos	17	89,5
Imunização	14	73,7
Acidente com material biológico	12	63,5
Comissão de Revisão de Prontuário	6	31,5

Quanto aos locais onde se obtinha com maior facilidade as informações referentes aos casos de notificação compulsória, a farmácia e o laboratório foram os mais referidos. Seis NEH afirmaram sempre obter as fichas de notificação de tuberculose nas farmácias. Todos eles pertenciam aos hospitais oriundos da esfera federal, que faziam a distribuição de tuberculostáticos, e para a liberação do medicamento era necessário apresentar a ficha de investigação. Ao somarem-se os NEH que sempre conseguiam obtê-las (66,7%) aos que conseguiam frequentemente (16,7%), encontrou-se um percentual elevado (83,4%), somente ultrapassado pelos laboratórios. Dos 17 NEH (89,5%) que obtinham dos laboratórios os resultados de

exames de doenças de notificação, 88,2% afirmaram sempre conseguir as informações e 23,5% as obtinham frequentemente. Apenas 1,3 % dos núcleos tinha dificuldades para a obtenção dos resultados dos exames. Os serviços clínicos foram também um local favorável para tais informações. Somando-se os que sempre conseguiam aos que as obtinham com frequência, encontrou-se um total de 83,4%, e nenhum dos NEH afirmou jamais conseguir obtê-las nestes serviços. Nas UTI - Unidades de Terapia Intensiva - 66,7% dos NEH as conseguiam sempre ou frequentemente. Nas emergências obtinha-se 80% das mesmas com certa facilidade. Nas 4 maternidades, os NEH sempre conseguiam obter as doenças de notificação, com especial ênfase para a sífilis congênita e resultados positivos de HIV. Destacou-se que encontravam a mesma facilidade para a vigilância de óbitos maternos. Situação inversa, porém, foi encontrada nos Serviços Cirúrgicos, onde raramente se conseguia alguma informação sobre doenças de notificação compulsória, totalizando 71,4% ao somarem-se os que nunca as obtinham e os que raramente as conseguiam. A situação era compartilhada pelos ambulatórios, onde 21,5 % dos núcleos jamais conseguiam obter Doenças de Notificação Compulsória – DNC – e 28,6 % só o faziam raramente.

As informações eram basicamente obtidas através de busca ativa por parte dos profissionais dos NEH, na maioria das vezes, diária, o que se dava - na opinião dos entrevistados - em função da falta de cultura médica e hospitalar quanto à notificação espontânea, e da incompreensão quanto à importância da mesma. Para realizar tal tarefa, 7 núcleos gastavam a maior parte ou todo o tempo, 7 gastavam metade do tempo ou mais, 2 núcleos 25% do tempo ou menos e 2 não sabiam precisar o tempo despendido. Quanto ao profissional responsável pela execução da VE, pelo menos um deles era médico, exceção feita aos 2 núcleos que eram compostos apenas por um enfermeiro.

Em geral, foram poucos os aliados citados para o desempenho desta atribuição. Destacaram-se a enfermagem, a pediatria e o serviço de Documentação Médica. Os médicos apareceram predominantemente (9 vezes) como os dificultadores; ou a cultura médica, que não valoriza ou compreende a importância da notificação. Foram citados também, a ausência de informatização dos hospitais e da Documentação Médica, a falta de administrativos que agilizassem o processo tentando localizar os prontuários na unidade – tarefa nem sempre simples –, o mau preenchimento e a as letras ilegíveis dos mesmos, bem como a qualificação inadequada dos profissionais que os preenchem.

A Comissão de Óbitos (CO) pareceu ser também uma atividade já incorporada aos núcleos. Mesmo os recém-criados já faziam parte das comissões, que são obrigatórias pelo CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Somando-se a isso, a Resolução n° 433 diz que um membro do

núcleo de Epidemiologia deve ter assento nas mesmas. A presença dos NEH nas comissões de óbito foi muito expressiva. Dos 19 NEH entrevistados, apenas 4 não participavam assiduamente das mesmas, dos quais dois não possuíam médicos lotados (profissional que participa das CO).

A frequência de participação nas CO variou, sendo que: 8 NEH citaram que se reuniam uma vez por mês e levavam 2 ou 3 dias para consolidar os dados; 4 deles reuniam-se uma vez semanalmente; 5 dedicavam maior tempo à coleta e análise, em geral os que faziam busca ativa de óbitos e estavam trabalhando com a planilha desenvolvida pela SMS no 2º semestre de 2000 como sugestão para uma melhor busca e análise do perfil de mortalidade das unidades. Uma psicóloga sanitária e residentes de saúde coletiva do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NESC/UFRJ, que tinham num dos hospitais seu campo de estágio, desempenhavam esta função.

Os médicos que preenchiam as Declarações de Óbito (DO) e a enfermagem, geralmente responsável pela alimentação do censo foram os aliados mais destacados, juntamente com a Divisão Médica, o setor de matrícula, a administração e a anatomia patológica - setores estes envolvidos no fluxo dos óbitos em determinados hospitais. Quanto aos dificultadores figuraram, contraditoriamente, os médicos que desconsideravam a importância da informação e o fato da Comissão de Óbitos ser montada basicamente em cima de chefias - que nunca tinham tempo para sentar e analisar os prontuários. A falta de Recursos Humanos nos setores de registro e de documentação médica foi também citada, pois retardava a liberação dos prontuários. Um último aspecto destacado foi a falta de retorno da SMS quanto aos consolidados gerados a partir das informações fornecidas pelos NEH.

Quanto à imunização, outra atribuição conferida pela Resolução, 5 núcleos (26,3%) não realizavam tal tarefa. E dos que realizavam, em apenas 2 (10,5%) ela era desempenhada pelos próprios profissionais do NEH. Nos 12 restantes (63,2%) os profissionais dos núcleos apenas eram os responsáveis por elas, participando das reuniões na Secretaria e fazendo a supervisão e controle de estoque e acondicionamento das vacinas. A execução, estava geralmente a cargo da enfermagem, o que é perfeitamente compreensível, uma vez que o perfil da clientela internada é bem diferente da que procura a rede básica, e, este é um serviço amplamente disponível por esta última. Além disso, a existência da imunização numa unidade hospitalar depende da presença de ambulatório de pediatria e serviço de emergência. Nos hospitais em que tal função é desempenhada pelos núcleos, geralmente são aplicadas apenas a BCG e Hepatite B em recém-natos e a Hepatite B e a Dupla para adultos (dT - combinação do toxóide tetânico e do toxóide diftérico) nos profissionais de saúde e pessoal de limpeza do próprio hospital, podendo ocorrer também o primeiro atendimento anti-rábico nas emergências. Houve dificuldade quanto à análise

do tempo despendido, facilitadores e dificultadores para a realização de tal atribuição, uma vez que ela não era desempenhada pelos profissionais do NEH.

Quanto aos indicadores, de uma maneira ou outra, quase todos os núcleos lidavam com eles, fosse na produção ou na análise, sendo que o número dos que apenas os analisavam (37,5%) era bem menor que o dos que se responsabilizavam também pela sua produção (62,5%). Há que se considerar, porém, que alguns núcleos trabalhavam apenas com os indicadores de óbito, outro apenas com os ambulatoriais, outro ainda, tentava traçar indicadores de processo.

Na Tabela 3 foram agrupados os indicadores trabalhados pelos NEH. Os provenientes do censo hospitalar foram: taxa de ocupação, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade global e institucional, intervalo de giro, índice de substituição; calculados com dados extraídos da movimentação dos pacientes no hospital. Os indicadores de óbito foram citados como aqueles provenientes das análises da Comissão de Óbitos. Os de infecção referiam-se à infecção hospitalar. Apenas um núcleo trabalhava com indicadores do ambulatório, relativos à produtividade. Os indicadores de vigilância da sífilis congênita e os específicos de neonatologia eram trabalhados exclusivamente pelos 4 hospitais que possuíam maternidades.

Tabela 3

Indicadores trabalhados pelos Núcleos de Epidemiologia.

Indicadores	Nº de NEH	%
Do Censo Hospitalar	8	62,5
Da Comissão de Óbitos	13	81,3
Infecção Hospitalar	4	25
Da Vigilância de Sífilis Congênita	4	100
Específicos de Neonatologia	2	50
Ambulatoriais	1	6,3

O tempo gasto para o desempenho desta atribuição foi bastante variável, a maior parte do tempo, todos os dias, ou apenas 2 ou 3 dias por mês. Em 2 núcleos a tarefa era desempenhada por psicólogos e enfermeiros, nos demais, eram os médicos os responsáveis. Figuraram entre os aliados a enfermagem (quando preenchia corretamente o censo), a Divisão Médica, a Documentação Médica, a Apuração de Dados, o Faturamento e a Estatística e a Comissão de Prontuários, bem como os setores clínicos. Os profissionais de saúde que não entendiam a importância do trabalho, em especial os médicos, foram os principais dificultadores apontados para o desempenho desta atribuição. A má qualidade do censo, a informação não fidedigna, a emergência e a ausência de um processo de informatização foram outros fatores citados.

OUTRAS ATRIBUIÇÕES

Dos 19 núcleos em análise, 84% realizavam outras atividades além das preconizadas pela Resolução. Dentre as mais freqüentes encontravam-se o controle de acidentes com material biológico, em que 6 núcleos tomaram para si tal responsabilidade. Em seguida vinham as Comissões de Prontuários, já em funcionamento em 4 núcleos e em discussão em mais 2. Estudos específicos como o perfil da clientela e da demanda atendida, patologias principais, determinantes sociais da doença em profissionais, porta de entrada, entre outros na área de planejamento, estavam sendo realizados em 5 núcleos. A vigilância de amputações de membros inferiores - demanda recente da Secretaria - estava sendo desempenhada em 4 núcleos, em hospitais onde havia a especialidade de cirurgia vascular. A avaliação de serviços foi citada por três núcleos como atribuição e a educação em saúde em 4, com destaque especial para as maternidades que realizavam também atendimentos a pacientes, parceiros e comunicantes com sífilis.

RELACIONAMENTO DOS NEH COM O CMS E O NÍVEL CENTRAL

O relacionamento com a Epidemiologia do Centro Municipal de Saúde (CMS) da área mostra-se importante na medida em que os núcleos devem reportar-se a estes no tocante à Vigilância Epidemiológica e à própria imunização. Verificou-se que o relacionamento com os CMS era favorável na maioria dos NEH (15). Dois deles estavam inseridos em reuniões nas respectivas Áreas Programáticas, e apenas 4 NEH consideraram o relacionamento burocrático ou ruim. Destes alguns preferiam reportar-se diretamente ao nível central. O relacionamento com a Coordenação de Epidemiologia no nível central foi também bem avaliado pelos profissionais entrevistados, ressaltando-se a ausência de devolução de informações citada por 2 NEH.

TREINAMENTOS, PUBLICAÇÕES E PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS

Considerando-se o papel educativo do núcleo no tocante à supervisão de algumas atividades, como é o caso da imunização, e na qualificação de profissionais para o desempenho de outras atividades, como atenção ao preenchimento de fichas de notificação, cuidados com materiais pérfuro-cortantes e acidentes com material biológico, e preenchimento adequado do censo, entre outras, investigou-se o quanto se estava investindo nesta atividade.

Dos 19 núcleos, apenas 6 não haviam ainda realizado algum tipo de treinamento em suas unidades. Palestras e treinamentos com residentes e estagiários novos foram bastante freqüentes em parceria com o Centro de Estudos, bem como treinamentos para médicos e enfermeiros. Os serviços e setores aos quais se aplicavam os treinamentos com maior freqüência foram o corpo clínico, a enfermagem, a

documentação médica e a emergência. Quanto aos temas abordados, destacavam-se imunização, vigilância epidemiológica, acidente com material biológico, doenças exantemáticas, dengue, reações adversas a vacinas, biossegurança, doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase para Aids e sífilis, rastreamento de doenças e acompanhamento em gestantes. A metodologia em pesquisa era oferecida em 4 núcleos aos residentes. No entanto, apenas 5 núcleos já haviam enviado trabalhos para congressos e 8 haviam publicado artigo na Revista Saúde em Foco - Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva da SMS/RJ, publicada em agosto de 2000, cujo número foi dedicado à Epidemiologia Hospitalar.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS NEH

Percebeu-se na fala dos profissionais entrevistados que as dificuldades atualmente enfrentadas para o desenvolvimento das atividades dos NEH eram as mesmas encontradas quando da estruturação dos mesmos. Dentre elas destacaram-se: a ausência de recursos humanos e computadores e a cultura médica e hospitalar que não compreendia ou valorizava a importância da Epidemiologia neste contexto.

A ausência de Recursos Humanos e de computadores são dois problemas sérios que dificultam a agilidade do trabalho, assim como impossibilitam a incorporação de outras áreas de atuação, ou mesmo as atribuições determinadas na resolução, que nem sempre são executadas. Cinco núcleos permaneciam funcionando com apenas um profissional lotado, e destes, apenas 3 tinham formação em saúde pública.

“A dificuldade é Recursos Humanos. A gente trabalha sozinho sem ter uma outra pessoa pra discutir, pra te ajudar, pra ampliar o campo de atuação”.

“A maior dificuldade é o registro de informações. E, eu estou sozinho, não tem ninguém pra me ajudar. Eu estou tentando mostrar o serviço, mas não estou conseguindo ainda engrenar o serviço.”

O sistema de informação de uma maneira geral foi apontado três vezes como um dos principais problemas. Como se pode observar no relato abaixo, os profissionais não conseguiam vislumbrar mudanças nessa situação, provocando certo desânimo.

“A questão do sistema de informação. Quando a gente vai ter uma perspectiva de tá trabalhando de uma forma mais racional? Eu não me incomodo de tá trabalhando braçalmente prontuário, de tá marcando cruzinha, mas desde que tenha uma perspectiva de mudança. E eu não vejo nada nesse sentido.”

Em seguida, apareceu a cultura médica, bem como a resistência dos profissionais de saúde quanto à notificação espontânea. Se juntarmos a esta as queixas quanto ao não entendimento da abrangência das ações do núcleo, verifica-se que este passa a ser o grupo predominante de dificuldades, apontado por seis núcleos.

“O entendimento no hospital da abrangência das ações do Núcleo de Programação e Epidemiologia, a não valorização até do serviço, há uma cultura dos médicos de não notificarem. (...) Eles não se sentem comprometidos. Não vislumbram o acompanhamento contínuo para o fechamento dos casos”.

“Eu acho que as dificuldades atuais são as informações. Por essa razão, de não ter essa cultura de informar, então você tem muita dificuldade pra pegar as informações, pra gerar indicadores, pra você ver como o hospital anda, o que que tá acontecendo dentro dele. Então essa é a nossa dificuldade, de não ter as informações. Até mesmo pra notificar, as pessoas não tem a cultura de vir notificar, você tem que correr atrás sempre, sempre... Então eu acho que isso é uma dificuldade.”

A dificuldade dos próprios profissionais dos NEH em entender o papel da Epidemiologia dentro do hospital, foi também um dificultador. De acordo com os entrevistados, este era um campo novo, que estava começando a ser explorado pelos sanitaristas. A maioria deles tinha experiências com Epidemiologia “de posto” (unidades de atenção básica à saúde), restringindo-se à vigilância epidemiológica. De acordo com os relatos foi preciso “descobrir” qual a aplicação possível para a Epidemiologia no espaço hospitalar.

“A dificuldade maior foi de conseguir achar o nicho da gente, sabe. Assim, o que a gente podia fazer?”

“(...) Na verdade ninguém de nós conhece o que é Epidemiologia Hospitalar. A gente aprende quando entra no hospital. Até então, saúde pública é uma coisa de posto de saúde. (...) Quem veio de Escola Nacional de Saúde Pública e do IMS – Instituto de Medicina Social – é a visão de Saúde Pública de Posto. Então é uma coisa assim: todo mundo veio de posto pra cá. Ninguém tinha visão de hospital.”

A questão da identificação da Epidemiologia como algo que vai além da vigilância epidemiológica foi quase uma surpresa para alguns profissionais. A impressão era que de fato, para alguns dos entrevistados, só a partir do momento em que chegaram aos NEH perceberam as inúmeras possibilidades de trabalho oferecidas pela Epidemiologia no ambiente hospitalar.

O APOIO DA DIREÇÃO

No tocante ao apoio da direção é interessante notar que três núcleos destacaram que não tiveram dificuldades políticas, consideradas as mais difíceis e “comuns”, mas apenas dois núcleos relataram tal dificuldade, caracterizada como falta de apoio da direção, como citado abaixo:

“A nova direção concedeu o espaço para sala e quer que o serviço cresça. Antes nós não tínhamos essa condição. A gente existia porque foi criado no organograma do hospital, mas a gente ficava um pouco alijada do funcionamento normal do hospital.”

É necessário ressaltar, no entanto, que alguns profissionais relataram ao serem indagados quanto aos problemas de estruturação do NEH ou aos atuais, que não tiveram problemas com a direção, o que na opinião deles era um dos grandes problemas enfrentados pela maioria dos núcleos. O fato é curioso, e pode-se pensar num certo viés, já que as entrevistas estavam sendo gravadas. Os entrevistados afirmaram a importância do apoio da direção no sentido tanto de estruturar como de desenvolver as atividades, uma vez que implicava em maior reconhecimento, maior facilidade de acesso a serviços e material, por exemplo.

Pareceu, porém, que as direções estavam descobrindo a potencialidade dos NEH, no sentido da organização de informações e da avaliação de serviços, como uma ferramenta de gerenciamento, conforme se verificou em alguns depoimentos.

“(...) Não é só aquela visão de que a Epidemio vai fornecer dados. A gente participa das reuniões de colegiado e com algum poder decisório, não é só aquela coisa de entregar os dados e pronto”.

O PAPEL DO NÚCLEO NA REDE

Três questões básicas foram apontadas pela maioria dos profissionais: a produção de informações para assessoria técnica à direção, a Vigilância Epidemiológica, e a possibilidade de pensar a rede auxiliando em seu planejamento e integração. O papel da Epidemiologia como auxiliar no gerenciamento da Unidade, bem como instrumento para melhor planejamento de todos os níveis de assistência, foi diversas vezes destacado, bem como a possibilidade de programação e o diferenciamento dos papéis e funções da Epidemiologia da rede básica apontando para um aspecto favorável do NEH - a possibilidade de poder estar pensando e discutindo a rede.

Melhorando a qualidade das informações e da assistência prestada, redirecionando o atendimento, redimensionando a demanda, trabalhando os dados da unidade de forma a alcançar maior resolutividade, os NEH acabavam por fim

promovendo a melhoria da imagem e do atendimento da rede. A integração da rede era um desejo de todos e pareceu consenso que o núcleo podia ajudar nesse sentido. A Vigilância Epidemiológica figurou nos relatos como atribuição de grande importância, na medida em que ajudava não somente a caracterizar o quadro epidemiológico, mas também como uma possibilidade de interação com a rede, de troca de informações, como um suporte para o Centro Municipal de Saúde. Um entrevistado vislumbrou ainda o papel da Epidemiologia como co-participante no processo de transformação cultural.

“Acho que a formação mais coletiva é fundamental, né. Acho que a cultura do profissional de saúde ainda é muito, preponderantemente, em cima de relações individuais, né. Nossa formação dá maior facilidade de entender os processos de forma mais complexa, entendeu, de entender o processo saúde-doença. Não só a questão biológica, mas também a questão política, né, a questão social. Eu acho que a gente acaba sendo assim um pólo multiplicador, né, de tanto que a gente fica batalhando isso no dia-a-dia, as pessoas acabam tendo uma mudança na forma de encarar as coisas, né.”

Um último aspecto foi destacado em relação ao papel do núcleo na rede, a identificação do NEH como sentinelas. Um profissional apontou para a questão e ampliou a discussão, levando em consideração outros papéis importantes, como o fornecimento de dados para o gerenciamento local, a avaliação de programas da rede básica, e a dificuldade em dar conta de todas essas questões com a escassez de tempo, recurso humanos, físicos, problemas políticos.

“Nos hospitais a gente tem condições de ver o que se passa melhor na cidade. Se juntassem as informações todas como um todo... A gente é tipo a sentinela das coisas que vão acontecendo na cidade, mas eu acho só que no momento ainda é muito pouco utilizado, organizado, e a gente é visto muito ainda como trabalhador braçal, pra fornecer dados. E a coisa não é bem assim. Você começa a se assobrar de mil coisas que, as vezes têm questionada a sua utilidade. E você não tem tempo pra tá atento à outras que são importantes. Dá pra avaliar como estão funcionando os programas, porque é aqui que bate um “pé diabético” que não foi bem atendido no programa de diabetes, é aqui que bate um hipertenso que não conseguiu remédio...”

Este último relato aponta toda a potencialidade dos NEH para a gestão e a avaliação de serviços, não somente no espaço interno do hospital, mas na própria rede. Vários estudos e inter-relações são possíveis entre os diversos níveis de atenção. Para isto, porém, é preciso que haja maiores esforços para que se atenda ao menos aos requisitos mínimos da resolução como os recursos humanos, físicos e materiais.

4. CONCLUSÃO

A despeito da Resolução SMS nº 433 de 11/05/93 ter criado oficialmente os Núcleos de Epidemiologia nos hospitais que compõem a rede municipal, alguns deles já existiam e foram fruto de iniciativas particulares dos hospitais, que, sob gerências envolvidas com a Saúde Pública e trocando experiências com outros núcleos, externos à SMS, deram início a tal processo.

O surgimento de apenas três novos NEH após a Resolução e somente dois anos depois de sua publicação sugere que a mesma não tenha logrado o êxito esperado. Apesar da normalização proposta, somente sete anos depois houve um novo impulso de criação de NEH, no bojo do processo de municipalização de alguns hospitais federais, e da incorporação crescente no interior da SMS da valorização da informação como ferramenta de gestão. Ao que parece, então, a Resolução veio legitimar um processo que se dava na vida cotidiana de alguns hospitais e não teve força suficiente para modificar a estrutura dos núcleos, uma vez que todos permaneciam inadequados em relação ao número de profissionais e a grande maioria em relação aos recursos materiais propostos pela mesma, fatores que faziam com que muitos NEH não conseguissem dar conta de todas as suas atribuições.

As atividades desenvolvidas pelos núcleos sofreram também transformações. Embora 100% destes realizassem a VE, havia uma tendência crescente para a produção e análise de indicadores, bem como a avaliação de serviços. Os núcleos que não realizavam tal atribuição pareciam desejar fazê-lo. Havia um aparente consenso quanto à principal atribuição do núcleo: a assessoria técnica, como ferramenta de gestão para a direção dos hospitais. A imunização, ao contrário, não vinha sendo desenvolvida pelos núcleos, ou estava apenas sob sua responsabilidade, e não sua execução.

Os principais dificultadores para o desempenho das atividades dos profissionais dos NEH foram relatados como a cultura médica e hospitalar que não valorizava a importância da informação, a escassez de recursos humanos, físicos e materiais, e a ausência de um processo de informatização dos setores responsáveis pelos registros das instituições. Estas mesmas dificuldades foram apontadas quando os entrevistados referiram-se à estruturação dos núcleos, o que demonstrou que apesar do movimento de conscientização da importância da Epidemiologia Hospitalar, no dia-a-dia, pouca coisa se modificou.

Não obstante a ampliação do campo de ação dos NEH foi clara a associação de praticamente todos os profissionais entrevistados entre Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica, que permanecia sendo realizada através de Busca Ativa demonstrando que não havia ainda por parte dos demais profissionais de saúde a consciência da importância de tal atividade.

Uma importante questão detectada durante as entrevistas, talvez a mais significativa, a falta de entendimento da Epidemiologia e do que podem gerar as informações, parece ser um grande dificultador para a realização das atribuições dos NEH. Os próprios profissionais afirmaram desconhecer, a princípio, as inúmeras possibilidades de trabalho e campos de atuação para a Epidemiologia no espaço hospitalar. De fato, era uma experiência nova para muitos destes, em grande parte, oriundos da Rede Básica, ligada à VE, e houve dificuldades reais para descobrir-se o que se poderia fazer, qual a utilidade e aplicabilidade da Epidemiologia no ambiente hospitalar. Somente no dia-a-dia, os profissionais foram encontrando seu lugar, suas possibilidades, diferenciadas em cada unidade. E esta é outra questão importante a ser abordada. Os hospitais possuem especificidades muito distintas, desde um pequenino hospital de atendimento pediátrico, passando por um específico para reabilitação, às maternidades, até às grandes emergências. Este fato torna difícil a comparação entre os mesmos.

O relacionamento dos NEH com o CMS e com o nível central revelou-se positivo, havendo integração de atividades em alguns, e sendo destacado positivamente a integração entre toda a Área Programática (AP) por dois núcleos.

Percebeu-se que havia diferenças mais marcantes entre os núcleos criados anteriormente à Resolução e os posteriores. Os primeiros pareciam gozar de maior prestígio com as direções das unidades, tendo maior participação nos fóruns decisórios e tendo conquistado algum respeito e reconhecimento dentro das unidades. Este fato vem reforçar o que já foi comentado quanto à Resolução, no sentido de que esta não conseguiu ampliar o processo que vinha se dando no interior de tais hospitais para os demais, demonstrando a necessidade do reconhecimento pela instituição da importância e da necessidade/utilidade dos NEH. Tal reconhecimento parece ainda não ter se dado em algumas delas, o que foi demonstrado pela falta de apoio das direções e o desinteresse ou não disponibilidade de cooperação de outros serviços.

Finalmente, reconheceu-se que, embora houvesse um número considerável de NEH criados e em funcionamento, havia ainda um grande caminho a percorrer, no sentido de uma melhor estruturação física e política para o bom funcionamento dos mesmos. Ressalta-se, porém, que pelas observações e diálogos mantidos durante as entrevistas, havia maior conscientização da importância da Epidemiologia no contexto hospitalar, e o Sistema Único de Saúde, abre novas possibilidades para tal ao propor a reorientação do Modelo de Atenção à Saúde.

* Agradecimentos: Os autores são gratos a Marisa Miranda Theme Filha, Gerente de Epidemiologia Aplicada a Serviços de Saúde SMS/RJ e Cristiane Silva Cabral, Chefe do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Municipal da Lagoa/RJ, pelo apoio e contribuição tanto para a consecução do trabalho como nas críticas ao mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. *II Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 1995-1999*. Mimeo. Rio de Janeiro, 1995.
- BRASIL. Resolução SMS n. 433 de 11 de maio de 1993. *Diário Oficial da União*, 1993.
- SMS/RJ. Superintendência de Saúde Coletiva. Informe epidemiológico em Saúde Coletiva. *Revista Saúde em Foco*. ano IX, n. 20, ago. 2000.
- WEINSTEIN, J. W.; MAZON, D.; PANTELICK, E.; REAGAN-CIRINCIONE, P.; DEMBRY, L. M.; HIERHOLZER JR, W. J. A decade of prevalence surveys in a tertiary-care center: trends in nosocomial infection rates, device utilization, and patient acuity. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. v. 20, n. 8, p. 543 – 548, 1999.