



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Patricia Alexandra Schettert

**Vigilância hospitalar:
possibilidades e obstáculos de uma prática integrada**

Rio de Janeiro

2008

Patricia Alexandra Schettert

**Vigilância hospitalar:
possibilidades e obstáculos de uma prática integrada**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos.

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

S327 Schettert, Patrícia Alexandra S.
Vigilância hospitalar: possibilidades e obstáculos de uma prática integrada / Patrícia Alexandra S. Schettert. – 2008.
223f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Hospitais – Teses. 2. Vigilância epidemiológica – Teses. 3.
Infecção hospitalar – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Patricia Alexandra Schettert

**Vigilância hospitalar:
possibilidades e obstáculos de uma prática integrada**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 24 de junho de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Jane Dutra Sayd
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Lucia Penna
Instituto de Medicina Social – UERJ

Dra. Monica Martins
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Dra. Denise Schout
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina – USP

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Ao meu Deus, pela oportunidade de realizar este trabalho;

A minha família, pelo apoio e companheirismo;

Aos profissionais que atuam na área da saúde, gestores e educadores, que não desistem de lutar por um sonho:

uma realidade melhor para nosso semelhante.

AGRADECIMENTOS

Ao Bizarro, pelo apoio e carinho em todas as horas, mas principalmente as mais difíceis.

Ao Salmar e Dieme, por sempre acreditarem e me apoiarem, mesmo nos momentos em que lhes era tirado o que tinham de direito.

Aos amigos e colegas, em especial, aqueles que acreditam neste sonho e que juntos ajudaram a construir caminhos capazes de mudar a realidade.

Às instituições de saúde, ensino e profissionais, que acreditaram e permitiram a realização desta pesquisa.

Ao Ruben, por sua capacidade e sensibilidade em permitir o momento mágico de cada um, mas principalmente por acreditar nesta possibilidade, mesmo nos momentos difíceis, quando hoje, somente hoje, posso perceber o que não conseguia ver...

Podemos aprender um pouco nas histórias infantis e gosto de lembrar neste caso de **Alice no país das Maravilhas**: quando, em uma das cenas, deparando-se com uma estrada que se bifurca em dois caminhos, Alice indaga ao Coelho.

Qual dos dois caminhos deve seguir.

O Coelho responde devolvendo-lhe uma pergunta:

"Para onde você quer ir?"

Alice diz que não sabe e o Coelho, então, responde:

"Se você não sabe para onde ir, tanto faz qual dos caminhos irá tomar".

RESUMO

SCHETTERT, Patrícia Alexandra. *Vigilâncias hospitalar: possibilidades e obstáculos de uma prática integrada*. 2008. 223 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

O presente estudo discute a questão da integração das vigilâncias em âmbito hospitalar (vigilância epidemiológica hospitalar e vigilância do controle de infecção hospitalar), analisando as possibilidades e impossibilidades dessa integração. Examina os aspectos histórico-políticos e as concepções teórico-práticas de organização dos serviços de vigilância hospitalar, buscando identificar as diferenças e semelhanças entre as duas vigilâncias. A análise inicial permitiu examinar em que medida os limites impostos pelas especificidades de cada vigilância contribuem para sua prática de forma desintegrada. Em seguida realizou-se pesquisa de natureza qualitativa, por meio de entrevistas com grupos focais de profissionais que atuam na vigilância das infecções hospitalares e da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. O material localizado nos grupos focais foi analisado utilizando-se categorias construídas a partir do próprio material. As vigilâncias hospitalares têm tentado encontrar formas de mudar suas práticas, buscando romper com os caminhos neutralizados, buscando uma aproximação entre as vigilâncias, pois havia muito conflito relacionado a questões técnicas advindas da formação diversificada entre os profissionais que atuam na área. Hoje a busca de novos caminhos foi possível pela mudança da percepção dos profissionais apenas, sem a imposição da gestão, ao perceberem a necessidade de reorganizar o serviço de vigilância hospitalar de forma horizontalizada, construindo um diagnóstico com múltiplos olhares/saberes, como práticas aliançadas com a transformação da realidade de sua unidade hospitalar. Alguns apontam a necessidade de se discutir um novo conceito para Vigilância Hospitalar, capaz de reconhecer além da vigilância das infecções hospitalares e vigilância epidemiológica, capaz de incluir também a vigilância ambiental, assim o conceito de vigilância em saúde no território hospitalar deve possibilitar uma visão mais ampla para a VH. Esta vem enfrentando dificuldades ao tentar reorganizar suas práticas, principalmente em sua infra-estrutura, e os recursos humanos têm sido o maior problema. Reconhecem que um serviço de VH requer normas, fluxos, protocolos, etc. para integrar suas práticas, o que exige construir a integração. Embora acreditem que a integração não deva começar pela mudança da estrutura do serviço, mas pelo processo de trabalho, esperam que, ao final dessa construção, seja criada uma regulamentação que proponha a integração das vigilâncias, efetivando a proposta.

Palavras-chave: Política de saúde. Infecção hospitalar. Vigilância epidemiológica.

Vigilância em hospitais. Vigilância em saúde. Integração.

ABSTRACT

This study discusses the integration between surveillances in hospitals (epidemiological surveillance and hospital infections control), analyzing the possibilities and impossibilities of such integration. It assesses the historical and political aspects, and the theoretical and practical concepts of services organizations in hospital surveillance, trying to identify the differences and similarities between both surveillances. The initial analysis allowed examining how limits imposed by the specificities of each surveillance help their practice in a non-integrated way. Then a qualitative research was carried out, through interviews with focal groups that work in hospital surveillance and epidemiological surveillance in hospitals, and in the hospital infection controlling committee. The material collected from the focal groups was analyzed through categories that arose from this same material. Hospital surveillances have been trying to change their practices, trying to break with neutralized ways, since there were many conflicts concerning technical issues coming from the differentiated formation of professionals who work in this field. Nowadays the search for new ways has been made possible by the change of perception among these professionals only, not imposed by managers, when they realized the need to reorganize hospital surveillance in a horizontal manner, building a diagnosis with multiple sights/knowledge, as practices committed to transforming reality in their hospital unit. Some point to the need of discussing a new concept for hospital surveillance, able to recognize hospital infection and epidemiological surveillances, as to include environmental surveillance, so the concept of health surveillance in hospital will allow a wider view of hospital surveillance. This one has hardly reorganized its practices, mainly its infrastructure, and human resources are the main problem. They realize that hospital surveillance demands rules, trends, protocols etc. to integrate their practices, and this requires integration. Although they believe integration must not start with changes in the service's structure, but in the work process, they hope that, after this construction, legislation is created to propose integration among surveillances, thus making this proposal affective.

Keywords: Health politics. Hospital infection. Epidemiological surveillance. Hospital Surveillance. Integration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Quantitativo de profissionais por comissão – 2001-2003	39
Tabela 1	Perfil dos componentes do grupo focal do Rio de Janeiro	98
Tabela 2	Perfil dos componentes do grupo focal de São Paulo	99
Gráfico 2	Perfil dos componentes dos GF quanto à formação	99
Gráfico 3	Perfil dos componentes dos GF quanto a qualificação	100
Gráfico 4	Representação do tempo de atuação na VH dos componentes do GF	100

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Relato de experiência	12
1.1.1	Fases do planejamento de implantação	15
1.1.2	<u>Criação de uma nova política específica em vigilância hospitalar para o território nacional</u>	42
1.2	Objetivos	54
2	VIGILÂNCIA HOSPITALAR x REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	57
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	73
3.1	Representações gerais do estudo	74
3.2	Metodologia como opção conceitual	75
3.3	Sujeito e cenário da pesquisa: vigilância hospitalar dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo	79
3.3.1	<u>Descrição do território</u>	81
3.3.2	<u>Rede hospitalar</u>	83
3.3.3	<u>A importância da vigilância hospitalar nesse território e seus modelos</u>	84
3.4	Estudos preliminares	87
3.5	Abordagem técnica do trabalho de campo	91
3.5.1	<u>Técnica de grupo focal</u>	92
3.5.2	<u>Composição dos grupos focais</u>	95
3.5.3	<u>A entrada no campo</u>	95
3.5.4	<u>Características dos grupos focais da pesquisa</u>	98
3.6	Organização e análise dos dados	101
3.6.1	<u>Descrição da organização dos dados</u>	101
4	ANÁLISE	104
4.1	Momento mágico para integração das vigilâncias em âmbito hospitalar	104

4.1.1	<u>Sentem que são diferentes</u>	104
4.1.2	<u>Ação desintegrada das vigilâncias</u>	105
4.1.3	<u>Trabalho vertical x trabalho horizontal</u>	106
4.1.4	<u>Muitos acreditam ser importante a integração</u>	107
4.1.5	<u>Chegada de um momento especial</u>	109
4.1.6	<u>A partir da vontade dos profissionais</u>	110
4.1.7	<u>Necessidade de apoio para conseguir a integração</u>	112
4.1.8	<u>Existência do movimento da integração das vigilâncias</u>	113
4.1.9	<u>A nova vigilância hospitalar</u>	115
4.2	Reorganização do serviço de vigilância hospitalar	116
4.2.1	<u>Estrutura da vigilância hospitalar</u>	116
4.2.2	<u>A legislação como eixo de mudança</u>	118
4.2.3	<u>Após a criação da Portaria n. 2.529/04</u>	120
4.2.4	<u>A vigilância hospitalar em uma única estrutura</u>	122
4.2.5	<u>Coordenação do serviço de vigilância hospitalar</u>	126
4.2.6	<u>Importância da estrutura organizacional para vigilância hospitalar</u>	130
4.2.7	<u>Estrutura organizacional das vigilâncias no nível central</u>	131
4.2.8	<u>O sistema organizacional provoca desintegração na vigilância hospitalar</u>	133
4.2.9	<u>Vigilância hospitalar em unidades complexas</u>	135
4.2.10	<u>Um novo conceito de vigilância hospitalar</u>	137
4.2.11	<u>Nova portaria com proposta de integração</u>	139
4.3	Processo de trabalho como foco	142
4.3.1	<u>Organização a partir do objeto de pesquisa</u>	148
4.4	Organização do serviço	153
4.4.1	<u>Busca ativa como metodologia de trabalho</u>	157
4.4.2	<u>Reuniões como atividade de vigilância</u>	160

4.5	Formação pode construir atitudes	162
4.5.1	<u>A formação influencia as práticas desagregadas</u>	162
4.5.2	<u>A formação do gestor influencia o modo de pensar e priorizar as ações no hospital</u>	164
4.5.3	<u>As diferenças na formação e o entendimento de um novo conceito</u>	165
4.5.4	<u>Um novo conceito de realizar suas práticas é possível no serviço</u>	166
4.6	Outras funções que podem contribuir para integrar	167
4.6.1	<u>Espaço no serviço para o ensino</u>	167
4.6.2	<u>A pesquisa na vigilância hospitalar</u>	171
4.7	A informação integrada	175
4.7.1	<u>Papel/objetivo da informação construída pela vigilância hospitalar</u>	175
4.7.2	<u>Impacto provocado no sistema da informação da vigilância hospitalar</u> ...	178
4.7.3	<u>Dificuldades encontradas para construir a informação</u>	179
4.7.4	<u>Formas de divulgar a informação construída pela Vigilância hospitalar</u> ..	181
4.7.5	<u>A gestão utilizando a informação</u>	182
4.7.6	<u>Atualização da informação</u>	183
4.7.7	<u>Informação entre as vigilâncias hospitalares</u>	183
4.7.8	<u>Participação de outras comissões como apoio na construção da informação</u>	184
4.7.9	<u>O sanitarista como inimigo do povo</u>	185
4.8	Atitude dos profissionais diante da proposta de vigilância hospitalar	186
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	204
	REFERÊNCIAS	218
	ANEXO A – Formulário de avaliação dos prontuários	
	ANEXO B – Modelo da OPS para vigilância epidemiológica	
	ANEXO C – Proposta de VH para RJ a partir do modelo da OPS	
	ANEXO D – Formulário de análise de óbito	

ANEXO E – Relação dos hospitais da rede de referência do subsistema de vigilância epidemiológica do estado de São Paulo	222
ANEXO F – Relação dos hospitais do RJ que pertencem à rede de referência do Subsistema de Vigilância Epidemiológica	223
ANEXO G – Mapa indicativo dos núcleos do subsistema e suas representações quanto ao modelo de vigilância hospitalar implantado.	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Relato de experiência

Na condição de ex-gerente dos Núcleos de Vigilância Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro, responsável técnica pelo Subsistema de Vigilância Epidemiológica do estado do Rio de Janeiro e membro do Comitê Assessor do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, protagonizamos os processos políticos e técnicos que ocorreram, no período de 2001 a 2006, com a criação dos Núcleos Vigilância Hospitalar/RJ (Resolução nº 1.843/02 SES/RJ). No mesmo período participamos da equipe que formulou a minuta da Portaria nº 2.529/04 GM/MS, instituindo o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Esse privilegiado espaço de gerência fornece a oportunidade de relatar a visão de quem esteve inserido no processo de criação, implantação e implementação dos projetos, no nível nacional e estadual. E traz a oportunidade de refletir sobre pontos importantes a serem discutidos no Subsistema de Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar, afastando qualquer pretensão de apresentar uma atitude de distanciamento. Entretanto, relações intensas com o objeto de estudo, do ponto de vista ideológico e político, não são propriamente estranhas, com sua marcada característica de *envolvimento e comprometimento*.

Tentaremos relatar momentos dessa caminhada de lutas e realizações, que tanto traz recordações, quando foi possível sonhar com a possibilidade de uma verdadeira descentralização da VE para hospitais, com uma visão de horizontalidade nas atividades das vigilâncias em âmbito hospitalar.

Em 1999, trabalhando como assessora na Vigilância Sanitária na SES/RJ, criamos um mapa diário para inspeção de rotina e as inspeções provocadas por inúmeras denúncias sobre irregularidades que ocorriam em hospitais e clínicas no estado. Atuando nessa assessoria, foi possível ampliar nosso conhecimento sobre os hospitais e conhecer melhor a rede hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, pois não conhecíamos a real situação da rede hospitalar e suas necessidades.

Antes desta fase, desenvolvíamos nossas atividades como docente na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e atuávamos como enfermeira responsável do Programa de Tuberculose e HIV/AIDS na APII.2, em um Posto de Atendimento Médico (PAM/SMS/RJ). Quando a gerência do VIGISUS nos convidou a assumir, como responsável técnica, o Subprojeto de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, na implantação e implementação de 19 núcleos hospitalares, a princípio relutamos, pois pouco conhecíamos da área (se é que alguém conhecia). Finalmente, aceito o desafio, definimos as estratégias para começarmos as etapas de implantação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica nos hospitais, inicialmente como projeto pioneiro na rede própria do estado.

Como a proposta do VIGISUS/RJ em 1999 era estruturar a Vigilância da Saúde, descentralizando as ações para todos os municípios e regiões, com vistas a minimizar as desigualdades regionais, surgiu a necessidade de se implantar núcleos de epidemiologia hospitalar nas unidades próprias do estado. O objetivo era coordenar ações, inicialmente, de vigilância epidemiológica desenvolvidas no âmbito do hospital, incorporando métodos, técnicas e instrumentos provenientes da epidemiologia, do planejamento, das ciências sociais e da tecnologia da informação. Isso permitiria realizar análises de situações de saúde específicas e gerais que reorientariam as ações e serviços prestados pelas unidades operacionais, no âmbito

da vigilância da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e a relação custo-benefício das ações desenvolvidas.

Com esses objetivos, descentraliza para a área da Vigilância Hospitalar a vigilância epidemiológica, que era de notificação e investigação dos agravos de notificação compulsória, com envio das fichas de notificação, conforme fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, conceito este que limitava as possibilidades de atuação para melhores informações sobre a situação em saúde da unidade, deixando subutilizada a equipe em seu potencial de atuação. Assim, pretendia-se dar um salto, talvez para alguns longe demais, na proposta de vigilância epidemiológica hospitalar, diferente do objetivo de outras experiências relatadas em diversos estados brasileiros, de somente detectar e investigar os casos de doenças de notificação compulsória.

Para a implantação, foi necessário avaliar as unidades. Estas foram listadas e analisadas e, a princípio, foram selecionadas 19 unidades. Segundo a equipe, estas unidades seriam contempladas com recursos humanos que atuariam como sanitaristas hospitalares e agentes administrativos específicos para atuar nos núcleos de epidemiologia hospitalar, em concurso já realizado. Cada unidade receberia dois sanitaristas e dois agentes administrativos. Além dos recursos humanos, cada unidade receberia mobiliário, equipamento de informática e material de consumo, contemplando toda a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento do projeto.

Ao assumir a responsabilidade técnica do projeto decidimos reavaliar imediatamente as unidades pré-selecionadas, inclusive com vistas à organização das equipes, uma vez que os profissionais concursados estavam em vias de chegar. Na ocasião, foi necessário excluir duas unidades do subprojeto, uma por não possuir

o perfil necessário e apresentar perfil mais de uma unidade básica, e a outra, por ser um sanatório psiquiátrico. Ao final permaneceram 17 unidades no subprojeto, o que gerou a necessidade de redistribuir os recursos humanos das unidades excluídas, como sanitaristas e administrativos, para outros núcleos.

Redistribuição não é algo simples, sobretudo porque as vagas no concurso foram específicas para cada unidade. Podia-se realizar, se necessário, a transferência somente cinco anos após a posse, e além disso, alguns técnicos não tiveram interesse de sair de sua unidade. Tentando amenizar a situação, solicitamos que eles apresentassem uma proposta que contemplasse a realidade daquelas unidades, a partir do conceito de vigilância da saúde.

Na ocasião, a fim de planejar a implantação do subprojeto, listamos sete fases, com objetivos, metas e missão dos núcleos, inclusive com proposta de alteração do quantitativo dos recursos humanos e alteração do nome da proposta, conforme descrito a seguir:

1.1.1 Fases do planejamento de implantação

1ª Fase: *Reunião com representantes de setores afins da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e Representantes de outras instituições de saúde e SMS do RJ*

Objetivo: Conhecer outros modelos implantados de vigilância epidemiológica hospitalar, a fim de ajudar a definir uma proposta de vigilância epidemiológica nos hospitais que contemple as necessidades de nossa realidade.

Foram convidados para participar da reunião os representantes de setores afins da SES, como a Coordenação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Coordenação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN),

Coordenação do Programa de Meningite, representantes da Superintendência dos Serviços de Saúde, Coordenação Estadual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Coordenação do Programa da Dengue, Equipe do VIGISUS, entre outros. Além dos convidados que não pertenciam à SES, estiveram presentes representantes do Setor de Epidemiologia do Município do Rio de Janeiro e o chefe do Serviço de Epidemiologia do Hospital dos Servidores do Estado/MS/RJ, que nos relataram sua experiência de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. Analisou-se e discutiu-se cada experiência pelo grupo presente, tanto nos aspectos positivos, quanto negativos do desenvolvimento das propostas.

Assim, foi possível definir melhor os caminhos a serem percorridos, a fim de se alcançar um modelo diferenciado, pois a intenção era avançar nos objetivos da epidemiologia para esse território. Como instrumento de vigilância e acompanhamento de outras doenças, foram utilizadas as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC), tais como as doenças não-transmissíveis, causas externas e eventos adversos. Além disso, a epidemiologia poderia servir de arcabouço no trabalho, com alguns indicadores gerenciais, e assim deveríamos trabalhar junto à direção da unidade na assessoria técnica. Iríamos instrumentalizar o gestor da unidade, que na maior parte quase nada conhece da unidade e enfrenta dificuldades para trabalhar com o planejamento, atuando muito mais numa ação imediata e emergencial, quase como rotina, deixando de organizar sua unidade dentro de uma proposta de planejamento, valorizando a informação para ação, rumo à qualidade e trabalhando com estratégias planejadas, com foco na prevenção dos riscos desse território.

Agora com uma visão mais amadurecida, sobretudo a partir das experiências apresentadas, começamos a discutir a reformulação do subprojeto, tomando um

novo rumo, pois passamos a utilizar caminhos inovadores para desenvolver uma nova proposta para a vigilância hospitalar¹.

Naquela época já percebíamos que não seria possível desenvolver os objetivos propostos para a vigilância nos hospitais, sem integrar a vigilância epidemiológica com as demais vigilâncias que já existiam no hospital, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Óbito (CRO) e Comissão de Revisão de Prontuário (CRP). No relato das experiências apresentadas, observamos que a vigilância epidemiológica, mesmo tentando uma aproximação com as demais vigilâncias, em especial a CCIH, trabalhava de forma muito isolada, com dificuldade de reconhecer seu objeto de investigação como relevante no hospital, o que dificultava o desenvolvimento de suas atividades. Mesmo diante de relatos pioneiros de epidemiologia hospitalar, nenhum apresentava a discussão da integração das vigilâncias no hospital, assim tentamos encontrar formas de aproximação entre as vigilâncias, desafiando a construção de um novo modelo.

2ª Fase: Oficina com diretores e chefias das divisões de unidades a serem contempladas com os núcleos de epidemiologia hospitalar

Objetivo: Sensibilizar gestores para implantação do subprojeto.

Com base na teoria de metodologia participativa, foi organizada uma oficina para discutir a proposta de implantação dos núcleos de epidemiologia hospitalar. Para se conhecer o perfil de cada unidade, propôs-se uma rápida apresentação de cada hospital e sua dinâmica em vigilância epidemiológica, assim teríamos o

¹ Termo que começamos a utilizar quando nos referíamos à vigilância como programas no hospital, e não especificamente à vigilância epidemiológica.

envolvimento de todos, além de buscar valorizar o conhecimento sobre vigilância epidemiológica e sua importância para a área hospitalar. Desta forma, foi possível conhecer a percepção dos diretores e representantes sobre uma vigilância epidemiológica em sua unidade e o que já vinha sendo realizado da área.

A oficina foi dividida em dois subgrupos, de acordo com o perfil das unidades: o primeiro, com diretores e representantes de hospitais gerais, e o segundo, com diretores e representantes dos institutos e hospitais especializados. A partir desta divisão, tornou-se mais fácil pensar nas dificuldades que o projeto poderia enfrentar na implantação, sendo possível conhecer melhor cada unidade. Apresentou-se, como atividade para os grupos, listar objetivos que acreditavam ser importante para os núcleos.

Como já era esperado, o número de diretores presentes na oficina foi pequeno e a discussão foi feita praticamente com os representantes da direção, assessores e chefe de divisão, situação que foi amenizada, pois os representantes talvez conhecessem melhor a realidade da unidade. Além de conhecerem a realidade de sua unidade, apresentaram grande interesse pelo projeto, mas não foi possível alcançar o principal objetivo, que seria o envolvimento e o comprometimento dos diretores. Como produto desta oficina, foram apresentados o perfil das unidades e uma relação de propostas das atribuições que o núcleo poderia realizar.

Na oficina percebemos que a infra-estrutura dos núcleos dos hospitais gerais deveria ter sido bem maior, o que não foi pensado ao se definir o número de recursos humanos e equipamentos. O perfil do núcleo deve estar relacionado ao perfil da unidade, pois unidades complexas exigiram equipes maiores. Quando se definiu a infra-estrutura, não se pensou na diferença entre hospitais gerais e

institutos, pois o número de RH, móveis e equipamentos foi o mesmo para os dois grupos de unidades.

Entre os hospitais e institutos especializados que participariam do subprojeto, estava o Instituto Estadual São Sebastião (IESS), especializado em doenças infecciosas e onde já existia uma unidade de vigilância epidemiológica (UVE). Apesar de ser uma das unidades mais antigas do país, apresentava uma situação muito ruim em relação a estrutura e RH. Estavam presentes também as unidades especializadas em tuberculose e Aids, como o Instituto Estadual Ary Pareira (IEAP), Hospital Estadual Santa Maria (HESM) e Instituto Estadual Dermatologia Sanitária (IEDS), especializado em Hanseníase. Tratando doenças não-transmissíveis, encontramos o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC).

A complexidade desse projeto era grande, pois definir a infra-estrutura e o processo de trabalho para os hospitais gerais com emergência já era difícil, mas tínhamos também que definir a função dos núcleos dos institutos e hospitais especializados e seu processo de trabalho, que se diferenciavam dos hospitais gerais e eram muito específicos. Assim foi definido que o subprojeto seria dividido em dois grupos, para melhor construir a proposta.

3ª fase: *Oficina com técnicos do Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Revisão de Prontuário (CRP), Revisão de Óbito (CAO)*

Objetivo: Conhecer o processo de trabalho de cada comissão e sua infra-estrutura.

Mantivemos a mesma proposta dos dois grupos, os hospitais gerais e institutos e hospitais especializados. Agora havia muito mais informação em relação

à oficina anterior, pois os técnicos conheciam muito mais a dinâmica de cada comissão e suas atividades, o que nos trouxe uma série de dados que eram desconhecidos, a saber: as comissões revisão de prontuário e revisão de óbito, não tinham proposta de trabalho em atividade e se sentiam desmotivadas e descrentes da estrutura organizacional do sistema de saúde. Eram subutilizados e percebidas como um local de fim de carreira ou local de punição para quem não era bem-vindo na unidade pela direção. Entre as CCIH a situação era outra, no entanto, distante do ideal, pois a infra-estrutura muito ruim e não se percebeu um reconhecimento de liderança da coordenação junto aos técnicos da comissão.

Na ocasião discutiu-se a importância de as comissões fazerem parte do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, uma vez que tanto a Comissão de Revisão de Óbito (CRO), como a CCIH utilizam instrumentos de vigilância. A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP), ao realizar a análise, poderia avaliar não somente a qualidade das informações no prontuário, como buscar identificar as DNC e infecções hospitalares (IH), o que caracterizaria as três comissões com a função de vigilância.

Foi necessário tempo – o que não era tão fácil – para sensibilizar os técnicos para uma nova percepção, o que exigiria mudança de atitude pela situação que vivenciavam, da falta de envolvimento e motivação dos técnicos e construção de um novo conceito de vigilância no hospital.

Outra situação observada e que nos preocupou foi o receio, por parte dos técnicos mais antigos de comissões existentes, da chegada de uma nova equipe para trabalhar com o eixo central da vigilância, os sanitaristas, que atuariam na comissão de vigilância epidemiológica (VE) com a função de nortear o processo de construção das atividades do núcleo. A proposta provocou um impacto nos

profissionais, o qual tentamos amenizar, discutindo as possibilidades deste eixo norteador com os técnicos das comissões.

Com esta preocupação, resolvemos articular formas para quebrar possíveis barreiras que poderiam se formar na aceitação de um novo grupo no hospital, uma vez que alguns sanitaristas, mesmo tendo uma qualificação muito boa – especialistas, mestres e doutores em Saúde Pública – não tinham experiência na área hospitalar e dentre eles, outros poucos não eram da área da saúde em sua formação. Provavelmente era outra barreira que se formaria, sobretudo por este ser um território excludente, hegemônico onde outros conhecimentos além da saúde não são valorizados e não são aceitos.

Discutiu-se também, na ocasião, a formulação de um instrumento como roteiro e avaliação para a visita as unidades, que mais tarde serviu como primeiro instrumento de avaliação da rede própria do estado.

Os objetivos desta fase foram alcançados, mas havia algumas questões a serem resolvidas: trabalhar para aceitação da equipe da VE e organizar um curso específico para as equipes das comissões de Revisão de Prontuário e Óbito.

4ª Fase: *Visitas às unidades hospitalares*

Objetivo: Conhecer as unidades em seu espaço de atividades, além de tentar buscar uma sensibilização dos diretores que não estiveram na primeira oficina de trabalho para implantação dos núcleos de epidemiologia hospitalar.

As visitas a unidades hospitalares tiveram como objetivo apresentar o subprojeto à direção, uma vez que grande parte deles não esteve na oficina, e informá-los sobre a liberação de equipamentos de informática e móveis para o

núcleo de sua unidade, a partir do projeto VIGISUS, que disponibilizou a verba para compra, como parte do Estado nessa implantação. Assim, receberiam computador, impressora, fax, aparelho telefônico, mesas, cadeiras, armários e arquivos, e parte dos recursos humanos, além da capacitação dos profissionais de todas as comissões. Cada unidade ficaria responsável, como contrapartida, por disponibilizar um espaço adequado, que, dependendo da possibilidade, deveria ter uma sala próxima ao arquivo médico, com 30 metros quadrados, no mínimo, para acomodar o núcleo. Mesmo sabendo das dificuldades de se conseguir um espaço físico na área hospitalar, também sabíamos que dependeria do interesse e valor que o gestor daria ao projeto a disponibilidade desse espaço.

Após reunião com o diretor, solicitamos uma visita no hospital, a fim de aplicar o instrumento de avaliação, com o objetivo de verificar as condições de instalação da unidade, tentando sair com a definição do espaço físico para o núcleo. Ao final da visita, discutimos com a direção os pontos críticos da implantação, abrindo a possibilidade de maior sensibilização da direção sobre a importância do núcleo como responsável pela construção das informações epidemiológicas e gerenciais, assumindo assim a função de assessores da direção.

Foram visitadas 17 unidades num período de um mês, sendo produzido relatório que ajudou no planejamento da implantação do subprojeto. Foi possível conquistar a confiança de um bom número de diretores sobre os objetivos do núcleo para sua unidade, com a proposta de reuniões periódicas com os diretores dos hospitais e a coordenação central dos núcleos, a fim de continuar a discussão sobre a implementação.

Uma das grandes queixas do nível local com relação à SES se relaciona à definição de projetos que não são discutidos com o nível local, acabam não sendo

aceitos e não recebem apoio da direção em seu desenvolvimento, principalmente se estes não têm uma proposta de financiamento ou alguma outra vantagem para a unidade.

5ª Fase: 1º Curso de Vigilância Hospitalar para os profissionais dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar

Objetivo: Problematizar os objetivos e atribuições do núcleo de epidemiologia hospitalar, definindo objeto de pesquisa a partir de um conceito amplo de vigilância em âmbito hospitalar.

No processo de implantação realizou-se mais de uma instrumentalização para os técnicos que atuariam nos núcleos, que passou a se chamar Núcleo de Qualidade e Vigilância Hospitalar (NQVH). Foi convidada a chefia do Serviço de Epidemiologia do Hospital dos Servidores do Estado (HSE) e, na época, o coordenador do Núcleo Estudo em Saúde Coletiva (NESC), para junto com a equipe do VIGISUS, construir o curso de instrumentalização. Este foi convidado por ser o serviço mais antigo de epidemiologia hospitalar de nosso país a desenvolver cursos na área.

Os módulos dos conteúdos tiveram a participação de outros atores além da epidemiologia, pois haveria a participação de outras comissões no curso – desta forma, deveria ser buscado o domínio de outros conteúdos. Um dos objetivos era tentar, a partir da educação permanente integrada, buscar uma maior aproximação entre as comissões, e ao se conhecer as atividades das outras comissões seria possível perceber os pontos de interface.

A fim de contemplar todos os conteúdos, foram convidadas a Coordenação do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e um professor da Escola Politécnica

em Saúde Joaquim Venâncio-ENSP/RJ, para compor a equipe que realizaria a instrumentalização e problematizaria os conteúdos relacionados às comissões de revisão de óbito e de prontuário. Quanto às infecções hospitalares, convidamos a equipe da CCIH do HSE/RJ para apresentar os trabalhos que realizavam para esse controle em seu hospital.

Tentamos priorizar a metodologia participativa em todos os módulos, por acreditarmos na importância da participação de todos na construção do conhecimento. Criava-se, assim, um espaço em que todos os profissionais das quatro comissões poderiam se posicionar frente a alguma questão e, assim, discutíamos até haver um consenso.

A primeira instrumentalização em epidemiologia hospitalar foi realizada para 60 técnicos que faziam parte do núcleo – profissionais que atuavam nas comissões de revisão de prontuário e óbito, controle de infecção e os sanitaristas que tinham acabado de chegar à comissão de vigilância epidemiológica. Na ocasião se discutiu a importância de mudar o nome dos núcleos para Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH), pois a proposta caminhava reconhecendo o hospital como um território. Assim, percebíamos a necessidade de elaborar uma proposta mais integral que orientasse a intervenção sobre a situação de saúde, o que levou o grupo a repensar o modelo de saúde que vinham seguindo, analisando sua função em efetividade. Ainda nesse momento percebeu-se que havia uma superposição das atividades das comissões, o que levava a um desgaste desnecessário das equipes. Propôs-se, então, que os núcleos deveriam assumir o nome de Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH), considerando que atividade “vigilância” não está relacionada somente à epidemiologia.

Ao concluirmos o curso de instrumentalização, observamos que havíamos atingido os objetivos propostos – o começo de uma integração. Foram definidos os indicadores a serem trabalhados em conjunto, e outros objetos de investigação, além dos que já eram investigados, principalmente na função da vigilância epidemiológica, antes ligada somente às DNC. Definiu-se ainda que os objetos de pesquisa seriam desenvolvidos gradativamente, conforme a condição de estrutura e capacitação de cada equipe.

A instrumentalização com foco na integração das atividades das comissões permitiu não somente conhecer o universo de trabalho de cada comissão, como possibilitou os profissionais desenvolverem uma inter-relação pessoal e profissional, minimizando barreiras que distanciam e delimitam espaços específicos de cada comissão.

Os cursos foram desenvolvidos com uma estrutura cada vez melhor, pois todos os anos seria feita pelo menos uma grande instrumentalização que pudesse reunir as quatro comissões. Algumas universidades começaram participar, com seus professores, como convidadas das capacitações, o que não só propiciou um aumento gradativo de conhecimento das diversas áreas, como essas instituições tiveram a oportunidade de conhecer o que é uma vigilância integrada em âmbito hospitalar.

A proposta da educação permanente realizada pelo serviço tem sido importante, por percebermos que os conteúdos específicos para a área de vigilância hospitalar não são discutidos nos curso de saúde pública/coletiva. Os profissionais que não tinham qualificação em saúde público/coletiva sentiam a necessidade e o interesse de buscar tal qualificação. Outro ponto importante foi definir a metodologia

participativa, por oportunizar a participação, valorizar o conhecimento de todos, levando os integrantes a problematizar a realidade que vivenciam.

6ª Fase: Curso de instrumentalização nos conteúdos relacionados às Comissões de Revisão dos Óbitos / Revisão de Prontuário

Objetivo:Problematizar as atribuições propostas na Res.nº1342/99 SES/RJ² e discutir uma nova proposta de vigilância para as CRP e CRO.

Foi organizado um curso específico para as Comissões de Revisão do Óbito e Revisão de Prontuário, focando alguns temas que instrumentalizassem as equipes para atuar nas atividades do NVH, além de buscar sensibilizar as equipes para uma nova atitude em relação ao conceito de vigilância hospitalar.

Na comissão de revisão de óbito, percebemos que essa equipe não sentia que sua função era importante na vigilância hospitalar e avaliação do processo de assistência hospitalar. Os técnicos, a princípio, encontravam-se completamente desestimulados, e com raras exceções encontramos alguns que tinham propostas que os mantinham acreditando na função, mas desenvolviam um trabalho completamente solitário.

Entre estes, citamos o caso de uma médica que tinha pilhas de caderno com as anotações de todos os óbitos que ocorreram em seu hospital no tempo em que trabalhou na CRO, contendo observações muito interessantes. Outro caso foi o de um profissional que tinha construído no Epi-info planilhas que eram usadas para registrar dados das declarações de óbito, para acompanhar os óbitos de sua

² Resolução que torna obrigatória a criação de comissões de revisão de prontuário e óbito nos hospitais, e define as funções.

unidade. Situações como essas nos levaram a crer que nem tudo estava tão ruim e que poderíamos desenvolver também a motivação nos demais técnicos das CRO.

No curso, ficou definido no grupo que a CRO deveria começar a trabalhar a incidência de óbitos por causa mal definida/indeterminada, por ser esta uma problemática grave com relação aos óbitos no estado, que se agravava por não haver um serviço de verificação de óbito. Ao trabalharem com este indicador, as equipes deveriam fazer uma análise de todos os atestados de óbitos, seguindo o roteiro de um formulário e buscando, ao investigar no prontuário ou com o próprio médico que assistiu o óbito, informações que pudessem definir uma causa. Com esta investigação, além de melhorar os registros hospitalares, se despertaria na equipe médica uma responsabilidade maior no preenchimento dos atestados de óbito, ajudando o município na qualidade dos registros dos óbitos no sistema de informação (SIM).

As CRO dos institutos decidiram avançar para o indicador de óbitos evitáveis, pois praticamente não tinham óbitos por causa mal definida/indeterminada, não tinham o setor de emergência, local de maior incidência de óbitos desta classificação. Mesmo que de forma ainda frágil, tentaram trabalhar com esse indicador, o que nos levou a realizar encontros com a CRO, com o objetivo de construir um instrumento e definir um método de avaliação para a investigação dos óbitos evitáveis. Talvez o maior desafio para esta comissão tenha sido tentar definir um óbito evitável, pois se exigia uma proposta estudada, mais elaborada. Após algumas discussões, percebemos que seria impossível rever o óbito, e assim a equipe assumiu o novo nome para sua comissão, ficando “Comissão de Análise de Óbito” (CAO).

Na CRP resolveram manter os trabalhos com a melhoria da qualidade das informações quantitativas e qualitativas contidas nos prontuários (CRP), ficando a equipe responsável por construir um instrumento para a revisão dos prontuários nesta perspectiva, além de estar atenta para notificar às DNC e infecções hospitalares encontradas ao revisar os prontuários. Esta mesma atribuição foi solicitada a CAO, ao analisar um óbito.

Ao contrário da CAO, nas equipes das comissões de revisão de prontuário encontramos maior envolvimento no processo de trabalho, inclusive com algumas propostas. Assim, após definir o indicador com que trabalhariam, decidiu-se partir logo para a construção de um instrumento para avaliação dos prontuários, criando-se um escore para avaliar cada clínica e unidade (anexo I). Com esse instrumento seria possível comparar as clínicas e hospitais que possuísem os melhores prontuários, avaliações que mais tarde seriam apresentadas em reuniões clínicas, com premiação para os melhores prontuários, possibilitando inclusive discutir quais os itens a serem melhorados.

Na análise dos prontuários, observou-se que as unidades não tinham os mesmos impressos na composição deste. Logo começaram os trabalhos, a fim de padronizar o prontuário para toda unidade própria do estado, que também deixou de ser chamado de “prontuário médico” para ser “prontuário do paciente”.

Houve alguns questionamentos, por parte de alguns técnicos, sobre a permanência da CRP no NVH, pois estes acreditavam que sua atividade não estava diretamente ligada à vigilância, e sim à qualidade do processo. Após algumas discussões, ligadas a sua importância, de permanecer no NVH, definimos que seria mantida a comissão na estrutura do núcleo. Isso foi muito bom, pois ao realizarem a

avaliação do prontuário, tinham a oportunidade de levantar casos suspeitos de DNC e infecção hospitalar, ajudando na busca ativa e qualidade da informação.

Ao final do curso foi muito interessante ouvir relatos de técnicos como este: *“Não acreditava mais no sistema após vinte anos como médica, hoje me sinto novamente motivada e acredito que este projeto pode ajudar muito a transformar as unidades hospitalares”* – atualmente essa médica está fazendo pós-graduação em Saúde Coletiva.

Posteriormente, começamos a realizar algumas reuniões com todas as equipes, com o objetivo de apresentar os trabalhos das comissões e discutir estratégias para melhorar a qualidade dos prontuários. Praticamente em todos os hospitais existiam profissionais atuando na CRP, mas observamos a necessidade de melhorar o número de técnicos em relação ao número de leitos hospitalares das unidades.

No período de implantação, foi muito interessante o empenho, em uma unidade que foi retirada do subprojeto, por parte das sanitaristas que implantaram o núcleo e passaram a desenvolver todas as atividades da proposta, assim lutaram para permanecer no subprojeto. O comprometimento que elas tinham com o sanatório era grande, e percebiam que a implantação de uma vigilância hospitalar era importante, sobretudo pelo período de implantação de novas políticas para a saúde mental. Com a proposta de vigilância, as sanitaristas apresentaram um relatório sobre a gravidade do que vinha ocorrendo com os pacientes, como casos de violência, tuberculose, etc. na unidade. Isso tornava impossível não ter um olhar especial para esta unidade, assim elas foram convidadas especiais nos cursos e reuniões que fazíamos, numa parceria com o Programa de Saúde Mental, que na época também pediu que a unidade não fosse desligada do subprojeto.

Esse sanatório, posteriormente, sofreu uma intervenção do Ministério da Saúde e da SES, sendo transformado em pequenas residências e reduzindo o número de internos de 280 para 60 pacientes que não tinham condições de viver nas residências. Tal situação foi acompanhada pelo NVH até o final.

Na mesma linha, começamos a realizar reuniões com as demais comissões, definindo-se que seria realizado uma reunião mensal com cada comissão a fim de dar andamento às propostas e um curso de instrumentalização com todas as comissões a cada semestre.

7ª Fase: *Regulamentação do NVH*

Após concluirmos todas as fases de implantação do subprojeto, chegou o momento de normatizar os Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH). Definiu-se que trabalharíamos com uma equipe para elaboração da minuta da resolução que regulamentaria os NVH. Assim organizamos uma reunião com representantes do NVH do nível local, coordenações de programas da SES, representantes de serviços de epidemiologia de outras instituições, coordenação estadual de controle de infecção e a responsável técnica pelos NVH e gerência do VIGISUS.

Foram realizadas várias reuniões, nas quais se considerou a necessidade de produzir informações que auxiliassem o debate sobre o planejamento e organização de serviço, estruturas e processos, permitindo implantar novas práticas e métodos assistenciais mais adequados ao perfil da população.

Percebeu-se a importância de implantar um Sistema de Vigilância Hospitalar que permitisse avaliar as ações gerenciais e assistenciais dos serviços de saúde, assim como o controle de agravos, além das doenças de notificação compulsória. Assim, era necessário incorporar técnicas epidemiológicas aplicadas aos serviços de

saúde, para investigação e análise sistemática da situação de saúde da população atendida, permitindo maior e melhor uso dos dados de mortalidade e morbidade, identificando-se prioridades no serviço.

Finalmente, através da Resolução SES nº 1.834, de 3 de julho de 2002, foi regulamentado o subprojeto dos Núcleos de Vigilância Hospitalar para onze (11) hospitais e seis (06) institutos da rede própria do estado, o qual deveria servir de modelo para toda a rede SUS. Apresentaria como eixo estrutural o gerenciamento das Comissões de Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuário, Análise de Óbito e Vigilância Epidemiológica. O gerente do núcleo deveria ter nível superior e ser indicado pela direção do hospital, dentre os componentes do mesmo.

Os núcleos deveriam ser integrados por equipes multidisciplinares, objetivando a melhoria continuada dos processos de trabalho e desenvolvimento assistencial do hospital, através da incorporação de técnicas e conceitos advindos da Epidemiologia, do Planejamento, das Ciências Sociais e da Tecnologia de Informação. A infra-estrutura o NVH deveria levar em consideração a realidade de cada unidade, respeitando-se as diretrizes básicas previstas.

Os Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH) integrantes das unidades hospitalares deveriam estar subordinados diretamente ao diretor da unidade hospitalar. Tal situação preservaria a autonomia para os trabalhos a serem realizados, possibilitando liberdade maior para análise das informações e permitindo assessorar diretamente a direção da unidade.

Os servidores lotados no NVH não poderiam exercer outra atividade na unidade que não fosse a da comissão que fizesse parte do núcleo. Garantiríamos, assim, a dedicação exclusiva para as atividades, pois os recursos humanos eram ainda poucos diante da proposta do núcleo.

Os Núcleos de Vigilância Hospitalar deveriam ser tecnicamente gerenciados pelo Núcleo Central de Vigilância Hospitalar da Superintendência de Saúde Coletiva da SES. Definia-se assim sua localização na estrutura da SES, criando-se uma coordenação central. Na época muitos foram os debates sobre qual superintendência deveria estar ligada à coordenação central dos NVH, ficando na lógica de trabalho da vigilância, na época, a Saúde Coletiva.

Implementação do NVH

Com a implantação do subprojeto concluída, começamos uma segunda etapa, a implementação dos núcleos já implantados e ampliação da proposta para outras unidades, além da rede própria do estado, uma vez que o objetivo era que o modelo implantado de vigilância hospitalar fosse referência para toda a rede SUS.

A cada dia havia maior complexidade dos trabalhos e a necessidade de aumentar a equipe do NCVH, pois na época trabalhávamos com estagiárias do VIGISUS, duas enfermeiras e uma médica. Não tínhamos a estrutura do nível central definida, portanto, todos atuavam em todas as demandas, o que não estava dando certo, pois era necessário reproduzir a idéia do nível local, criando-se coordenações estaduais das comissões que faziam parte da estrutura do NVH.

Em resolução, os Núcleos de Vigilância Hospitalar definiam uma gerência no nível central, tecnicamente responsável pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar da Superintendência de Saúde Coletiva da SES, que na época se encontrava junto ao programa VIGISUS, com a representação de um responsável técnico, sem equipe ainda definida. Desta forma, instituiu-se a primeira gerência estadual de vigilância hospitalar do país em nível estadual.

Como o subprojeto já havia sido implantado, não havia motivos de continuarmos no projeto VIGISUS; assim se propôs uma nova estrutura para o NCVH, quando, ainda na Superintendência de Saúde Coletiva, foi cedida uma sala próximo aos outros programas. A princípio não foi fácil, pois as assessorias de programas nos olhavam como extensão do VIGISUS, como na realidade éramos, em termos de conceito de saúde. Assim, enfrentávamos dificuldades na época, sobretudo da parte de assessorias mais antigas que não aceitavam uma mudança na estrutura da Saúde Coletiva, para vigilância da saúde, como proposto pelo VIGISUS.

Mesmo diante de algumas imposições dos programas, começamos a compor a equipe do NCVH em um novo espaço físico, na estrutura da Saúde Coletiva. No período em que se encontrava o NVH, já tínhamos passado pela mudança de dois governos. Algumas Superintendências dos Serviços de Saúde relutaram em aceitar o NVH, outras foram indiferentes, mas foi no final de 2003 que recebemos o maior apoio da Superintendência dos Serviços de Saúde. Esta, compreendendo a importância do NVH para os hospitais e com o objetivo de que o NCVH deveria assessorar esta superintendência, nos deu livre acesso aos hospitais e diretores, liberando a possibilidade de contratações de infectologistas para a CCIH e sanitaristas, principalmente para o nível central. Assim, começamos a definir a equipe para cada coordenação das comissões no nível central.

Entretanto, somente após a publicação da Portaria nº 2.529/04 MS, que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, integrado ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criando a rede de referência dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar (NHE) (projeto nacional, que se diferenciava do Estado do Rio de Janeiro), cada estado deveria definir um

responsável técnico pelo subsistema estadual para acompanhar a implantação e implementação da rede de referência estadual do NHE. Assim, esta autora foi nomeada, através da Resolução nº 2.649/05 SES/RJ, responsável técnica pelo subsistema. Essa proposta veio ao encontro da proposta já implantada no estado para a vigilância hospitalar, pois este já discutia a integração das vigilâncias em âmbito hospitalar, o que diferenciava da proposta nacional, que ainda estava limitada somente à vigilância epidemiológica.

Com nossa nomeação, percebemos que estávamos diante de duas ou mais propostas de vigilância hospitalar para o estado, pois deveríamos trabalhar para organizar a rede de referência no estado dos NHE e implementar os NVH. Logo começamos a trabalhar de forma a adaptar a proposta nacional no estado, respeitando os diversos modelos de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar implantados em outros hospitais no estado.

Trabalhando com o propósito de definir a Rede de Referência dos NHE do Estado do Rio de Janeiro que participaria da proposta nacional (a ser comentada mais adiante), foi feito um levantamento dos hospitais conforme critério da Portaria nº 2.529/04 GM. Esta definia que 16 hospitais fariam parte desta rede de referência, sendo que o nível e o quantitativo de hospitais foram definidos pelo Ministério da Saúde, a saber: Nível I; Nível II e Nível III

Essa proposta nacional permitiu reconhecer a importância do projeto do Estado do Rio de Janeiro em nível nacional, e esta autora foi convidada, pelo Ministério da Saúde, para apresentá-lo em outros estados, como membro do Comitê Assessor do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar e Gerente dos Núcleos de Vigilância Hospitalar/RJ. O objetivo era mostrar a

possibilidade de integração, principalmente com a CCIH, pois vínhamos caminhando rumo à integração das vigilâncias hospitalares em âmbito hospitalar.

Embora os núcleos das unidades tivessem a proposta de integração desde sua implantação, a gerência do projeto vinha trabalhando de forma articulada com a coordenação estadual da CCIH, sem definir uma integração, pois esta coordenação estadual da CCIH estava subordinada à Superintendência dos Serviços de Saúde – enfim, em uma estrutura diferente da gerência dos NVH. Assim, nos deparávamos com um impasse: ou o NVH iria para a Superintendência de Serviços de Saúde ou continuaria (atualmente) na Vigilância da Saúde e a CCIH faria parte do NCVH, subordinada a uma nova gerência e teria sua estrutura institucional modificada.

Era necessário instituir e integrar o Núcleo Central de Vigilância Hospitalar (NCVH) e reproduzir a estrutura dos NVH das unidades como programa da Vigilância da Saúde/SES. Tal desafio levaria a se desfazer alguns castelos de poder. Todas as comissões deveriam ter uma coordenação estadual, pertencendo ao NCVH, em um único eixo. Desta forma, fortaleceríamos o subsistema estadual de vigilância hospitalar³, integrando os hospitais federais e municipais ao subsistema, formando uma verdadeira rede estadual de vigilância hospitalar.

O núcleo central deveria ser encarregado de:

- avaliar, analisar e interpretar as informações geradas pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar;
- assessorar os superintendentes com propostas técnicas que orientem as atividades dos hospitais e o uso eficiente de seus recursos;

³ Nome definido no estado, a fim de uma adaptação entre as duas propostas de vigilância em âmbito hospitalar (nacional e estadual).

- dirigir, coordenar, supervisionar e avaliar o Subsistema de Vigilância Epidemiológica no âmbito hospitalar;
- desenvolver programas de capacitação para a área de Vigilância Hospitalar;
- priorizar os casos de doenças transmissíveis e infecção hospitalar, e no caso de um surto ou epidemia, assessorar o NVH local na investigação e controle das ações epidemiológicas em âmbito hospitalar;
- formular políticas de saúde para o subsistema de vigilância epidemiológica e fazer cumprir as normas emitidas por órgãos superiores afins.

Diante das atribuições que o núcleo central deveria exercer, era necessário organizar a estrutura do NCVH. O primeiro passo foi tentar trazer a coordenação estadual da CCIH para fazer parte do NCVH. Tal situação já vinha sendo discutida, pois a CECCIH⁴ havia sido convidada a fazer parte de todas as discussões do processo de implantação do projeto NVH, sendo que a implantação do subprojeto a CCIH também foi beneficiada, fortalecida não apenas na estrutura, pois praticamente não possuíam sequer computadores. Aumentou o número de recursos humanos, com a contratação de infectologistas, participaram de cursos integrados com as demais comissões, a todo momento foram convidados a integrar o NVH. De todas as comissões, esta foi a que apresentou maior resistência a integração, quando percebemos que esse comportamento estava ligado à concepção da coordenação central da CCIH de não integrar ao NVH. Queriam as vantagens que o subprojeto

⁴ Coordenação Estadual das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

trazia para a comissão, mas jamais pensavam em integrar; acreditavam que perderiam reconhecimento neste tipo de estrutura.

Não foi um processo calmo como poderia ter sido, se a iniciativa de trazer a coordenação tivesse ocorrido por etapas com uma ampla discussão. A equipe da CECCIH queria dividir o espaço físico com o NCVH e não da composição, subordinada a uma gerência. A Subsecretaria de Saúde, na época, havia definido que a CECCIH deveria mudar para a sala do NCVH, sem discussão ou normatização, criando-se uma gerência paralela dentro do NCVH. Isso acarretou sérios problemas, que poderiam ter sido minimizados, pois existia uma boa relação entre a CECCIH e a gerência do NCVH.

Diante do quadro criado, tentou-se reverter os problemas e avançar na proposta, quando tivemos a idéia de organizar uma reunião para discutir e formular a minuta da resolução de criação do NCVH. Foram convidados vários setores da SES. Na ocasião, sugeriu-se implementar a proposta da Organização Panamericana de Saúde para a vigilância hospitalar (ANEXO II): o modelo, agora modificado e adaptado a nossa realidade, apresentava a integração das vigilâncias e criava uma nova estrutura, a partir das atividades e funções de cada uma (ANEXO III).

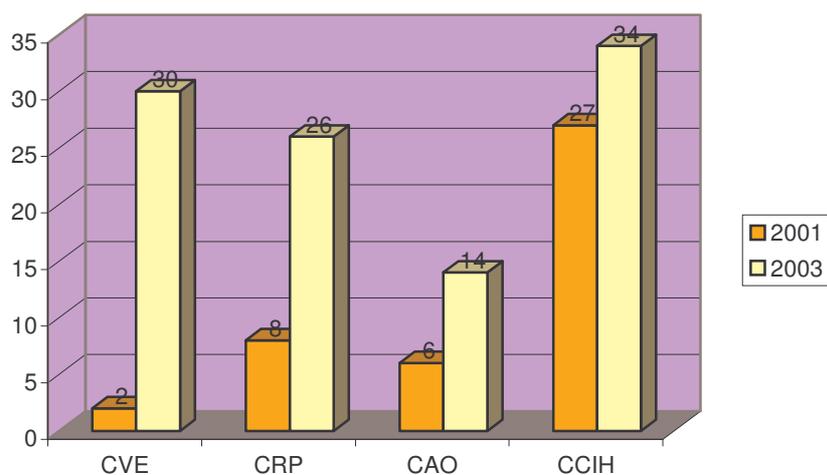
Entretanto, tal proposta nunca foi implantada, e somente em 2008 o NCVH foi normatizado pela Resolução nº 2.42/08 - SES/RJ, de forma muito fragilizada, criando uma série de situações de indefinição. O núcleo hoje se encontra na mesma estrutura organizacional, sem desenvolver uma discussão nos trabalhos das comissões de forma integrada, pela falta de entendimento de sua importância.

Resultados da implantação e implementação do NVH

Ao final do período de quatro anos, contávamos com uma rede de 40 núcleos de vigilância hospitalar, sendo 17 municipais, 17 estaduais e seis federais e/ou universitários. Dentre eles, encontramos 24 hospitais que implantaram o modelo do estado de NVH.

Ao fazermos uma avaliação dos recursos humanos, contávamos com uma equipe de 104 profissionais ao final de 2003, distribuídos entre as comissões; ao final de 2004, aumentamos para 126 profissionais, dentre os quais encontrávamos uma equipe multidisciplinar, sobretudo entre os sanitaristas (pedagogos, médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, arquitetos).

Gráfico 1 – Quantitativo de profissionais por comissão – 2001-2003



Quase todos os núcleos contavam com uma sala própria, com móveis e equipamentos de informática; o grande problema residia na dificuldade de acesso à internet, principalmente por questões de estrutura da unidade. Isso veio a melhorar após a implantação do HOSPUB, sistema de informação gerenciais da unidade, que provocou um aumento de cabeamento para rede de internet, quando foi disponibilizado um ponto para o NVH.

Um dos grandes impactos observados pelo município foi o aumento de notificações das DNC. Em levantamento feito no SINAN, encontramos que no início de 2001 somente 64 casos foram encontrados como notificação dos hospitais da rede própria do estado. Claro que acreditávamos em alguns vieses, mas ao final de 2003 encontramos 975 casos notificados pelo NVH. Como os núcleos não tinham acesso ao SINAN, pois os municípios não achavam interessante disponibilizá-lo, fomos obrigados a criar um banco paralelo das DNC, além de enviar as fichas para o município. Esse fato também nos levou a organizar e definir o fluxo de envio.

Com o objetivo de trabalhar com o diagnóstico de saúde da unidade, percebíamos que o censo diário hospitalar nos ofereceria dados importantes. Desta forma, foi feito um levantamento em quantas unidades o censo funcionava: foram encontradas somente quatro.

Foi organizado um curso para enfermeiros, técnico-administrativos e sanitaristas, com o objetivo de reimplantar o censo diário nas unidades e modificar e padronizar o formulário, assim, foi incluído o diagnóstico definitivo/provisório. Após a reimplantação do censo diário, ao final de 2004, em 17 unidades que tinham o NVH, organizou-se o censo diário. A grande dificuldade era implantá-lo na emergência, devido à falta de estrutura e definição da clínica do paciente nesse setor, pois os pacientes que não deveriam passar mais de 24 horas lá, permaneciam por dias. A fim de registrar esses dados, foi criado um banco de dados em forma de planilha (Epi-info), no qual eram construídos os indicadores gerenciais para unidade e direção, que recebiam a planilha diariamente.

Nas atividades da CRP, foi definido um formulário para qualificar os prontuários e construir um banco de dados para registro, facilitando o cálculo do

escore de cada clínica e cada unidade. Foram padronizados o prontuário do paciente e o boletim da emergência (BE), para facilitar a definição dos dados.

Quanto à CAO, definiu-se o formulário de análise dos óbitos (Anexo IV), que também foi padronizado, criando-se uma ficha de investigação de óbito evitável para os institutos, e um banco de dados dos óbitos, implementando um banco já existente em uma das unidades. Em parceria com assessorias de violência, foi construída uma ficha de investigação da tentativa de suicídio. Após esta ser definida, foi organizado um seminário, do qual participaram várias instituições, e assim foi apresentada e colocada para análise a ficha de investigação de suicídio. Também em parceria, foi criada uma ficha de investigação de óbito neonatal e infantil junto à assessoria materno-infantil. Assumimos, junto com o comitê materno, a investigação dos óbitos maternos nos hospitais, pois encontrávamos sobretudo os óbitos por causa mal definida, e, após investigação, os óbitos maternos.

Em meados de 2004 foram realizados cursos de instrumentalização em vigilância hospitalar, para os municípios do Estado do Rio de Janeiro que possuíam hospitais, com o objetivo de implementar a proposta dos NVH em todo o estado. No início de 2005, em parceria com MS/SVS, foi organizado o primeiro Curso de Instrumentalização em Vigilância Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, para profissionais dos NHE dos diversos estados, da rede de referência nacional. O curso teve duração de 40 horas, com a participação de professores como expositores de diversas universidades no estado e convidados como a coordenação do Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital das Clínicas do Paraná, coordenadora do NHE do Hospital de Fortaleza (CE) e Responsável Técnica pelo Subsistema de VE de São Paulo, além da participação de técnicos do MS.

Em meados do ano de 2005, entregamos o cargo de gerência dos NVH, pois acreditávamos que, com a nossa saída, os núcleos pudessem ter maiores oportunidades de desenvolvimento, o que não foi aceito pelos técnicos. Pela forma de conduzir o processo, havíamos conquistado a confiança e o respeito da equipe.

Em nosso entendimento, isso significou um retrocesso na visão da vigilância hospitalar: um projeto pioneiro que conseguiu superar milhões de barreiras, mas cuja finalização fugiu à nossa competência, pois estava nas mãos dos gestores, que, diante dos interesses políticos, acharam interessante manter enfraquecido o núcleo central, pois começava a ameaçar interesses particulares, com o volume de informações que conseguiram colecionar a respeito das condições de assistência à saúde nos hospitais.

1.1.2 Criação de uma nova política específica em vigilância hospitalar para o território nacional

Implantação e implementação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, a partir da Portaria GM nº 2.529/2004

A partir de 2001, o Ministério da Saúde começou a elaborar, para nosso país, um plano estratégico para a esperada pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Entre vários pontos a serem pensados, era necessário organizar um sistema de vigilância hospitalar, sensível e capaz de se articular rapidamente a outros níveis da vigilância epidemiológica, visando a ações imediatas.

Embora já existissem serviços de vigilância epidemiológica implantados em vários hospitais dos diversos estados, surgiu a necessidade de que se organizasse uma rede de referência de VE nos hospitais, a fim de ter acesso a informações

hospitalares, através de um fluxo rápido com o ministério, sobretudo diante de doenças emergentes e reemergentes que começavam a surgir. Começava mudar a visão da SVS quanto à importância dos hospitais no sistema nacional de VE.

Por mais de 20 anos, várias foram as tentativas de se implantar políticas específicas voltadas para o nível terciário na vigilância epidemiológica, mas somente então era possível perceber a necessidade de se formular uma política de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar para todo o território nacional. Poderíamos descrever vários motivos desta abertura, mas uma vez que foi reconhecido o problema pelo governo, decidiu-se agir. A partir daí, surgiu a possibilidade de formulação de uma nova política.

No entanto, como temos visto, a ação de políticas públicas é um processo político, e não simplesmente uma forma analítica de resolver processos. Surge a partir de negociações, com acomodação de diferentes interesses que refletem a ideologia do governo no poder, não sendo diferente com as políticas de vigilância no território hospitalar – esperava-se tanto a resistência, por um lado, como o suporte para sua implantação, por outro.

Em uma das reuniões organizadas pelo Ministério da Saúde/CENEPI para discutir o plano de ação para vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave, levantou-se a necessidade de discutir a organização de uma proposta para a vigilância em âmbito hospitalar, com o objetivo de complementar o plano estratégico de ação da SRAG. Definiu-se que seriam convidados técnicos da área, para desenvolver uma proposta de vigilância epidemiológica no território hospitalar, sendo que a organização do grupo ficaria a cargo da Gerência de Doenças Emergentes e Reemergentes/VE/SVS/MS.

Assim, ao serem indicados os profissionais da área para fazer parte do grupo de trabalho, se deveria pensar na influência na formulação de uma política das pessoas que dela fazem parte. De uma forma ou de outra, existem interesses particulares que irão influenciar direta ou indiretamente na formulação – portanto, a escolha das pessoas que participaram foi de grande importância.

Foram convidados, para a primeira reunião, a responsável técnica dos Núcleos de Vigilância Hospitalar/RJ; o chefe do Serviço de Epidemiologia do Hospital Emilio Ribas/SP; a coordenadora do Serviço de Epidemiologia (SMS/CTBA/PR); o coordenador do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Doenças Infecciosas São José (SES/CE); chefe do serviço de epidemiologia do Hospital de Medicina Tropical da Amazônia (AM); a coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar(ANVISA/MS); o Programa Gerência de Risco (ANVISA/MS); a coordenadora do Serviço de Epidemiologia do Hospital de Doenças Tropicais(SES/AM) e a gerente do GDER/CGDT da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, responsável por coordenar as reuniões do GT.

No primeiro encontro, os participantes apresentaram suas experiências em vigilância epidemiológica. Após algumas discussões, definiu-se que a formulação da proposta que instituiria a rede nacional dos núcleos deveria ter como referência a Resolução SES nº 1.834/2002/RJ e a proposta construída por alguns componentes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de São Paulo, em parceria com a chefia do Serviço de Epidemiologia do HIER (SP).

A coordenadora nacional do de CCIH/ANVISA/MS apresentou a experiência na formulação da Portaria nº 2.616/98/MS, que institui as CCIH em todos os hospitais, e seu processo de implantação. A partir desses referenciais, demos início aos trabalhos do grupo, que discutiu e definiu a proposta de criação do Subsistema

Nacional de VE em âmbito Hospitalar integrado ao Sistema de VE, a competência em cada nível de governo, com relação à proposta, além de uma Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de VE em âmbito hospitalar. Definiu-se o número de hospitais por unidade de Federação e sua distribuição por nível, bem como os critérios a serem seguidos pelos estados e municípios, ao se definirem os hospitais em seu território para participar da Rede Nacional de Referência. Para implantar a Rede Nacional de Hospitais de Referência do subsistema de VE, apresentou-se uma proposta de incentivo financeiro para cada nível de hospital para os hospitais integrantes da Rede SUS. Por último, foram apresentadas as competências obrigatórias e não-obrigatórias dos núcleos, com diferenças em cada nível da Rede de Referência, tentando-se também definir o perfil dos recursos humanos para os núcleos.

A construção desta proposta levou mais de ano, pois os encontros sempre aconteciam em Brasília, o que dificultava a participação de todos. Assim, após alguns meses, foi necessário substituir e ampliar a equipe para mais alguns membros, e tivemos a participação da coordenação dos Núcleos de Epidemiologia do Hospital Universitário Osvaldo Cruz/PE; da coordenação do serviço de epidemiologia do HC-FMUSP; a chefe do serviço de epidemiologia do HSE/MS/RJ; e da coordenadora do Serviço de Epidemiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em substituição à coordenadora do Serviço de Epidemiologia (SMS/CTBA/PR).

Além das mudanças dos componentes do grupo, os trabalhos continuavam com dificuldade para definir algumas questões, como a obrigatoriedade ou não de todos os hospitais da rede hospitalar implantarem um núcleo de epidemiologia, tanto para os hospitais da rede privada ou pública. Quando paramos para rever a

experiência da Portaria nº 2.616/98 MS, que torna obrigatória a implantação da comissão do controle de infecção hospitalar em todos os hospitais, observamos que não seria a obrigatoriedade e sim o incentivo para implantação que sensibilizaria os hospitais a aderirem à proposta de implantação. Observamos, ainda, que nosso objetivo principal seria a rede pública, pelo perfil de pacientes neste tipo de estabelecimento, do que alguns também discordaram, acreditando que deveria ser estendido para a rede privada – não o incentivo mas a obrigatoriedade de implantação de núcleos.

Definiu-se que integraria o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar todo hospital em funcionamento no território nacional, independentemente de sua natureza e da existência de relação para a prestação de serviços ao SUS, mas receberiam o incentivo financeiro somente os hospitais da Rede SUS.

Outra questão difícil foi definir o número de hospitais que receberiam o incentivo financeiro. A definição do número de hospitais por unidade da Federação e sua distribuição por nível se basearam na população e na complexidade da rede hospitalar em cada território. Entretanto, no processo de seleção dos hospitais de referência deveriam ser priorizados aqueles especializados em doenças infecciosas, universitários ou de ensino, integrantes da rede de referência para a Síndrome Respiratória Aguda Grave e Hospitais-Sentinela para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Quanto à definição das competências dos núcleos, o grupo ficou dividido: deveria ou não ampliar o objeto de investigação? Avançar ou não para as doenças não-transmissíveis e trabalhar igualmente com os indicadores de qualidade? Considerando que o hospital também é fonte de informação para outros problemas

de saúde e possibilita acompanhar o perfil de morbi-mortalidade da população atendida, apoiando o planejamento do sistema de saúde, com ênfase na gestão do serviço de saúde hospitalar, não deveríamos abrir mão da possibilidade de ampliar o objeto de pesquisa. No entanto, tínhamos consciência do quadro de competência obrigatória que deveria fazer parte de suas atividades, sobretudo quanto ao acompanhamento das DNC.

Nessa discussão os representantes de hospitais gerais apresentaram que já vinham trabalhando com planejamento, assim foi proposto para o grupo que deveriam ampliar a competência dos núcleos de hospitais gerais, possibilitando maior reconhecimento, através de atribuições ligadas ao planejamento na unidade hospitalar. As DNC, para os hospitais gerais, são em menor volume, se comparados aos hospitais especializados. Assim, acompanhar o perfil de morbi-mortalidade da unidade ajudaria a estar alerta para qualquer modificação no perfil epidemiológico de uma unidade tão grande.

Definiu-se, então, que a competência e ampliação dessas atividades irão depender do nível da unidade na rede de referência, que além de realizar o elenco de obrigatoriedades, dentro de suas possibilidades, poderá ampliar seu objeto de pesquisa e desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

Um dos grandes ganhos dessa portaria foi a obrigatoriedade de haver um profissional com formação em saúde pública/epidemiologia para atuar no núcleo, possibilitando a introdução de um novo conceito de saúde nesse universo hospitalar e criando a ponte do nível terciário com a rede básica.

Muitas foram as opiniões e propostas, mas finalmente, após um ano de trabalho, formulou-se a primeira versão da minuta. Ficou definido que

apresentaríamos, em reunião com diretores de hospitais de níveis II e III (previsto pelo perfil) de várias regiões do país e com os coordenadores das vigilâncias epidemiológicas estaduais, os trabalhos até ali realizados, com vistas a sensibilização e contribuição na construção da proposta.

Assim, aproveitando a realização da EXPOEPI, foi organizada uma oficina para discutir a proposta com mais alguns representantes, inclusive de comissões do controle de infecção hospitalar que se opuseram à criação dos núcleos. Estes haviam argumentado que a vigilância epidemiológica era um termo antigo utilizado pela CCIH, o que provocou a mudança do nome do núcleo; por fim, definiu-se o nome de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE).

O encontro com os diretores permitiu discutir a importância do projeto dos núcleos e a necessidade de se criar o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Surpreendentemente, quem mais questionou a relevância da proposta foram algumas vigilâncias epidemiológicas estaduais, sobre a implantação e implementação dos núcleos de epidemiologia hospitalar, principal motivo, receio de os NHE andarem separados das vigilâncias epidemiológica, criando uma dicotomia e maior autonomia. É claro que era necessário haver maior autonomia para o desenvolvimento e reconhecimento dos trabalhos realizados nesse território, mas a proposta foi criar um subsistema ligado ao sistema de vigilância epidemiológica.

Outro questionamento durante a reunião – este da parte dos diretores dos hospitais – foi quanto ao repasse do incentivo financeiro, pela secretaria estadual, pois eles temiam que houvesse dificuldade para o dinheiro chegar até seu destino, situação que viria a ser discutida na Comissão Tripartite.

A iniciativa de convidar os diretores foi elogiada por eles, e um diretor mencionou que aquela havia sido a primeira reunião da qual hospitais e vigilâncias epidemiológicas estaduais participaram juntos. Segundo eles, tal fato permitiu que os diretores conhecessem um pouco mais sobre a vigilância epidemiológica, e mudou a percepção de alguns coordenadores estaduais da VE, quanto à necessidade de se aproximar mais da alta complexidade do SUS.

Finalmente, após aprovação na Comissão Tripartite, em novembro de 2004, foi publicada a Portaria nº 2.529/04 MS, que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Esta definiu competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, criando a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido subsistema e definindo critérios para qualificação de estabelecimentos.

A Rede Nacional foi fundamentada na distribuição por nível e por unidade da Federação, sendo constituída por 190 hospitais de referência, subdivididos em três níveis (I, II e III). A definição do quantitativo de hospitais por unidade da Federação e sua distribuição por nível estão embasadas na população e na complexidade da rede hospitalar da mesma unidade.

Os critérios para seleção dos hospitais de referência com base em níveis e as exigências que os hospitais deveriam atender, bem como suas competências, estão definidos na forma dos Anexos II, III e IV da referida Portaria.

No processo de seleção dos hospitais de referência, deveria ser conferida prioridade àqueles especializados em doenças infecciosas, universitários ou de ensino, integrantes da Rede de Referência para a Síndrome Respiratória Aguda Grave e Hospitais-Sentinela para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(Gerência de Risco) – neste último caso, com a intenção de aproximar o programa com os núcleos hospitalar de epidemiologia.

O incentivo financeiro foi autorizado para os Hospitais de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, através Portaria nº 1.337/GM, de 11 de agosto de 2005. Nove meses após a assinatura da portaria, instituiu-se o repasse financeiro. Infelizmente em alguns estados, como Rio de Janeiro, até hoje os hospitais estaduais e municipais que fazem parte da rede de referência do subsistema até o momento não receberam o benefício.

Como participante do grupo, tentamos dar sugestões que se aproximassem ao máximo da proposta do Estado do Rio de Janeiro para os NVH, por considerá-la inovadora e percebermos possibilidades de melhoria, sobretudo para algumas regiões que já discutiam vigilância hospitalar há mais de duas décadas. Isso não foi aceito sempre, a princípio pelas diferenças regionais, pois algumas regiões estariam pela primeira vez implantando a proposta de epidemiologia em âmbito hospitalar. Segundo, pela falta de infra-estrutura de recursos humanos com qualificação na área, sendo que na Região Sudeste, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro, ainda estão os grandes centros de formação/qualificação em Saúde Coletiva/Pública. Em terceiro lugar, talvez o mais discutido, está a preocupação quanto à integração com a comissão de controle de infecção, uma vez que a SVS não é responsável por esse programa. Pois, na estrutura organizacional a CCIH se encontra na ANVISA, assim, a SVS não tem a gestão deste programa, para normatizar a integração da vigilância hospitalar. Quando tentaram resolver, convidado a coordenação nacional da CCIH para participar do grupo de trabalho, com a intenção de uma maior aproximação, porém, durante as discussões de

formulação da proposta, não se percebeu qualquer interesse de integrar por parte desta coordenação.

Ao analisarmos a portaria, podemos perceber que ela prevê a integração dos núcleos com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário do hospital, de modo a possibilitar o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento. Sabendo que esses serviços não desenvolvem uma função direta de vigilância epidemiológica, na portaria foi dada a eles uma importância de integração.

Por outro lado, as outras comissões com função direta de vigilância epidemiológica atuando nos hospitais não mencionam a proposta de integração com os NHE. Essa situação, deveremos discutir futuramente – o processo de trabalho –, para que não ocorra superposição dos trabalhos, sobretudo em se tratando das DNC, pois foi possível somente a proposta de uma parceria entre essas comissões e o núcleo.

A nosso ver, perdeu-se a possibilidade de, nesse momento, alcançar algo tão sonhado, que seria um trabalho integrado e normatizado das vigilâncias em âmbito hospitalar, que somente será possível quando ocorrer um entendimento por parte dos gestores e técnicos responsáveis por tais atividades em âmbito hospitalar. Mas há uma possibilidade, quando se reconhece a importância de trabalhar em conjunto, pela afinidade dos instrumentos e objetos de investigação. Isso não impede, no entanto, que os estados desenvolvam uma discussão mais avançada sobre o conceito de vigilância em âmbito hospitalar.

Com uma nova política de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, era necessário estabelecer políticas de capacitação em recursos humanos habilitados para atuar como profissionais nesses núcleos; assim, foram implementados cursos

de capacitação em epidemiologia hospitalar nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, locais que já vinham desenvolvendo cursos para a região e outros estados. A proposta também foi discutida pelo grupo técnico que participou dos trabalhos de construção da Portaria nº 2.529/04 MS, principalmente para os estados com maiores dificuldades de formação de recursos humanos na área.

Organizou-se, então, o primeiro Curso de Especialização em Vigilância Epidemiológica Hospitalar, com incentivo da SVS/MS em parceria com a USP, com 360 horas de duração. Dele participaram técnicos que trabalham nos núcleos dos níveis II e III da rede de referência do subsistema de vigilância epidemiológica e responsáveis técnicos estaduais pelo subsistema de VE.

Com a publicação da Portaria nº 2.529/04, que instituiu o subsistema de VE e a rede de referência dos NHE, desdobrou-se a necessidade de outros trabalhos. Definiu-se, assim, que seria constituído um grupo técnico para acompanhar os trabalhos de implantação e implementação – função que, de forma não-oficial, o mesmo grupo de trabalho da proposta da portaria já vinha realizando. Desta forma, com o objetivo de oficializar o grupo, a partir da Portaria nº 66/05 SVS/MS foi constituído o Comitê Técnico Assessor do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, com a função de:

1. subsidiar proposta para regulamentação dos núcleos de epidemiologia hospitalar no país;
2. acompanhar a seleção dos hospitais, seguindo os critérios estabelecidos pela Portaria nº. 2.529/MS, de 23 de novembro de 2004, em conjunto com estados e municípios;

3. supervisionar a implantação e funcionamento dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar no país, em conjunto com estados e municípios;
4. elaborar proposta de manual de procedimentos para os Núcleos de Epidemiologia Hospitalar;
5. avaliar o funcionamento dos Núcleos de Epidemiologia Hospitalar, utilizando indicadores específicos, em conjunto com estados e municípios; e
6. auxiliar tecnicamente as secretarias estaduais e municipais de Saúde na realização de treinamento continuado.

No início, o comitê se reunia regularmente, mas com o passar dos meses, somente alguns continuaram a ser chamados, não para acompanhar os trabalhos, mas para acompanhar alguns cursos. Atualmente, os trabalhos do comitê se encontram parados. Com isso a implantação e a implementação dos trabalhos da Rede de Referência do Subsistema de VE caminham a passos lentos, inclusive com muitas dificuldades em algumas regiões e com retrocesso em alguns trabalhos nos quais já havíamos avançado.

Como resultado dos trabalhos do comitê, além da portaria, propôs-se construir um questionário de avaliação do perfil das unidades, que deveria ser preenchido por todos os núcleos da rede de referência. Foi elaborado um manual de implantação dos NHE, e organizou-se, em parceria com estados, cursos de capacitação em Epidemiologia Hospitalar e o primeiro curso de especialização em parceria com a USP.

Com a preocupação de acompanhar o desempenho dos núcleos selecionados para compor a rede de referência, previu-se que as unidades que não conseguissem alcançar os indicadores seriam substituídas por outras que

apresentassem melhor desempenho e que não fizessem parte da rede de referência. Não há, ainda, uma avaliação, nem informação sobre o gasto do incentivo financeiro, se realmente foi aplicado, muito menos sobre os trabalhos realizados pelos núcleos. Falta inclusive definir os indicadores de avaliação da implantação dos NHE.

Para que o processo fosse mais bem implantado, solicitou-se, na portaria, que estados e municípios indicassem um responsável técnico pela rede de referência e subsistema de vigilância epidemiológica. Estes ficariam responsáveis pela disseminação da portaria e sensibilização dos hospitais para participar do Subsistema de Vigilância Epidemiológica, mas uma das dificuldades encontradas foi que a maior parte desses responsáveis eram pessoas que já tinham outras atribuições dentro da Secretaria de Saúde, e que dispunham de pouco tempo para se dedicar à nova proposta.

Pois, é importante que os técnicos que trabalham no nível central percebam a riqueza de informações e possibilidades de crescimento, quando existe uma aproximação com o nível local, valorizando o conhecimento de quem trabalha na frente da guerra, permitindo, assim, conhecer melhor a realidade da situação de trabalho. Com essa atitude, atuando à frente como gestora no nível central, conquista-se a liderança do grupo, pela forma de conduzir o processo, e os profissionais acabam sendo muito mais sensibilizados a buscar desenvolver uma postura de maior comprometimento com sua função.

Assim, após este relato, no contexto da formulação de novas propostas de descentralização da vigilância epidemiológica para hospitais e aparente conformidade e ajuste dessa política diante de outras vigilâncias que já atuavam no hospital, neste estudo nos preocupamos particularmente com os significados de um

processo integrado no serviço de vigilância hospitalar, ao descentralizar a vigilância epidemiológica e criar uma nova política nacional de vigilância em âmbito hospitalar.

1.2 Objetivos

Este trabalho tem como **objetivo geral** entender os possíveis conflitos políticos e técnicos que dificultam um trabalho integrado das vigilâncias que atuam em âmbito hospitalar, tomando como foco o processo de trabalho do Núcleo de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Objetivos específicos

- Analisar as implicações da evolução teórico-conceitual e político-institucional nas ações de vigilância hospitalar que levou à implantação e implementação das diferentes propostas para as vigilâncias hospitalares.
- Levantar as possibilidades e impossibilidades de um processo de trabalho integrado entre a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e a comissão de controle de infecção hospitalar.

***Bom mesmo é ir a luta com determinação,
abraçar a vida com paixão,
perder com classe e
vencer com ousadia,
pois o triunfo pertence a quem se atreve.
A vida é muito para ser insignificante.***

Charles Chaplin

2 VIGILÂNCIA HOSPITALAR x REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

A vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, conceitualmente considerada em nosso país a partir da Lei nº 8.080/90, compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva. Tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

No entanto, o conceito de vigilância para chegar a esta visão mais ampla do que vem a ser vigilância, foi necessário passar por uma contínua evolução, indo de uma visão restrita de quarentena para uma mais democrática e sofisticada; tiveram início a manutenção do alerta responsável e a observação, para que fossem tomadas as medidas indicadas.

A partir de 1950, o conceito de vigilância desenvolve no sentido de deixar a observância do sistema de contatos de doentes, para ser mais amplo, de acompanhamento sistemático de doenças na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.

Entretanto, Langmuir, em 1963, definiu vigilância como a observação continuada da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-las. Para Waldman (1991, p. 20), esse autor teve o cuidado de distinguir “vigilância” da “responsabilidade das ações de controle”, quanto dos

“estudos epidemiológicos”, embora reconhecesse a necessidade e importância da interface entre as três atividades.

A partir da XXI Assembléia Mundial de Saúde, cujo foco principal foi a vigilância epidemiológica, após ampla discussão técnica a respeito da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, decidiu-se ampliar o conceito de vigilância, salientando-se sua aplicação em outros problemas de saúde pública, além das doenças transmissíveis. Quando para Silva Junior (2004), ao ser utilizado este novo conceito para outros agravos além das DNC, é necessário estabelecer, previamente, metodologia e técnicas adequadas a serem utilizadas.

Enquanto isso, o conceito de vigilância epidemiológica na América Latina foi influenciado pelo I Seminário Regional sobre Sistema de Vigilância Epidemiológica e doenças Transmissíveis e Zoonoses das Américas, em função das prioridades latino-americanas, o que também influenciou o conceito adotado oficialmente no Brasil em 1975⁵ (WALDMAN, 1991).

Antes mesmo de se tornar um sistema regulamentado, a vigilância das doenças transmissíveis era feita pelas Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVEs), desde 1973, quando foram criadas essas unidades na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde⁶. Por regulamentado pela Lei nº 6.259/75, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, instrumento legal que tornou obrigatórias as notificações de doenças transmissíveis selecionadas anualmente por portaria. Atividades que eram realizadas a princípio somente pelas UVEs, agora se

⁵ Conceito instituído pela Portaria nº 6.259/75, que compreende que “a ação de vigilância epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde”.

⁶ Foram os Departamentos Estaduais de Saúde os precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde, ao implantarem progressivamente uma rede de postos e centros de saúde estaduais voltados ao controle das doenças endêmicas e epidêmicas.

tornam obrigatórias para todo profissional de saúde, independentemente da instituição que possa apresentar o caso.

Vivendo o país em meio a uma grave crise sanitária, com a epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e grande número dos acidentes de trabalho, deu-se a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Com a possibilidade de poder acompanhar melhor os casos de DNC, observou-se que era necessário criar um serviço de epidemiologia que fosse capaz de detectar os casos de DNC, que estavam chegando nos institutos de infectologia, assim foi instituído o primeiro serviço de vigilância epidemiológica do país no Instituto de Infectologia Emilio Ribas (IIER), em 1978⁷, que teve como objetivo implantar uma vigilância das doenças transmissíveis e investigação dos casos que eram internados no instituto, diante de um quadro epidemiológico grave de doenças transmissíveis, especialmente com foco na epidemia de meningite em São Paulo, a seguir começam a surgir outros serviços de VE em institutos de infectologia espelhados pelo país.

Assim, a Vigilância Epidemiológica tem nova percepção, sobretudo com o quadro epidemiológico em que o país se encontrava e o surgimento de uma nova doença, a Aids, que logo se transformaria em epidemia (era necessário pensar em questões como a impossibilidade de cura na fase inicial da epidemia, principalmente para doenças transmissíveis, depois dos antibióticos. Isso fez com que a tuberculose ganhasse novas características em termos de comportamento epidemiológico em

⁷ Foi criado pelo Decreto nº 52.529/78, da Secretaria Estadual de Saúde, e na época tinha como objetivo agilizar o fornecimento de dados a respeito do comportamento da epidemia de meningite da década de 70 (sorogrupoA/C).

nosso meio); a hospitalização prolongada; a falta de ações de controle e o conteúdo das propostas de prevenção.

Com a emergência da Aids, a mudança do padrão da tuberculose, surge a necessidade de uma melhor vigilância dos hospitais. Os hospitais, que há pouco tempo apresentavam papel secundário no sistema para a vigilância epidemiológica, pois a maioria das doenças sob vigilância era atendida na rede primária ou em institutos especializados, é necessário notificar e investigar os casos de DNC que chegam, nos hospitais e clínicas, públicos e particulares, e nas emergências e pronto-atendimento, tanto dos casos que não necessitavam de internação como os de internação.

Mesmo diante de um quadro grave epidemiológico, somente dez anos após começam a ser implantados os primeiros serviços de Vigilância Epidemiológica em hospitais gerais. Encontramos registro do serviço no Rio de Janeiro no Hospital dos Servidores do Estado (HSE), em 1988. A proposta de implantação da vigilância em hospitais gerais se diferencia do Instituto de Infectologia, que tem como objeto de vigilância somente as Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Este talvez tenha sido influenciado pelo perfil da unidade e pelo conceito de vigilância adotado pela equipe, que começa a trabalhar com vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar – serviço que, além das ações de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, integra educação permanente, pesquisa clínico-epidemiológica e epidemiologia aplicada à avaliação dos serviços de saúde.

Mesmo com uma proposta diferenciada dos serviços de epidemiologia dos institutos de infectologia, estes núcleos surgem sem muita força nos hospitais gerais, pois a vigilância em âmbito hospitalar, convencionou-se que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é uma das vigilâncias mais representadas e

conhecidas. Tem como objetivo controlar as infecções adquiridas ou transmitidas no espaço hospitalar.

O foco nos hospitais gerais não eram as infecções transmitidas pelo meio ambiente, caracterizadas como doenças transmissíveis. Mas por que não foi sempre assim? Tratava-se de infecções decorrentes das próprias intervenções crescentemente invasivas, principalmente pelas cirurgias, provocadas por microorganismos endógenos e/ou exógenos.

Mas o avanço tecnológico para as intervenções clínicas não se mostrou suficiente para superar o problema das infecções hospitalares. Conforme se esperava no início do século XX, elas voltaram em meados deste século, endógenas e multi-resistentes, decorrentes das próprias tecnologias geradas para combatê-las (LACERDA, 1995). Surgem as primeiras comissões multiprofissionais em meados dos anos 40, na Inglaterra, para investigar e adotar medidas preventivas contra essas infecções (GRAZEBROOK, 1986).

Em nosso país, 20 anos mais tarde surge a primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), em 1963, no Hospital Ernesto Dornellas, no Estado do Rio Grande do Sul (RODRIGUES, 1997). Mas somente em 1983 se torna obrigatória, por determinação da Portaria nº 196 MS, a implantação, em todos os hospitais do território nacional, a CCIH, sendo que até 1985, somente (5%) dos hospitais brasileiros haviam cumprido tal exigência (MAGALHÃES, 1999).

Nesses 20 anos surgiram as UTIs, as unidades de pacientes graves com confinamento, a centralização de recursos para pacientes em pós-operatório e com afecções clínicas de maior gravidade. Apesar de todo desenvolvimento tecnológico e controle, as infecções hospitalares (IH) continuam a ocorrer, desta vez com microorganismos resistentes. Esses setores apresentam maior índice de infecção

hospitalar ocasionada por procedimentos diagnóstico-terapêuticos agressivos, invasivos e imuno-supressivos. Essas situações associadas acabam determinando, de um lado, o agravamento da susceptibilidade do paciente e, de outro, a migração e o aumento da resistência dos microrganismos de sua própria flora, propiciando, assim, a infecção.

De outro ponto de vista, o da tecnologia, viu-se um avanço ao longo desses 20 anos que permitiu outro movimento, o de abertura das portas do hospital ao paciente externo, além do pronto-atendimento. A racionalidade passa a ser uma atividade empresarial, voltada para o negócio, que os hospitais passaram a apresentar no seu papel de provedores de serviços diagnósticos (FERREIRA, 2006).

A Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH), nos EUA, definiu em 1976 a implantação de programas de vigilância e controle das infecções hospitalares como critério para acreditação dos hospitais (WENZEL, 1992). No final da década de 1990, o Brasil viu surgirem os processos de acreditação que influenciam e cobram um novo conceito de paciente. As atividades no hospital representam o atendimento a um paciente que se entende como cliente, que recebe não só a aplicação de procedimentos e de tecnologias, como também de serviços hospitalares, para o atendimento de suas necessidades. Portanto, visando à qualidade, cobra a existência e atuação de uma CCIH como critério de acreditação do hospital.

A Portaria nº 2.616 /98 MS ampliou a implantação das comissões em direção aos estados e municípios, além da coordenação nacional, e se adequou às necessidades apontadas pelo Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em Hospitais Terciários e da Avaliação da Qualidade das Ações em Controle de Infecção Hospitalar nesses mesmos hospitais, em 1994 (PRADE *et al.*, 1995).

Até o final dos anos 1990, não se mediam resultados do ponto de vista clínico. Procuravam-se mais indicadores do ponto de vista do desempenho. Os resultados obtidos e os indicadores monitorados no período visavam principalmente ao desempenho da atividade hospitalar como um todo, não orientada para a sua comunidade ou para os pacientes atendidos pelos hospitais (FERREIRA, 2006). A gestão das doenças ocorreu sobretudo em função da pressão por uma contenção de recursos financeiros, do gasto em saúde.

Paralelamente às mudanças na área hospitalar, vêm surgindo então, em saúde pública, mudanças com a nova estrutura do sistema de saúde, que a partir da Lei nº 8.080 é desenvolvida e define a epidemiologia como modelo assistencial, elevando a vigilância epidemiológica a uma nova condição. Após a implantação do SUS, surge uma nova mudança na estrutura das secretarias de Saúde. Algumas secretarias estaduais e municipais de Saúde passaram a denominar Vigilância a Saúde ou Vigilância da Saúde as novas unidades de suas estruturas organizacionais que promovem a unificação administrativas entre as áreas de vigilância epidemiológica e as atividades a ela relacionadas, como a área de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador (SILVA JUNIOR, 2001). Essa nova estrutura se efetiva em alguns estados, principalmente a partir do projeto VIGISUS.

A mudança na estrutura tem como propósito responder aos desafios colocados pelo perfil epidemiológico complexo que se apresentam na atividade, caracterizados pelo surgimento e/ou persistência de doenças. É necessário haver renovação e fortalecimento da vigilância de doenças transmissíveis para fazer face às doenças emergentes, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) ou a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), e outras que reaparecem, como a tuberculose e a hanseníase. Há uma carga de doenças não-transmissíveis, pela

crescente importância dos fatores de risco relacionados ao ambiente, sendo que a resposta tem sido muito aquém da capacidade instalada e dos êxitos obtidos (SILVA JUNIOR, 2004). Contribuiu-se, assim, para a percepção de uma reestruturação dos objetivos da vigilância também em âmbito hospitalar, quando alguns estados, em especial o Rio de Janeiro, ao desenvolverem o projeto VIGISUS, propõem implantar e implementar a rede de laboratórios de saúde pública, criando núcleos descentralizados de vigilância da saúde regionais e uma proposta de vigilância hospitalar.

Ao final da década de 1990 e início do novo século, começam a surgir muitas propostas de vigilância epidemiológica para a área hospitalar, com os mais diversos modelos. Algumas são muito diferentes da proposta nacional de 2004, principalmente por ampliar seus objetos de investigação. Como primeira regulamentação nacional que institui os serviços de vigilância epidemiológica, implanta-se a rede de referência dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) e cria-se o subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar.

Como parte da estrutura do sistema de vigilância epidemiológica, os Núcleos de Epidemiologia Hospitalar⁸ (NHE) se inserem no subsistema de vigilância epidemiológica, tendo como principal objetivo estar alertas a qualquer mudança no comportamento epidemiológico e de forma precoce identificar e controlar possíveis epidemias, assim percebendo novas formas de doenças e doenças supostamente controladas que possam reemergir na população.

⁸ Proposta do MS para vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, a partir da Portaria nº 2.529/04.

Conta-se atualmente com uma rede de referência de 190 hospitais, sendo que todos hospitais públicos e privados, além dos da rede, devem fazer parte do subsistema de vigilância epidemiológica criado a partir da Portaria nº 2.529/04⁹.

Apresentando mais do que nunca uma importância para o sistema de saúde, os Núcleos de Epidemiologia Hospitalar (NEH) vêm apresentando dificuldades, segundo Schout (1997, p. 88), pois

a inserção nesse grupo, essencial dentro do processo de trabalho no hospital, tendeu a ser marginal e nem sempre foi bem recebida, uma vez que além de não pertencerem diretamente ao corpo clínico do mesmo, o que significava não estarem diretamente vinculados ao atendimento médico individual, representavam e impunham, à discussão clínica individual a abordagem coletiva. Conflito que se mantém até hoje.

Por outro lado, a CCIH, que tradicionalmente é mais conhecida, por utilizar muito mais a abordagem clínica e individual, mesmo apresentando um perfil mais semelhante ao corpo médico do hospital, tem-se mostrado insuficiente, conforme analisado por Lacerda (1997, p. 20), *que nesta forma de processo de trabalho não se constitui em condição suficiente, senão desnecessária, para solucionar o problema da IH, confirmadas pelas próprias avaliações internacionais, que reconhece de pouca resolutividade, inclusive nos países que lhe deram origem* (HORTON, 1993; NYSTROM, 1992; ZANON, 1994; PRADE, 2002).

Através desses enunciados, podemos perceber que a “vigilância hospitalar” vem enfrentando grandes dificuldades para se estabelecer e ser reconhecida – para a VE, por não se reconhecer o objeto como relevante; enquanto que na CCIH há uma falha no processo de trabalho, pois se acredita não serem eficazes os

⁹ Portaria que institui o Subsistema de Vigilância Epidemiológica integrando o Sistema de Vigilância epidemiológica.

resultados pela forma como ela vem desenvolvendo seu processo de trabalho. As situações aqui apresentadas não se justificam por imaturidade do processo.

É possível afirmar que a atividade “epidemiologia hospitalar” não aparece somente a partir dos anos 70, pois a história nos mostra que aparece pela primeira vez no final da era anterior aos antibióticos, nas recomendações de controle das diarreias nas instituições de saúde. Conforme o avanço narrativo, é possível perceber não só as concepções teórico-práticas subseqüentes para o controle, como o momento histórico da concepção da “vigilância do controle da infecção hospitalar” (nomenclatura que tem por objetivo uma nova conceituação), e a “vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar”. Não se refuta, entretanto, a importância da vigilância das infecções hospitalares, pois é inegável que a evolução está relacionada às concepções e práticas dominantes no processo saúde-doença desses períodos: uma dada forma de constatar a transmissão não “desaparece” para dar “lugar” a outra. Ao contrário, elas vão surgindo e convivendo até os dias atuais, e se apresentam sob domínios de diferentes territórios, quando se apresentam com maior referência para gestão e comunidade “de seu” então território da saúde.

Trazer a discussão da epidemiologia hospitalar não significa falar de algo novo, mas falar de vigilância hospitalar, com foco no conceito da vigilância em saúde; é tentar reconceituar o conceito da vigilância da saúde para esse território. Portanto, usaremos o termo “vigilância hospitalar” ao discutirmos as práticas de vigilância realizadas pelas diversas vigilâncias hoje existentes nesse território, e não relacionado somente à vigilância epidemiológica ou vigilância do controle de infecção.

Waldeman (1991) e Thacker (1988) discordam que o termo “epidemiológica” deva ser utilizado para qualificar vigilância, pois é equivocado, uma vez que a epidemiologia é uma disciplina abrangente que incorpora a pesquisa, que é, por sua vez, distinta do processo em saúde pública denominada vigilância. Assim, sem desconsiderar o termo utilizado para o serviço de vigilância epidemiológica, reconceituamos e ampliamos o conceito de vigilância para “Vigilância Hospitalar”, de forma a reconhecer outras vigilâncias desse território.

Alguns profissionais que hoje militam na vigilância epidemiológica do hospital e que são reconhecidos como pioneiros neste processo nunca acharam que seria fácil desenvolver uma vigilância hospitalar, como também não tem sido fácil o processo de Reforma Sanitária brasileira. Ao contrário, sabiam que seria um “percurso longo e penoso”, “em um país repleto de desigualdades, com interesses privados tão fortemente incrustados em um Estado que nunca esteve a serviço das classes populares, não poderíamos imaginar que a luta seria breve e amena” (ABRASCO, 2005). Persistem atuando nesse território, que além de apresentar uma visão tradicional da saúde, mantém de forma hegemônica suas práticas. Mas esses sanitaristas, ao criticarem a realidade, tentam defender os princípios do SUS, mantendo a percepção de que é possível um novo modelo de vigilância, sobretudo para esta área de atuação, cujas equipes das diversas vigilâncias hospitalares podem ter melhor diálogo, descobrir novas formas de integrar suas práticas, a partir de uma nova organização, a começar pelo processo de trabalho, permitindo-se ir além da atual forma de pensar os problemas de saúde.

Infelizmente encontramos um quadro totalmente diverso do sonhado, pois Schout (1997, p. 74), ao realizar avaliação dos núcleos de epidemiologia hospitalar na cidade de São Paulo, *observou que a relação com as Comissões de Controle de*

infecção hospitalar (CCIH) teoricamente deveria ser bastante intensa, no entanto apenas (52,4%) dos núcleos referem desenvolver trabalhos conjuntos. Não avaliou, no entanto, o tipo de trabalho ou em que nível de integração/articulação acontece tal aproximação. Isso não parece ser diferente em outras regiões (MENDES, 2001), onde as equipes, em especial a CCIH, acreditam que a especificidade de seu trabalho impossibilite a integração entre as vigilâncias hospitalares¹⁰, portanto, não há a percepção de que o objeto de pesquisa pode ser o fator integrador. Essa avaliação, embora tenha sido realizada há mais de dez anos, continua atual, pois os problemas parecem não ter mudado muito.

No processo histórico que mostra a organização do hospital, percebemos o período de nascimento das duas vigilâncias (CCIH e VE), que não acontece de forma paralela. Elas se apresentam com grau de importância que depende do conceito de saúde da época, mas hoje não se justifica desenvolverem suas atividades no mesmo território de forma desintegrada, inclusive com a “falta de percepção” da necessidade de um entrelaçamento entre suas atividades. Elas correm o risco de enfraquecerem a eficácia de seus objetivos na área, ou de virem a ser substituídas por um novo programa que contemple as necessidades da complexidade da época. Segundo Guizardi e Pinheiro (2004, p. 162), *a integração se refere a uma “entre-relação de pessoas”, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas – entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes.* Acreditamos que esse entrelaçamento depende primeiro de uma *mudança de percepção das pessoas*, para depois se efetivar numa mudança em suas práticas.

¹⁰ Análise feita a partir da pesquisa de campo desta tese.

Para se efetivar essa nova forma de trabalhar, os profissionais que atuam na vigilância deverão ser capazes de confrontar o que está constituído, assim apresentando uma postura crítica frente à realidade do que existe, abrindo a possibilidade de transformação numa outra realidade. Concordamos com Kastrup (1997), que afirma que alguns profissionais se sentem despreparados ou não sabem como fazer, não desejam correr o risco, nem tomar posições. Não percebem que, agindo assim, já estão tomando uma posição, frustrando-se a interferir na cartografia de seu coletivo.

Urge perceber a mudança das práticas da vigilância, principalmente ao nos depararmos com avaliações internacionais e nacionais da insuficiência da CCIH pela forma como vem desenvolvendo seu trabalho; do outro lado, tem-se a VE, uma equipe cujo objeto de vigilância não é visto como relevante no hospital, quando solicitada ampliação de seu objeto de pesquisa, de forma a incorporar no processo de trabalho técnicas de avaliação dos serviços de saúde na investigação e na análise sistemática da situação de saúde da população atendida (indicadores hospitalares). Assim, mais uma vez se vê que a tendência da época não mudou muito, que a gestão de saúde na área hospitalar está voltada a priorizar mais indicadores do ponto de vista de desempenho, sem um real olhar na clínica. Inova. No entanto, quando percebe na epidemiologia a capacidade de incorporar novas avaliações que possam suprir a necessidade da gestão do momento – condição de limitação na atuação ainda presente e longe de um resultado melhor. Mas continuam em situação de inércia, e quando lutam por uma mudança, o fazem de forma muito tímida e com pouco eco.

Ao analisarmos a visão e a prática na vigilância hospitalar, encontramos justificativa da especificidade como causa de impossibilidade de um processo

integrador: a CCIH, especificamente, ao referir a especificidade, relaciona o enfoque muito mais clínico do que epidemiológico em sua prática, que não deve ser excluído, mas atentar para a possibilidade de poder ser complementado.

O conceito corrente da pesquisa clínica é ainda limitado e limitante, porque sendo essencialmente biologicista, é restrito às manifestações das doenças e não abrange o contexto de vida do indivíduo com suas necessidades e comportamentos, assim como desconsidera a amplitude humana da relação da equipe multiprofissional com o mesmo, e a potencialidades de pesquisas, tendo como objeto não somente o paciente, mas a relação em si. Tal relação envolve inúmeras oportunidades a serem aproveitadas, de questionamentos e desenvolvimento de propostas e soluções associadas à recuperação, reabilitação e prevenção de agravos e/ou promoção da saúde.

Insistimos, no entanto, que os profissionais da vigilância hospitalar realizam suas práticas com base em conceitos constituídos a partir de conteúdos, que chamam de especificidades. Isso vem marcando de forma muito rígida suas fronteiras na definição do objeto de pesquisa e/ou interesse, e muitas vezes passam a ser estratégias hegemônicas, que distanciam as diferenças, enquanto que a horizontalidade¹¹ deveria ser percebida, senão por todos, pelo menos pela maioria, de forma a influenciar os que ainda não a alcançaram.

O movimento das vigilâncias em âmbito hospitalar deveria se somar na tarefa de dar conta de um objetivo, que por sua natureza de múltiplas interfaces, enxerga diferentes olhares ou interações. No entanto, o que se observa é a manutenção das fronteiras das especificidade/especialidades dos objetos e, especialmente dos

¹¹ Reconceituação feita a partir do conceito de Waldeman (1991): todas as equipes que trabalham com vigilância hospitalar deveriam trabalhar integradas.

sujeitos desses saberes, atuando como profissionais, impedindo um aprendizado constante e permanente, uma ação que não permite que se configurem múltiplas formas de ação e na qual são constituídas práticas sobre especificidades neutralizadas.

Podemos, através da integração das práticas das vigilâncias, encontrar formas de mudar os caminhos neutralizados; assim, com uma nova visão quanto aos objetivos de sua prática, criar estratégias que não obstruam o que pode vir. Portanto, a construção da informação não estará no objetivo central de diagnosticar ou explicar a realidade, mas que permita intervir no próprio curso desses processos.

Nossa preocupação é problematizar o processo de construção do diagnóstico, que vem caminhando mais no sentido individualizado, com apenas um olhar, do que numa concepção de construção coletiva, com múltiplos olhares/saberes, como práticas aliançadas com a transformação da realidade em que vivem. Podemos reconhecer que, existindo um movimento de aproximação, este ocorre na forma de articulação entre as vigilâncias, e se mantém como unidades identitárias, privilegiando algumas atividades que se entrecruzariam, e não as relações.

Romper essas fronteiras rígidas que marcam o funcionamento das vigilâncias não pode ser entendido como uma articulação entre as vigilâncias, pois, neste caso, estamos falando em manter a idéia de vigilâncias independentes umas das outras. A integração se refere a um processo que não busca a estabilidade e, sim, interferência entre as vigilâncias, intervenção que desestabiliza determinado saber específico, visando a uma torção nos modos instituídos de funcionamento, e não a instituição de uma nova identidade (BARROS, 2006).

*De tudo, ficam três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompido antes de terminar...*

*Portanto devemos:
Fazer da interrupção, um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro...*

Fernando Sabino

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Ao tentar descrever os passos desta pesquisa, tentando expor as opções metodológicas feitas na sua construção, gostaríamos de citar um princípio que aprendemos a adotar em nossa vida: *“Para aprender a evitar tanto quanto possível os erros, temos que aprender precisamente com eles”* (POPPER, 1989, p. 182).

A partir deste princípio, falamos das razões que nos levaram a pesquisar a vigilância em âmbito hospitalar, quando tentamos identificar as barreiras para integração, levantada tanto da contribuição de alguns trabalhos que ofereceram pistas para compreender por que não há integração entre as vigilâncias hospitalares, como pela intimidade vivenciada com o objeto de pesquisa na prática profissional. Isso facilita o processo de construção da pesquisa, pois MINAYO (1995) discute a importância de existir uma identificação com o tema a ser pesquisado, o que permite melhor realização da pesquisa proposta.

Iniciamos com nosso percurso na vigilância hospitalar, descrevendo cada passo da experiência que foi construída a partir das relações e discussões com a equipe de profissionais e gestores, com foco da integração. Identificamos, ao olhar para a história, a evolução conceitual da vigilância e o momento do nascimento das vigilâncias no território hospitalar, priorizadas neste estudo. Apresentamos uma discussão conceitual de integração possível de construir uma mudança nas práticas da vigilância.

3.1 Representações gerais do estudo

Na busca de conceituar e se firmar em uma teoria para explicar os fenômenos a serem estudados, escolhemos a Sociologia Compreensiva, ciência que leva à compreensão da realidade humana vivida socialmente, preocupando-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais.

Ao partilhar com os profissionais sua vivência de atuação na vigilância hospitalar, não só como pesquisadora, mas como protagonista nessa luta, atuando como profissional na área da vigilância hospitalar, percebemos que as vigilâncias se organizam de forma individualizada, sem a menor interação entre si, o que dificulta o alcance dos objetivos propostos pela vigilância para esse território.

A fim de entender o distanciamento dessas equipes em sua prática, foram apontadas inicialmente as causas técnicas e estruturais, devido à especificidade de seu trabalho, mas jamais foram percebidas como fenômeno compreendido pelo sentido que têm para os sujeitos e pesquisador.

O contato e a vivência nesta área permitiram, ao iniciar a pesquisa, refletir sobre a existência de um espaço que antecedeu a pesquisa científica, buscando o significado atribuído pelos sujeitos as ações em sua prática profissional e percepções como modo de compreender as possibilidades de uma integração entre as vigilâncias hospitalares a partir de sua realidade social, o trabalho.

Ao considerar a vigilância hospitalar uma prática subjetivamente significativa para os profissionais, vimos na abordagem compreensiva um caminho para chegar a um conhecimento perspectivo, advindo do fluir sujeito-objeto, constituído a partir dos próprios sujeitos e arranjos sociais.

Ao buscar perguntas no mundo social, antes devemos nos perguntar, como aponta Schutz (1974, p. 20): *“O que significa o mundo social para o observador?”* Deve-se buscar, antes, a resposta às questões, tais como: *“O que significa este mundo social para o ator observador dentro deste mundo? Que sentido esse ator atribui a sua atuação dentro desse mundo?”*. Partindo deste ponto de vista, a preferência pelo aspecto subjetivo é garantia única e suficiente de que o mundo da realidade não seja substituído por um mundo fictício e inexistente constituído pelo pesquisador.

Esses questionamentos nos levaram a buscar experiência do mundo na vida do trabalho e a compreensão do significado intersujeito em suas práticas na vigilância e seus motivos do distanciamento do outro saber, que se apresentam nas relações no dia-a-dia desse universo, das equipes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a Vigilância Epidemiológica (VE): *qual foi a implicação da evolução teórico-conceitual e político-institucional nas ações de vigilância hospitalar que levou a implantação e implementação das diferentes propostas para as vigilâncias hospitalares? Entender os possíveis conflitos políticos e técnicos que dificultam um trabalho integrado das vigilâncias que atuam em âmbito hospitalar, tomando como foco o processo de trabalho do Núcleo de Vigilância Epidemiológica nos hospitais e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.*

Tendo em vista esses questionamentos, buscamos na metodologia qualitativa conceituar e percorrer os caminhos, buscando respostas na pesquisa científica.

3.2 Metodologia como opção conceitual

Ao definir a escolha da metodologia, foi importante buscar a forma de

entender questões que estavam ligadas ao cotidiano de sujeitos em seu dia-a-dia, portanto, sujeitos-objetos sociais, que se relacionavam de formas muitas vezes subjetivas, nem sempre claras para os atores. A proposta foi analisar a dinâmica social, em seu cotidiano do mundo do trabalho, definindo a metodologia qualitativa.

Para Woolgar (1996, p. 19), *o conhecimento científico é determinado pelas relações sociais, sistemas de crenças e valores das comunidades científicas, e não pelo “caráter efetivo do mundo físico”*.

Nossa intenção foi aprender as relações do cotidiano como modo de comunicação entre as pessoas, considerando não só que as mesmas, em suas práticas profissionais, agem de modo consciente e intencional no mundo da vida, mas que também as pessoas expressam em suas ações socialmente vividas o significado dessa vivência. Portanto, a metodologia qualitativa traz uma preocupação em responder a questões particulares, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1995). Não que exista uma oposição aos dados quantitativos; pelo contrário, em certos eventos é necessário que os dois possam estar presentes, a fim de se complementarem.

Popper defende a postura de que todas as ciências teóricas ou generalizantes devem fazer uso do mesmo método. Isso, segundo o autor, não implica negar que existam diferenças entre ciências da natureza e as da sociedade. Mas implica a todas a mesma definição de ciência: ou seja, a preocupação central da ciência está voltada para a explicações, predições e testes, sendo que o método de testar hipóteses é sempre o mesmo.

Diferentemente de Popper, outros autores estabelecem uma distinção entre as ciências da natureza, votadas para explicação e a identificação das leis que rege os fenômenos naturais, e ciências sociais e humanas, mas preocupadas com a

compreensão da realidade humana vivida socialmente. Nesta segunda perspectiva, o significado é o conceito central de investigação. Muitas vezes se apresenta o questionamento sobre a validade e fidelidade da pesquisa qualitativa, a fim de responder que é importante, mas esses critérios precisam ser reconceituados. “Objetivo da pesquisa qualitativa não é a replicabilidade, e sim a especificidade”, o que torna responsabilidade do pesquisador a descrição plena do contexto da pesquisa. Portanto, cada método configura objeto de uma forma específica.

Assim, o método qualitativo é conhecimento orientado por propósito diferente do conhecimento com o qual é comparado. Nem mais, nem menos, racional ou logicamente superior, o conhecimento científico porta apenas uma interação diversa daquele qualificado de não-científico (COSTA, 1994).

Após esta diversidade de idéias sobre ciência, Mattos (2008, p. 6), *nos convida a abandonar de vez aquela noção de que a ciência é uma forma de descobrir a verdade, de demonstrar o que de fato acontece. Essa trajetória no pensamento sobre a ciência nos convida a ver e compreender a ciência como um modo de produzir narrativas, um modo de conversar, um modo de construir argumentos.* Seguindo nesta perspectiva, consideramos que, ao discutirem sobre suas práticas, consideram uma ação que é ao mesmo tempo definida por normas e realizada; que traz em si uma atitude reflexiva, que conduz aos “*motivos por que*” e, sendo uma ação que se desenvolve em vista de seu projeto, traz em si os “*motivos para*” dessa ação. Por meio dos “*motivos por que*”, o fenômeno foi contextualizado, e os “*motivos para*” conduziram à compreensão da vivência subjetiva dos técnicos que atuam na vigilância frente à possibilidade de integrarem suas práticas.

Essas considerações justificam o fato de nossa atenção ter sido dirigida para o sujeito da ação, buscando o significado da ação de suas práticas por meio da

sociologia compreensiva, contextualizando essa ação a partir da análise das relações sociais entre sujeitos, seres de vivência e interação. Por meio da descrição e análise das relações sociais, vividas a partir de modos de ação que constituem uma característica típica do grupo social que vivencia o comportamento social estudado, pudemos chegar à tipologia do vivido, uma estrutura vivenciada, única, uniforme e contínua, que foi analisada e descrita por ter valor de significação. Assim, eles passam a ter significado em sua relação profissional somente após EU os perceber. O significado indica, portanto, uma atitude peculiar por parte do EU para o fluxo de sua própria consciência. Então, o significado se constitui para a pessoa, à medida que ela o vai vivenciando.

Logo, foi possível perceber que o meio do trabalho, como o sujeito (profissional), faz a construção sócio-histórica: ao realizarem suas atividades como profissionais que atuam nas vigilâncias hospitalares, constituem o seu mundo de trabalho, sua realidade. Portanto, não existe tal realidade para o sujeito se este não estiver acessando em seu cotidiano.

Consideramos que não existe uma dicotomia do sujeito e o objeto, como aponta Gergen (1985, p. 267), *“os termos em que o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos das trocas historicamente situadas entre as pessoas”*. Ou seja, nem a subjetividade pura, nem tampouco unicamente a objetividade, mas as relações dinâmicas entre sujeito e objeto social é que constituem a essência da estrutura social. Giddens (1984, p. 2) denominou “dualidade da estrutura”:

O domínio básico de estudo das ciências sociais, de acordo com a teoria da estruturação, não é a experiência do ator individual nem a existência de qualquer forma de totalidade social, mas as práticas sociais ordenadas no espaço e no tempo.

Para Spink (1999), sempre seremos o produto do meio, pois a forma como acessamos a realidade institui os objetos que constituem a realidade e não temos como escapar das convenções desenhadas – neste caso, no mundo do trabalho dos vigilantes. Nas regras formalmente codificadas na forma de leis, sejam os tipos mais duramente sancionados de regras sociais, não se pode subestimar a força de sanções informais de regras implícitas em práticas cotidianas rotineiras.

São regras dessa natureza que irão consolidar a racionalidade aprendida através da construção social do domínio do conhecimento, que invocam a autoridade científica em qualquer área da vigilância de suas prática/saber específico. *“Furtando-se ao exame crítico de suas práticas e condutas, à defesa de que muitos podemos nos beneficiar do conhecimento dos limites do nosso saber e ao convite ao diálogo com outros saberes, decorre esse conhecimento”* (MATTOS, 2005, p. 137).

3.3 Sujeito e cenário da pesquisa: vigilância hospitalar dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo

Fomos levados por alguns motivos a definir os estados do Rio de Janeiro e São Paulo como campo de realização da pesquisa. A Região Sudeste, além de ter a maior concentração populacional e encontrar representação de outras regiões, apresenta o maior número de unidades de alta complexidade do SUS, principalmente dos hospitais definidos como nível II e III¹². Portanto, a escolha de unidades hospitalares desses estados possibilitou a participação de vigilâncias

¹² A definição do nível dos hospitais para a implantação do NHE se deu a partir da Portaria nº 2.529/04 MS. **Nível I:** Hospital de Referência Regional com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva; ou Hospital de Fronteira Internacional com, no mínimo, 50 leitos; ou Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com, no mínimo, 100 leitos. **Nível II:** Hospital Geral ou Pediátrico, Universitário ou de Ensino com, no mínimo, 100 leitos; ou Hospital Geral ou Pediátrico com mais de 100 e menos de 250 leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva; ou Hospital especializado em Doenças Infecciosas com menos de 100 leitos. **Nível III:** Hospital Especializado em Doenças Infecciosas com mais de 100 leitos; ou Hospital Geral, com mais de 250 leitos, com Unidade de Emergência e leitos de Terapia Intensiva.

hospitalares representativas no estudo, pela dinâmica que vivenciam e por se tratar de vigilância pioneira no processo de trabalho com regulamentação e história de mais de 20 anos de implantação.

Também foi nesses estados que surgiram as primeiras capacitações em vigilância hospitalar e a primeira especialização em vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, com a participação de técnicos de todos os estados. Foi também nessa região que surgiu a primeira proposta de integração das vigilâncias hospitalares. Assim, o processo histórico de construção e conflitos da vigilância hospitalar reflete significativamente e não difere muito em relação às problemáticas da vigilância hospitalar dos outros estados de nosso país.

Mesmo que diante de razões que seriam mais que suficientes para justificar a escolha dos estados, o motivo principal foi o fato de a autora ter sido gestora do processo de construção em um dos estados e ter vivenciado os conflitos durante período suficiente para conhecer de perto as questões discutidas na presente pesquisa. De um lado, como coordenadora estadual NVH, que tinha como proposta a integração das vigilâncias hospitalares e, do outro, como membro do Comitê Técnico Assessor do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar (Portaria nº 66/05 MS/SVS), participando do grupo que formulou a minuta da Portaria nº 2.529/04 GM, assim como assessora técnica, viajando para diversos estados como convidada, com o objetivo de apresentar a proposta que coordenava e assessorar na implantação dos NHE; e realizando cursos de capacitação com a participação de diversos técnicos da vigilância hospitalar dos mais diversos estados, trouxe a possibilidade de conhecer não só os conflitos, como o interesse em buscar entender o porquê de as vigilâncias hospitalares não estarem integradas, questões que encontram na introdução desta tese.

Obter algumas informações não foi fácil, uma vez que praticamente não existem registros da história de cada vigilância hospitalar. O acesso a algumas informações foi possível através de contato pessoal, pois conviver durante alguns anos permitiu conhecer as pessoas da área, técnicos e gestores do processo que também forneceram documentos como: relatórios e regulamentações que contêm alguns dados.

Ao apresentarmos essas informações, queremos proporcionar a visualização, mesmo que à distancia, da prática vivenciada pelos profissionais que contribuíram com as reflexões e conclusões das idéias que, acreditamos, estão contidas nesta pesquisa.

3.3.1 Descrição do território

Diminuir as desigualdades é um objetivo primordial do SUS, fundamentado no princípio constitucional de que todos os cidadãos têm direito de acesso igualitário a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Neste sentido, os esforços realizados pelo governo brasileiro, desde a criação do SUS, têm produzido notáveis avanços nos campos da descentralização da gestão, da regulação de bens e serviços.

A moderna epidemiologia tem incorporado instrumentos metodológicos valiosos para medir as desigualdades, e possibilitam análises consistentes dos dados disponíveis, como os gerados por sistemas nacionais de informação que serviram de fonte para que apresentássemos a Região Sudeste, em especial São Paulo e Rio de Janeiro.

Portanto, na Região Sudeste, além de encontrarmos o maior número de

habitantes, encontramos o maior número de estabelecimentos de saúde cadastrados, com uma rede de alta e média complexidade totalizando 9.198 estabelecimentos. Isso justifica¹³ encontrarmos uma alta movimentação hospitalar de 574.145 internações, representando (12%) em relação às outras regiões, sendo (5,1%) em doenças infecciosas com uma taxa de mortalidade de (25,9). Entre as DNC, encontramos a tuberculose com maior taxa de incidência (56,5%), destacando-se em comparação as outras regiões.¹⁴

No entanto, os estados dessa região são marcados por grande desigualdade em termos de acesso à assistência a saúde e, quando se analisa a distribuição de ofertas dos serviços de saúde, encontramos maior concentração ainda nas capitais.

As doenças transmissíveis eram a principal causa de morte nas capitais brasileiras na década de 1930, mas esse perfil tem mudado. Hoje o Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Dentre as doenças transmissíveis com quadro de persistência, encontramos a tuberculose, principalmente pelo adensamento populacional nas periferias das grandes cidades sem condições sanitárias, além de outros fatores, como a associação com a Aids, têm impulsionado um crescimento. Outra doença é a meningite bacteriana e viral, as mais importantes na perspectiva da saúde pública. Como doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, temos Aids e a dengue como as principais. Desta forma, encontramos situações que nos levam a pensar na rede hospitalar e sua qualidade.

¹³ Fonte: CNES/MS.

¹⁴ MELLO JORGE, M. H. P. *et al.* *A Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: OPS/OMS, 2001.

Quanto aos dois estados selecionados, a evolução da população em número de habitantes nos últimos 60 anos mais que triplicou. Encontramos no Estado de São Paulo uma população 36.969.476 e a maior densidade demográfica do país, maior número de novos casos de doenças meningocócicas (2002), enquanto que no Rio de Janeiro 14.367.083 em número de habitantes. Tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro esta representa todas as doenças mencionadas com aumento e maior número de óbitos por causas mal definidas, o que nos leva a analisar a rede hospitalar uma vez que nesses estados encontramos a maior concentração de serviços de alta complexidade em 2003¹⁵.

3.3.2 Rede hospitalar

Há nesses estados um grande número de estabelecimentos da rede privada, embora possamos encontrar uma grande rede pública de hospitais. No Estado de São Paulo, encontramos (178) hospitais especializados e (718) hospitais gerais cadastrados como hospitais¹⁶, com as diversas especialidades; (394) leitos em UTI de adultos, com um perfil de internação de doenças não-transmissíveis e crônicas degenerativas, com aumento em doenças infecciosas e parasitárias, que representam a quarta causa de morte no estado.

O Rio de Janeiro tem (313) hospitais cadastrados e grande dificuldade na descentralização em serviços de saúde na alta complexidade, onde encontramos (28) hospitais da rede própria do estado, seis hospitais federais e uma grande rede de hospitais filantrópicos (73) em todo o estado. Semelhante ao Estado de São Paulo, seu perfil, com preocupação nas doenças emergentes e reemergentes, vem

¹⁵ Fonte: *Atlas do Brasil*. MS/SVS. 2004.

¹⁶ Relatório fornecido pela Divisão de Infecção Hospitalar, São Paulo, 2007.

aumentando.

3.3.3 A importância da vigilância hospitalar nesse território e seus modelos

Tendo apresentado este pequeno quadro da região, representativo, quanto à importância para definirmos esses estados como amostra desta pesquisa, encontramos também a maior concentração da vigilância hospitalar em número de CCIH e núcleos de epidemiologia implantados, o que se justifica pelo quadro epidemiológico e o grande número de hospitais credenciados.

Na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, na Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), encontramos instituições ligadas à Saúde Coletiva que desenvolvem atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, além de outras. Foi criada a área de atuação da Divisão de Infecção Hospitalar, com um responsável pela coordenação da VE junto aos hospitais e controle de infecções hospitalares.

No Estado do Rio de Janeiro, atualmente, na estrutura da SES se encontra a Superintendência de Vigilância em Saúde, que coordena as atividades da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental. Na gerência da Vigilância Epidemiológica, encontramos a coordenação dos Núcleos de Vigilância Hospitalar e responsável técnico do subsistema de VE¹⁷, responsável pela vigilância hospitalar de rede própria do estado, subordinada a esta as coordenações da CCIH, Comissão de Análise de Óbito e Comissão de Revisão de Prontuário.

¹⁷ Núcleo Central de Vigilância Hospitalar (NCVH), coordena as ações dos NHV (Resolução nº 1.843/02 SES) e responde pelo subsistema de VE no estado.

a) Vigilância epidemiológica e âmbito hospitalar

Mesmo que tenham ocorrido as mudanças significativas que constatamos, sobretudo com relação às doenças nas grandes capitais, ainda enfrentamos grandes epidemias. Sendo importante a implantação do primeiro serviço de epidemiologia hospitalar, em SP no IIER. Com os mesmos objetivos, o papel principal dos núcleos para o Centro de Controle de Doenças (CCD) é notificar os casos suspeitos de DNC atendidos no hospital, estejam eles no pronto-socorro, nas enfermarias ou nos ambulatórios.

Em 1990, existiam três Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo: o Serviço de Epidemiologia do IIER, criado em 1978; o Serviço de Epidemiologia do Hospital das Clínicas (FMUSP), que iniciou as atividades em junho de 1988; e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da UNICAMP, implantado em outubro de 1988¹⁸. A partir de 1990, foi elaborado um projeto de implantação de Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica em hospitais públicos e/ou universitários que tivessem importância na assistência dos casos de DNC.

Comenta Shout (1997, p. 52): *“Não se procedeu a qualquer discussão com a área de infecção hospitalar existente no CVE, por opção da direção do órgão e por dificuldades de relacionamento com esta área”*. Atualmente conta com uma rede de 39 núcleos num período de implantação, que vai de seis meses a 30 anos; destes, 10 são hospitais gerais com atividades de ensino, ligados a universidades. O IIER é referência de moléstias infecciosas no município de São Paulo, com atividades de

¹⁸ Fonte: Dissertação de Mestrado de Schout (1997), intitulada *Núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica: a experiência no Estado de São Paulo*.

ensino ligadas à FMUSP, e dois são unidades específicas de atendimento em pediatria, sendo que os 26 restantes são hospitais de atendimento geral (Anexo V).

No Estado do Rio de Janeiro, uma das experiências pioneiras em hospital geral ocorreu em 1988, no Hospital dos Servidores do Estado (HSE), com a proposta de integrar a vigilância epidemiológica, pesquisa clínico-epidemiológica, epidemiologia aplicada à avaliação dos serviços de saúde e educação permanente. Isso permitiu ampliar o conceito de vigilância para além das DNC.

A partir da década de 90, o município do Rio de Janeiro implantou em sua rede própria hospitalar núcleos de epidemiologia e a regulamentou em 1993. No entanto, começou a se expandir em 1999, com uma proposta muito semelhante da gerada no HSE. Mesmo priorizando as DNC, o município do Rio de Janeiro aderiu à proposta de avaliação do serviço de saúde como atividade dos núcleos.

A partir do VIGISUS/RJ, nasce na rede própria do estado em 2001 a primeira proposta de integração da Vigilância Hospitalar do país, os Núcleos de Vigilância Hospitalar (NVH) em 17 hospitais, com uma coordenação no nível central. Até 2005 contava com uma rede de mais de 40 núcleos de epidemiologia em âmbito hospitalar (Anexo VI), sendo que 16 pertenciam ao subsistema de VE (Anexo VII), oito no nível I, cinco no nível II e três no nível III. No total de núcleos do estado, se encontram dois em hospitais federais, três em hospitais universitários, 18 são da rede própria do estado e 10 estão em hospitais municipais.

Participaram da pesquisa representantes de hospitais do nível II e III da Rede de Referência do Subsistema de VE, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Entre eles encontramos hospitais federais, estaduais e municipais, emergência com uma grande porta de entrada, UTIs e leitos especializados em doenças infecciosas, além de um amplo pronto-atendimento.

b) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

No Estado de São Paulo, em levantamento realizado pelo Comitê Técnico e Aplicado pelo CVS em 2001, dos 583 estabelecimentos de assistência à saúde (EAS), (68,2%) dos hospitais gerais e (78,35%) dos hospitais especializados informaram possuir uma CCIH.

Enquanto no Rio de Janeiro encontra-se representação da CCIH em 26 municípios, mas existe uma política diferente, principalmente nos hospitais da rede própria do estado, onde a CCIH está presente junto à gerência da Comissão de VE, quando é formado o NVH. Formou-se em 2004 uma Câmara Técnica de Prevenção e Controle de Infecção relacionada Assistência à Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Este grande quantitativo de CCIH se deve, além de outras questões, ao fato de esse programa ser obrigatório não só nos hospitais da rede pública, o que difere do caso dos NHE, mas também nos hospitais da rede particular.

3.4 Estudos preliminares

Para responder aos questionamentos, utilizamos a abordagem metodológica qualitativa. Nessa metodologia, a ênfase não será dada à representatividade numérica e aleatória para a generalização da amostra na população, e sim, à coleta de informações suficientes para a reconstituição do discurso, que permita uma análise aprofundada da subjetividade, envolvendo a questão central do tema pesquisado.

Neste momento foi necessária uma definição quantitativa, assim buscamos definir a representação territorial dos estados que fariam parte do estudo, e a atuação das vigilâncias hospitalares nesses estados como campo de pesquisa que pudesse fornecer dados ricos de sua dinâmica de trabalho.

Com esta etapa preliminar, buscou-se uma aproximação do campo de pesquisa, utilizando como fontes primárias de dados portarias e outros documentos, como relatórios, registros de unidades, estatísticas, dados do IBGE, o que nos ajudou a definir a amostra.

Este estudo ajuda a ressaltar a “situação-problema” apresentada, ou seja, a desintegração entre as vigilâncias hospitalares. Apresenta um total distanciamento entre as vigilâncias em âmbito hospitalar, embora perceba um momento especial de possibilidades de se trabalhar o processo com resultados muito melhores, tanto para a comunidade hospitalar como para o próprio profissional que atua nessas vigilâncias. Tentamos entender, a partir da percepção dos profissionais, as possibilidades e impossibilidades desta integração. Esta fase nos ajudou a definir o foco do projeto, como destacou a importância de nosso objeto de estudo.

A definição quantitativa se deu a partir dos hospitais que participam da Rede de Referência do Subsistema de Vigilância Epidemiológica nos níveis II e III, pois garantiria a existência da vigilância hospitalar em todos os hospitais selecionados, uma vez que estes deveriam ter algumas vantagens na vigilância, como a proposta do incentivo financeiro pela Portaria nº 2.529/04 GM. A normatização propõe um nível de desempenho para que seja garantida a participar na Rede de Referência do Subsistema de VE, assim facilitaria a existência de uma organização no serviço de vigilância hospitalar.

A definição da participação da VE em âmbito hospitalar e da CCIH no estudo e não outras vigilâncias se justifica não só pelo fato de estas serem as vigilâncias mais antigas no seu processo histórico na área, mas por acreditarmos que se encontrem instalados os maiores conflitos para a integração das vigilâncias hospitalares.

Com essa etapa vencida, buscou-se uma aproximação com o campo de pesquisa, que tentamos fazer primeiramente no contato com os superintendentes da Vigilância em Saúde em cada estado, apresentando os objetivos da pesquisa, após autorização formulada oficialmente.

Iniciamos pelo Estado do Rio de Janeiro, onde conhecemos as unidades e os técnicos, e começamos os contatos pessoalmente. No Estado de São Paulo, a coordenação do subsistema de VE nos ajudou apresentando uma lista que continha os nomes dos hospitais do subsistema dos níveis II e III, com o nome e contato dos responsáveis por cada NHE. No caso da CCIH deste estado, foi-nos apresentada a coordenação estadual da CCIH, que forneceu também o nome e contato dos técnicos da CCIH dos mesmos hospitais do subsistema de VE apresentados por sua coordenadora. Os contatos deveriam ser feitos pelo pesquisador, após os coordenadores estaduais entrarem em contato com as coordenações municipais, informando sobre a pesquisa, e os núcleos e comissões que seriam contatados, destacando a importância da pesquisa para os estados e municípios.

Tomamos o ano de 2007 para a pesquisa de campo, separando cinco meses para fazermos os levantamentos de dados e realizarmos a pesquisa. Foi importante analisarmos o comportamento de cada estado diante da importância da vigilância hospitalar e conhecer um pouco do perfil de cada unidade, especialmente em São Paulo. Nos dois estados, a maior concentração dos hospitais está na capital.

Em cada estado observaram-se diferentes propostas de organização do sistema de vigilância hospitalar; no Rio de Janeiro, como a alta complexidade não se encontra totalmente na gerência do município, ainda encontramos um bom número de hospitais federais e uma grande rede hospitalar do estado. Assim, existem diferentes formas de ver e organizar as vigilâncias hospitalares, dependendo de quem gerencia o hospital.

Claro que tal diferença de organização influencia, e muito, a própria forma de ver e superar as dificuldades, quando a própria gerência, quando existe, organiza a vigilância hospitalar. No entanto, encontramos as coordenações das duas vigilâncias fazendo parte da Vigilância em Saúde nos estados, o que facilitou os contatos. Observamos uma dificuldade muito grande para ter acesso à coordenação da CCIH, começando pela coordenação que pareceu, a princípio, não entender o motivo e a necessidade desse encontro, principalmente quando a proposta era que as duas vigilâncias estivessem juntas. No Rio de Janeiro, a coordenação da CCIH estava saindo da coordenação, e não havia a quem solicitar entrevista, o que foi feito diretamente, com ajuda dos profissionais da VE de cada unidade hospitalar.

Ao definirmos como critério de seleção os hospitais de níveis II e III da Rede de Referência do Subsistema de VE desses estados, tínhamos em mente a possibilidade de ter o maior número de unidade, sendo que no Rio de Janeiro são oito hospitais e São Paulo 19 hospitais, num total de 27 hospitais dos níveis II e III, que deveriam ser selecionados para participar da pesquisa. Assim, garantimos a participação das unidades de maior relevância para vigilância, pelo volume de pacientes em sua porta de entrada e internação, bem como o perfil. Além disso, tivemos presentes as unidades pioneiras no processo de implantação das vigilâncias.

Podemos perceber uma “desintegração” do sistema no nível central, quando as coordenações não estão articuladas, pouco ou quase nada conhecem das propostas da outra vigilância, e que esta “desintegração” do sistema também provoca uma “desintegração” das vigilâncias no nível hospitalar. A partir desta fase, optamos pelo exercício da observação, tentando um estranhamento em cada fase de aprofundamento da pesquisa. O motivo era que estávamos comprometida e envolvida emocionalmente, pois nos vinham lembranças de cada momento vivenciado, e sabíamos que tal envolvimento não poderia influenciar na percepção durante todo processo de realização da tese.

Portanto, os resultados dessa fase preliminar da pesquisa ajudaram a reforçar a importância de se buscar entender o sistema de saúde em cada estado e a percepção de cada gestor sobre um setor de grande relevância, a vigilância hospitalar, em um momento em que as unidades e as condições de saúde da população necessitam de um serviço de vigilância hospitalar implantado em cada unidade.

3.5 Abordagem técnica do trabalho de campo

Ao fazermos a opção pelo profissional que atua na vigilância epidemiológica e/ou comissão de controle de infecção hospitalar, tomamos como perspectiva que os profissionais que trabalham na vigilância hospitalar vivenciam a construção e os conflitos de sua prática – portanto, ninguém melhor para discutir os problemas e sentimentos com relação a seu trabalho. Assim, tornou-se imperativo o conhecimento de suas experiências cotidianas junto ao serviço de vigilância.

Identificamos nosso campo de pesquisa, segundo Minayo (1995, p. 53): *”concebemos como campo de pesquisa como recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação”*.

3.5.1 Técnica de grupo focal

Utilizamos uma das técnicas participativas que se mostraram produtivas para a abordagem do indivíduo em suas relações cotidianas. A técnica de entrevista de grupo focal foi escolhida por ser uma técnica empregada há alguns anos para a discussão de questões da área de saúde sob o ângulo do social, além de possibilitar a emergência de valores subjetivos que são importantes no que diz respeito a conflitos que impossibilitam uma integração entre as vigilâncias. A utilização da discussão em grupo permite pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, fazendo vir à tona percepções, atitudes e opiniões.

O grupo focal tem sido utilizado na área da saúde pela facilidade de obtenção de dados, pois a discussão é centrada em um tema específico, possibilitando aprofundar as discussões em um curto período de tempo.

Considerado importante componente da realização da pesquisa qualitativa, capaz de trazer relatos dos atores sociais, possibilita que o pesquisador, identificando esses atores como sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam uma realidade que tentamos focalizar, dê significado às falas que produzem dados sobre o tema investigado (DIAS, 2000; MINAYO, 1995; NETO, 2002).

Essa abordagem pode ser realizada a partir de um roteiro que pressupõe ter sido previamente formulado, a fim de seguir uma seqüência de idéias ou

correspondendo ao fato de ser mais ou menos dirigidas, em que os informes sobre o tema proposto são apresentados livremente.

A escolha dessa técnica está relacionada à capacidade de se obter melhor qualidade da coleta de dados, uma vez que nos apresentou maior diversidade e aprofundamento em cada tópico discutido.

[...] o esforço combinado do grupo produz mais informações e com maior riqueza de detalhes do que o somatório das respostas individuais. Resumindo, a sinergia entre os participantes leva a resultados que ultrapassam a soma das partes individuais. (DIAS, 2000, p. 4).

Quanto à valorização da técnica grupo focal, é importante ter em mente que os informes obtidos através desta não definem por si só a pesquisa, mas devem estabelecer articulação entre os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. Assim, essa técnica não deve ser supervalorizada de forma que venha a ser trabalhada de forma independente, nem colocada como de pouco valor em relação ao referencial teórico.

[...] é preciso assinalar que, assim como quaisquer outras técnicas, a de grupos focais não é capaz de iluminar por si própria os caminhos metodológicos de uma pesquisa social, nem tampouco condicionar ou influenciar a escolha de seus objetos e objetivos. Ao contrário, sua escolha encontra-se condicionada à orientação teórico-metodológica da investigação, do objeto de investigação e da real necessidade de dados e informações a serem coletados. Tal postulação não implica a afirmação de que a técnica é um elemento secundário da pesquisa social, mas sim a de que ela não possui autonomia metodológica para reger ou definir sua própria utilização. (NETO, 2002, p. 3).

Durante a sessão, o pesquisador deve apresentar uma capacidade de empatia e de observação, criando um ambiente que permita interação entre pesquisador e pesquisados, sem se aproximar demais e nem se distanciar a ponto de reduzir a entrevista a um mero “*estado de curiosidade entomológica*”. Deve ter o

cuidado de sempre avaliar a profundidade da percepção da pesquisa pelo pesquisado, avaliando constantemente os desvios do foco principal que podem ocorrer.

Tentar saber o que se faz quando se inicia uma relação de entrevista é em primeiro lugar tentar conhecer os efeitos que se podem produzir sem o saber. [...] É tentar esclarecer o sentido que o pesquisado faz da situação, da pesquisa em geral, da relação particular na qual ela se estabelece, dos fins que ela busca e explicar as razões que o levam a participar da troca. (BOURDIEU, 1997, p. 695).

Os encontros dos grupos focais duraram em média três horas, sendo iniciados com uma breve apresentação de todos participantes, após terem assinado o “Termo de Consentimento”. Retomavam-se os objetivos da pesquisa e se apresentava o roteiro de discussão, que poderia ser alterado no momento em que um dos participantes sentisse necessidade, uma vez que não era necessário segui-lo de forma inflexível, por se tratar de entrevista não-estruturada. Ao serem informados sobre a gravação e filmagem, solicitamos autorização dos entrevistados. Foram utilizados, para gravação das entrevistas, três gravadores MP4 e uma filmadora. A seguir foi projetando o roteiro da entrevista, em alguns momentos com apresentação da referência de alguns autores relacionados ao tópico mencionado, a fim de sensibilizá-los e provocá-los a opinar de forma franca sobre o que pensavam e sentiam a respeito. Os entrevistados também foram estimulados a falar de sua dinâmica de trabalho no dia-a-dia da vigilância em sua unidade.

Percebemos que este é o primeiro espaço em que a vigilância hospitalar senta para apresentar e discutir várias questões do dia-a-dia em sua prática, portanto tudo que for trazido será muito importante para pesquisa. Gostaríamos que todos se sentissem a vontade para este momento, sendo importante a participação de todos, com suas percepções e vivências bem como, seu sentimento com relação a vigilância hospitalar. (Pesquisador).

Para que todos participassem, não foi necessário muito estímulo; usamos o roteiro apenas para que didaticamente houvesse maior organização das idéias, com uma grande participação de todos, como pode ser constatado no volume de informação: a grande maioria queria opinar em todos os momentos, e foi possível aproveitar o texto transcrito em sua quase totalidade. As seleções de pessoas que têm um perfil semelhante, ao viverem realidades e situações comuns, ajudaram nas discussões, e não somente porque a grande maioria era perita na área. Em cada passo da dinâmica, o pesquisador coordenava o processo, de forma que todos tivessem a oportunidade de falar. Coordenar o grupo focal foi facilitado pelo fato de a entrevistadora conhecer muito bem o quadro que era apresentado através das falas em cada momento.

3.5.2 Composição dos grupos focais

As expectativas foram grandes, desde o momento em que entramos em contato com os participantes, pois tínhamos a preocupação de que alguém pudesse faltar ao encontro. No entanto, os técnicos se encontravam em uma dinâmica que nem sempre permite priorizar essas questões, além do fato que nunca havia sido realizado um encontro entre as duas vigilâncias para se discutir o objetivo proposto. O distanciamento das equipes era real, tendo sido percebido quando entramos em contato. Com este sentimento, adentramos o campo de pesquisa.

3.5.3 A entrada no campo

Consideramos o enunciado de Minayo (1995, p. 53), “*o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser*

estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

Continuando com o pensamento de Minayo (1995), o trabalho de campo tem-se apresentado como uma possibilidade maior de aproximação daquilo que desejamos conhecer e estudar, além de permitir maior conhecimento, partindo da realidade presente no campo. Podemos ter nesse espaço uma identificação maior com objeto a ser investigado, abrindo possibilidades de um aprofundamento da pesquisa proposta.

Assim, definimos que realizaríamos um grupo focal em cada estado selecionado, levando em consideração que o número ideal de participantes não deve ultrapassar 12 entrevistados. Foram selecionados aleatoriamente sete hospitais no Rio de Janeiro; em São Paulo, a princípio foram oito hospitais, todos pertencendo à Rede de Referência do Subsistema de VE nos níveis II e III, a grande maioria na capital. Outra preocupação ao selecionar o grupo era que este fosse o mais homogêneo possível (perfil do hospital, tempo na vigilância).

Além da preocupação com a presença de profissionais que trabalhavam na vigilância hospitalar dos hospitais selecionados, tentamos que estivessem presentes técnicos das duas vigilâncias, a CCIH e a VE do mesmo hospital, o que não foi possível em alguns casos.

Entramos em contato por telefone com os técnicos da VE, e após, com os da CCIH. Primeiro com apresentação do pesquisador e nossa intenção; a seguir, com o convite para participar da pesquisa.

Em geral, nesse momento, algumas pessoas se mostravam receptivas ao convite e nos sinalizavam a possibilidade de compor o grupo. Outras, no entanto,

não aceitavam o convite, alegando diversos motivos ou dando-nos as mais variadas desculpas, principalmente as da CCIH.

Solicitamos, nesse primeiro contato, informar o endereço eletrônico de cada técnico, e a partir daí foi necessário conversarmos várias vezes por e-mail, a fim de ajustar a data e hora ideal para todos, o que não foi fácil.

Assim que todos confirmaram, enviamos uma carta-convite, com o objetivo de oficializar o encontro. Geralmente na véspera do encontro do grupo, mandava um e-mail lembrando a todos e reafirmando o local e hora. Mesmo assim, aconteceu que algumas pessoas, mesmo tendo confirmado participação, não compareceram ao encontro.

Na cidade de São Paulo, no primeiro dia marcado não foi possível realizar a dinâmica, pois estavam presentes somente três técnicos. Nesse dia houve greve de transporte na cidade, o que impossibilitou a chegada dos demais convidados. Assim, foi necessário um segundo contato para reagendar a data, e realizarmos o grupo focal naquela cidade.

Tentamos fazer o encontro do grupo em um local que fosse de melhor acesso para todos, assim, com o grupo do Rio de Janeiro foi realizado no IMS-UERJ no mês de junho; em São Paulo, na Secretaria Estadual de Saúde, no mês de agosto, ambos no ano de 2007.

Deve-se destacar outro ponto importante com relação à postura do pesquisador, que foi de tentar compreender o que os profissionais que atuavam na área poderiam revelar. Assim, seu papel deve ser o de facilitador do processo, mantendo o discurso dos participantes dentro do tema previsto e obtendo a maior quantidade e qualidade possível de informações. Deve assegurar que todos possam

se manifestar livremente, tentando evitar que algum entrevistado tivesse predominância sobre os demais. Além do mais, nada substitui o olhar atento de um pesquisador de campo ao evasivo próprio da realidade das relações sociais.

3.5.4 Características dos grupos focais da pesquisa

Os dois grupos focais totalizaram 19 participantes. O número de participantes por grupos foi de nove pessoas no grupo do Rio de Janeiro, dentre os quais cinco da VE e quatro da CCIH. O grupo de São Paulo foi muito semelhante na questão quantitativa: foram 10 pessoas presente no encontro, entre elas seis da VE e quatro da CCIH.

Recomenda-se que o grupo focal tenha no máximo 12 pessoas, sendo que o ideal deve ficar entre seis e 10 pessoas; o mínimo deve ser de quatro e o máximo de 12. Assim, tivemos uma amostra ideal, ao mantermos o número esperado.

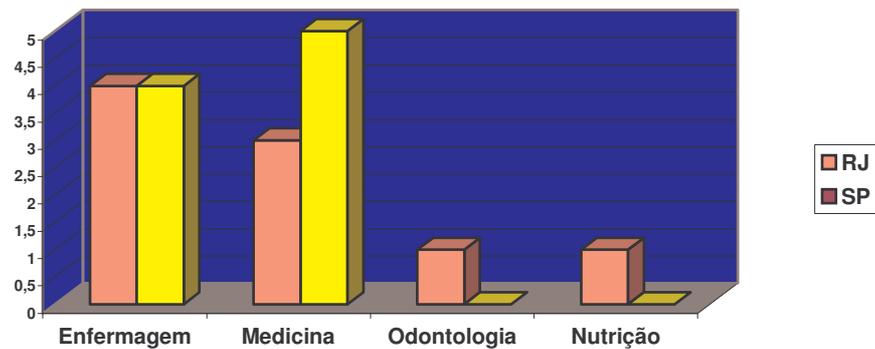
Tabela 1. Perfil dos componentes do grupo focal do Rio de Janeiro

Nº	Função	Graduação	Qualificação	Tempo de Formada	Tempo na Vigilância	Vigilância em que trabalha
01	Enfermeira	Enfermagem	Mestrado Enfermagem	24 anos	20 anos	CCIH
02	Enfermeira	Enfermagem	DO- Enfermagem	28 anos	07 anos	CCIH
03	Ger.NVH	Medicina	Mestrado/Ped Méd.Preventiva	17 anos	06 anos	VEH
04	Sanitarista	Nutrição	Mestrado Epidemio.	10 anos	06 anos	VEH
05	Chefe SEH	Medicina	DO-SP Esp. Epidemio.	26 anos	18 anos	VEH
06	Sanitarista	Enfermagem	Esp-SP	16 anos	06 anos	VEH
07	Sanitarista	Odontologia	Esp-SP	14 anos	06 anos	VEH
08	Coor.CCIH	Medicina	Infectologista	37 anos	20 anos	CCIH
09	Enfermeira	Enfermagem	Esp-SP	08 anos	03 anos	CCIH

Tabela 2. Perfil dos componentes do grupo focal de São Paulo

Nº	Função	Graduação	Qualificação	Tempo de Formada	Tempo na Vigilância	Vigilância em que trabalha
01	Coor.NEH	Medicina	DO-Med.Prev.	26 anos	20 anos	VEH
02	Enfermeira	Enfermagem	Esp-CCIH	08 anos	05 anos	CCIH
03	Coor.NEH	Medicina	Mestrado Epidemio	20 anos	10 anos	VEH
04	Coor.NEH	Medicina	Esp-SP	32 anos	22 anos	CCIH após VEH
05	Coor.NEH	Medicina	Esp-SP	29 anos	20 anos	VEH
06	Coor.NEH	Medicina	Esp-SP	32 anos	20 anos	VE
07	Enfermeira	Enfermagem	Esp-CCIH	07 anos	03 anos	CCIH
08	Enfermeira	Enfermagem	Esp-CCIH	24 anos	15 anos	CCIH
09	Enfermeira	Enfermagem	Mestrado Enfermagem	20 anos	15 anos	CCIH
10	Coor.CCIH	Medicina	Mestrado	21 anos	18 anos	CCIH

A seguir analisaremos os gráficos do perfil dos profissionais que participaram do grupo focal.

**Gráfico 2. Perfil dos componentes dos GF quanto à formação**

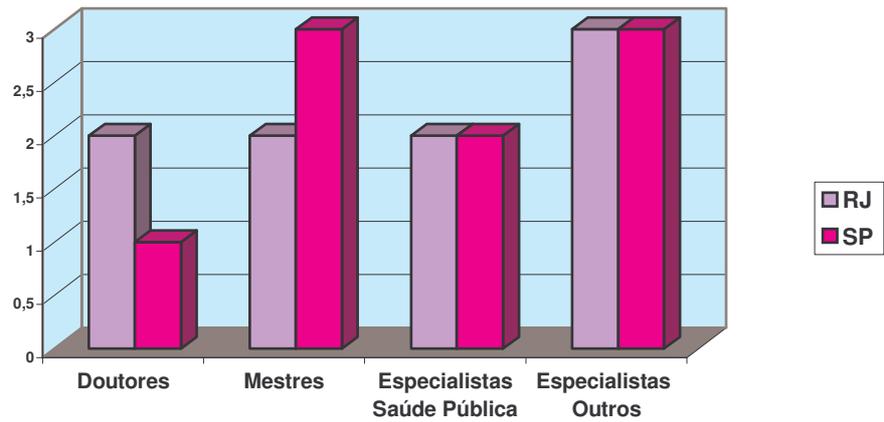


Gráfico 3. Perfil dos componentes dos GF quanto a qualificação

Observa-se entre os componentes uma equipe multidisciplinar, sendo a grande maioria, médicos e enfermeiros, com um bom número de profissionais qualificados em Saúde Pública/Coletiva.

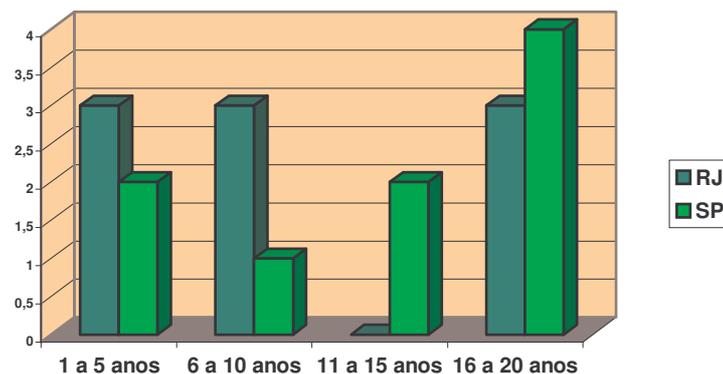


Gráfico 4. Representação do tempo de atuação na VH dos componentes do GF

Observa-se que em São Paulo os componentes que participaram no GF têm mais tempo de atuação na VH em comparação ao Rio de Janeiro.

3.6 Organização e análise dos dados

Segundo Minayo (1995), o pesquisador deve estar atento nesse momento a três obstáculos que podem impedir uma real e clara análise: o primeiro diz respeito à ilusão de que os dados apresentem informação clara na visão imediata; segundo, é o perigo de se envolver tanto com os métodos e as técnicas e esquecer os significados se apresentam em seus dados; em terceiro lugar está a dificuldade que o pesquisador possa ter em articular a conclusão que vai sendo construída a partir de dados concretos com conhecimento mais amplo ou abstrato.

Assim, a partir dessas observações, empregamos a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1994), pelo fato de esta permitir a verificação de questões da pesquisa e por possibilitar a investigação de conteúdos subjacentes – ou seja, daquilo que está por trás dos conteúdos manifestos.

3.6.1 Descrição da organização dos dados

Uma tarefa usual em pesquisas qualitativas em vários recortes disciplinares (Antropologia, Psicologia, Sociologia, História) é a necessidade de transcrever entrevistas gravadas, organizar e recuperar informações a partir de textos extensos e não-estruturados, que foram construídos a partir das entrevistas. Tipicamente, isto significa reproduzir as falas fielmente e associar trechos dos documentos trabalhados a certas categorias de análise, agrupando os vários trechos identificados de forma que deve se tornar um processo bastante interativo. Esta descrição simplista na prática se traduz num sem-número de idas e vindas, entre as transcrições das falas, os documentos analisados e o material produzido, a partir

deles refinando a análise ao longo de seu próprio processo. Isto pode consumir bastante tempo do pesquisador e se tornar excessivamente tedioso.

Tendo em vista estas dificuldades, escolhemos utilizar o programa do IBM “Via Voice”, que nos ajudou a realizar a transcrição das falas dos grupos focais. Ao escutar as falas, quase simultaneamente ditávamos as falas que passavam a ser reconhecidas pelo programa, que as transcrevia em formato de texto. Ao final da transcrição, foi realizada uma revisão e correção de erros de transcrição.

Para organizar e recuperar informações a partir dos textos não-estruturado da transcrição, utilizamos um programa de computador, gerenciador de dados textuais, denominado Logos (versão 2.0), que permitiu armazenar os documentos transcritos em registros numa tabela, no programa, com identificador único para cada documento. Criamos a seguir uma lista de categorias e subcategorias, que foram selecionadas anteriormente sob o critério: “elementos que possibilitem identificar barreiras para a integração das vigilâncias hospitalares”, contando assim com referências e a experiência do pesquisador com o objeto de pesquisa, a saber: integração, formação, estrutura, objeto, gestão, atitude e serviço.

A partir da categoria *serviço*, foi necessário criarmos subcategorias, a fim de organizar melhor a lista para análise futura, definindo: informação, reuniões, fluxo e rotinas, método de busca de informação, laboratório, pesquisa, inteligência, ensino. O programa gerou uma tabela de categorias, que, mantendo um relacionamento entre as categorias e os documentos, permitiu a recuperação destes com base em critérios de pesquisa.

Foram utilizadas as categorias para marcar segmentos do texto, quando reconhecidas no texto como palavras-chave, sendo assim utilizadas como códigos para selecionar os trechos do texto. O programa gerou no texto marcação no início e

no final de cada trecho com a palavra-chave, permitindo identificar quais as categorias mais presentes no texto.

Ao final foi possível retirar dois relatórios: o primeiro, contendo o texto completo com a marcação em cada trecho das categorias (palavra-chave), e o segundo, que apresentou os trechos selecionados agrupados por categorias. Ambos permitiram que fossem transferidos para o Windows, possibilitando melhor visualização e refinamento para análise.

Ao serem definidas, inicialmente, categorias gerais, estas permitiram estabelecer grupos de categorias específicas. Ao término, procedeu-se à análise definitiva, ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Durante toda a organização da análise, procurou-se estabelecer uma ligação com os referenciais teóricos adotados, frente às questões levantadas, sempre centradas nos objetivos da pesquisa.

4 ANÁLISE

4.1 Momento mágico para integração das vigilâncias em âmbito hospitalar

4.1.1 Sentem que são diferentes

Para os atores, a dificuldade de integração das vigilâncias está no fato de estas serem diferentes, e tal diferença se relaciona à forma de pensar e agir, em especial da CCIH. Contudo, alguns afirmam que essa diferença não deveria levar ao distanciamento nas atividades das vigilâncias e impedir a integração.

tem uma questão, **tem uma diferença mesmo de atribuições mesmo**, são diferentes no meu modo de entender e **isso não deveria ser um impedimento para a integração** (01, GF02)¹⁹.

Há tentativa de um trabalho integrado; os modos de pensar da vigilância e da CCIH são muito distintos: a CCIH é feita muito mais com ação de controle, e não tem uma visão da necessidade de construção da análise da informação, que por sua vez é o foco central da vigilância. O modo de pensar na CCIH pode ser mais clínico, de tratamento, de intervenção do que previsão e prevenção.

Existe uma tentativa de integrar **e não é fácil**, porque **as cabeças são diferentes**. (04, GF02).

[...] penso que todas essas áreas que mexem com informação, que tem atuação de vigilância como gerência de risco, monitoramento de indicadores, tem núcleos que mexem com a análise de interpretação da informação, ela está articulada, mas **a CCIH que mexe com ação de controle, ela tem uma visão muito diferente**, ela tem muita dificuldade de fazer parte desse núcleo ela se **considera uma coisa muito específica**, ela **deixar de estar subordinada diretamente a direção, estar subordinada a uma outra chefia ela não aceitará isso**". (01, GF02).

¹⁹ Numeração que identifica o perfil do componente. Relação encontrada na figura 01 e 02 da metodologia.

Podemos também observar, na última fala, que existe uma dificuldade maior, que vai além das diferenças do pensar e agir, ligada à perda do poder: os profissionais da CCIH podem entender que a integração traria o risco do distanciamento da direção, com perda de autonomia e prestígio de modo inaceitável.

Na análise dos participantes da pesquisa, as diferenças nos modos de pensar não decorrem de atributos individuais, mas refletem determinantes mais profundos:

A gente não deveria ser desintegrado, ao contrário, no meu modo de ver **existe uma diferença que se expressa no olhar coletivo e individual, vigilância epidemiológica sempre tem um olhar coletivo e a infecção hospitalar quase sempre têm o olhar individual** e isso não é um defeito das pessoas é muito mais **uma história de organização e de vínculos com grupos e atuação.** (01, GF02).

Essa diferença no olhar e na ação tem sido sentida pelos profissionais que trabalham com a vigilância epidemiológica, como especificidade. Contudo, se essas diferenças na constituição histórica dos dois grupos de atuação são evidentes, os participantes reiteram que ambas deveriam atuar de modo integrado. Ao sustentarem tal posição, eles tacitamente admitem que a integração não deve ser feita por iguais, mas que as lógicas de atuação das duas formas podem se complementar, com sinergismos.

4.1.2 Ação desintegrada das vigilâncias

As diferenças nos modos de pensar parecem expressar-se por vezes numa atuação totalmente segmentada, como se existissem mundos totalmente diferentes, como mencionado a seguir:

[...] quanto ao controle de infecção, nós estamos trabalhando **de forma bem distinta**, mas quem sabe com tempo a gente consegue se integrar também. (09, GF02).

[...] cada um **estava agindo de uma forma, a gente sabe que tem que ter uma ação única, a epidemiologia não pode determinar tudo** sem falar com infectologista. (01, GF01).

Note-se que, na última fala, a profissional tem a clareza de que a ação deveria ser única. Mas ela expressa também certa insatisfação com a possibilidade de que uma coordenação feita pelo modo de pensar mais característico da vigilância epidemiológica (a epidemiologia) deixe de levar em conta a contribuição da clínica (o infectologista). É como se a integração só pudesse existir num contexto de diálogo entre os conhecimentos distintos.

Mas em algumas situações, como surtos, surgem possibilidades de uma melhor articulação:

[...] depende do surto, eu acho que **fica mais articulado**, integrar é uma palavra mais elaborada. (01, GF02).

[...] agora tem o núcleo, que tem estrutura e que **consegue se articular com outros**. (05, GF02).

Quando ocorre uma interação, mesmo que de forma articulada, parece ser somente em algumas ações. Embora o sentimento seja o de necessidade de integração, a articulação entre os diversos modos de pensar e os receios de uma submissão de uma das formas de pensar à outra parece ser mais forte.

4.1.3 Trabalho vertical x trabalho horizontal

Preocupações semelhantes (quanto à articulação entre diferentes modos de pensar sem submissão de uma forma a outra) aparecem quando os participantes criticam o arranjo de suas práticas como sendo verticais, e advogam um olhar mais horizontalizado.

É um **trabalho vertical** mesmo. Sinto que hoje tenho repetido coisas com a microbacteriose, eu tenho que mandar a notificação para o núcleo e o núcleo manda para o núcleo central do NVH, então eu concordo que ela é vertical e **poderia ser horizontal**. (02, GF01).

É o que você disse, funcionava **mesmo que na CCIH, funcionava junto, então era mais fácil funcionar**, quando você **separa, fica mais difícil funcionar**. (03, GF01).

Observemos que existe a necessidade de melhora do serviço de vigilância, e para eles a forma é estarem juntos, principalmente para os que já tiveram a experiência de um trabalho construído de forma horizontal, e acreditam que o trabalho se torna muito mais fácil.

[...] partindo desse **olhar de horizontalidade** [...] **nós podemos reorientar a nossa forma de atuar, e reorganizar o serviço**, porque se nós temos um diagnóstico, e que reconhece os riscos, e a partir daí do reconhecimento dos riscos, **é mais fácil integrar o nosso conhecimento**. (04, GF01).

Portanto, o caminho de organização sugerido pelos participantes parece ser a partir de um olhar de horizontalidade, pois eles acreditam que, integrando o conhecimento, é possível mudar a forma de atuação.

4.1.4 Muitos acreditam ser importante a integração

A julgar pelas falas dos participantes deste estudo, há uma clareza quanto à necessidade de integrar a vigilância epidemiológica e a infecção hospitalar. Contudo, parecem existir dúvidas sobre quais seriam as estratégias para construir tal integração.

Penso que é possível, eu não sei qual o caminho melhor, eu gostaria de poder integrar para fazer melhor. (05, GF01).

Essa questão já está muito clara, só a gente não está sabendo como fazer essa organização, como se organizar para chegar nesta visão. (01, GF01).

Alguns imaginam que a decisão de integrar tenha origem numa decisão do nível central:

[...] é uma questão com rotinas, fluxos da CCIH e vigilância epidemiológica, mesmo que um coordenador tente integrar as duas questões, muitas vezes fazemos estudos informalmente, um tentando ajudar o outro, eu **acho que tem que partir do nível central essa organização e hierarquização, que já foi tentado fazer isso e agente sabe**, mas é preciso que se retome, que isso é muito importante, **porque se não fica tentando apagar o incêndio, do outro tentando ajudar o outro, muito que de maneira informal**. (06, GF01).

O fato de estar junto é muito importante mas quando ele coloca de forma organizar de forma hierarquizada e descentralizada eu acho que isso tem que vir do nível central, porque na realidade a gente fica dentro de uma sala informalmente, tentando se integrar. (03, GF01).

Nessas duas falas podemos observar, de um lado, o reconhecimento de que no cotidiano existem esforços de integração das vigilâncias. Contudo, tais esforços são vistos como insuficientes. O uso de expressões como “uma maneira informal” ou “informalmente”, por um lado, indica a insuficiência desse esforço, e por outro indica uma aspiração: de que sejam tomadas decisões formais. Este parece ser o sentido do clamor por uma decisão emanada do nível central.

É nesse contexto que podemos entender a valorização feita em algumas falas, quanto ao posicionamento da coordenação nacional da CCIH, que reconheceria a proposta de integração como interessante, cogitando inclusive sua implantação nos hospitais federais.

A gestão do controle de infecção esteve no hospital e achou o máximo essa coisa de núcleo de vigilância hospitalar, estava pensando nesta proposta para os hospitais federais (05, GF01).

CCIH, de alguns meses para cá é que estava tentando montar essa idéia de que todos pertencem ao núcleo. (06, GF01).

Chama nossa atenção o fato de que, mesmo reconhecendo a importância da integração, alguns participantes tendem a desvalorizar seus próprios esforços, “delegando” ao nível central a responsabilidade pelas iniciativas. De certo modo, almejam que o novo conceito de vigilância hospitalar se efetive, mas não confiam na sua capacidade de ação e articulação política. Esperam um posicionamento, sem perceber que, agindo assim, já estão tomando uma posição.

4.1.5 Chegada de um momento especial

Outras falas trazem perspectivas um pouco distintas. Elas reconhecem que se vive um momento especial, um momento mágico, propiciador de transformações.

Parte da percepção das pessoas, se estamos sentindo a necessidade de sentar e discutir e trabalhar juntos, então estamos vivendo um momento mágico, que é o momento que de fato as coisas vão poder acontecer. (05, GF01).

[...] **hoje, só hoje mesmo, que estamos vivenciando um novo momento** em que a percepção dos integrantes **frente a uma nova cobrança que está na moda** (05, GF01).

Hoje as relações humanas, e no nosso caso eu sinto isso até com prazer, **a gente está começando a inaugurar uma nova era**, que **até a gente consegue falar de trabalhar em conjunto**, porque ao longo de duas décadas nos começamos na mesma sala, começamos a brigar, muita gente com pouco espaço livre, colocamos um muro de Berlim, povo separado, é verdade. (05, GF01).

A falta de entendimento e de percepção provocou conflitos entre os profissionais, conflitos que impediam a construção de uma nova proposta; num mesmo espaço, trabalharam de forma segregada por mais de duas décadas. Conhecer as atividades das vigilâncias hospitalares e estar em um mesmo espaço, mesmo com as brigas a princípio, permitiu desenvolver uma nova percepção com foco na integração:

Não conhecia muito o trabalho do núcleo e agora eu vejo esse

trabalho de epidemiologia e acho que é o que você falou, está havendo uma busca por esta integração existe uma busca para esse trabalho conjunto bem **eu me sinto contente**. (02, GF02).

Interessante que alguns profissionais, mesmo trabalhando há algum tempo na CCIH, nunca chegaram a conhecer outras vigilâncias, e somente nesta arena de discussão da pesquisa puderam conhecer e perceber o movimento de luta pela integração, quando expressaram estar contentes por isso.

Parece ser este o momento em que muitos descobrem a importância de se ter um trabalho integrado com outras vigilâncias do hospital. Como nesta fala:

Agora acho importante se pensar essa questão de integração não colocando cada um numa caixinha que cada um já tem a sua estrutura, quem vai ser chefe de quem, está complicado, **mas se pensar na integração, através do serviço e realizando eventos juntos, tentar fazer o comitê da vigilância hospitalar pode ser oportuno, e no ensino é uma oportunidade que todos os núcleos deveriam investir onde possa incluir todas as vigilâncias**. (03, GF02).

Muitos que antes não acreditavam estão desenvolvendo esta percepção, e esta pesquisa foi para muitos o primeiro momento de discussão entre a CCIH e a VE. Esta proposta parece ter aguardado seu momento certo, somente quando os técnicos estiverem abertos para discutir, frente à realidade de suas práticas, o novo conceito poderá se efetivar nesse universo do trabalho.

4.1.6 A partir da vontade dos profissionais

[...] **conhecimento do trabalho do núcleo veio sob a nossa vontade**, a vontade das pessoas, não veio da gestão, não veio de cima, veio de nós, para ele priorizar as ações do núcleo, ele sabe o que cada um tem que fazer, mas ele não tem o entendimento do todo e nós temos um grupo muito grande, temos outras comissões como gerência de risco de resíduos, saúde trabalhador, **mas nós mesmo, ainda não definimos o que é comum para todos, quais são as**

ações, que são estruturais do núcleo, a gente já vem discutido isso desde a gestão passada. (01, GF01).

Quando menciona “**conhecimento do trabalho do núcleo veio sob a nossa vontade**”, parece estar referindo que a vontade e a forma de trabalhar integradas partiram do interesse dos técnicos, e não de qualquer outra força. Hoje, mesmo várias equipes fazendo parte do núcleo, conseguem sentar e discutir as práticas da vigilância, ações estruturais, que chama de conhecimento do núcleo, embora não esteja totalmente definido esse processo de busca do entendimento, que pode ser longo – o processo de discussão está agora acontecendo.

E ainda:

Temos na epidemiologia todas as rotinas escritas, organizadas, inclusive uma das poucas coisas que conseguimos gastar o dinheiro do subsistema foi publicar do livreto de rotinas, **agora que nós estamos começando a discutir em conjunto com controle de infecção**, inclusive esta questão de imunização dos funcionários. Na verdade eu acho este ponto é extremamente rico de percepção da necessidade de se trabalhar junto. (05, GF01).

Existem experiências de vigilâncias integradas que já são concretas, o que nos aponta ser possível a integração.

A experiência é nova e a cobrança já é efetiva, a direção não considera mais setores, considera um grupo, estamos tentando integrar, **conversar, eu acho que parte por aí. (10, GF02).**

A gente começou tendo a oportunidade de pelo menos organizar as coisas dentro do núcleo, discutir, trazendo idéias, ajuda pessoal (03, GF01).

Observa-se que em todos os casos aqui mencionados a experiência tem sido possível, mesmo que num processo lento de discussão, a partir, primeiro, da

vontade dos técnicos, e segundo, com uma ampla discussão do processo de trabalho das vigilâncias.

4.1.7 Necessidade de apoio para conseguir a integração

Algumas unidades sentem a necessidade do apoio, talvez pelo perfil dos técnicos ao resolverem os problemas; algumas vezes parece ser necessário criar a estrutura, para que se permita que os técnicos iniciem as discussões sobre a possibilidade de integração.

[...] com a visão diferenciada do diretor da **unidade ele propiciou que a gente funcione efetivamente junto**, respeitando o organograma que na verdade com ou sem gratificação existe um organograma no estado, que independente de qualquer coisa, ele não vinha sendo cumprido, como não é cumprido em algumas unidades, e agora ele está sendo cumprido, então existe um núcleo de vigilância, com suas quatro comissões todos com um coordenador único e tentando, quer dizer tudo muito novinho na CCIH agora, praticamente todos os componentes mudaram na CCIH, **a gente está tentando caminhar desta forma, na forma horizontal, vamos ver se a gente vai conseguir**. (03, GF01).

Começamos através do organograma do hospital, antes existia a vigilância de um lado e o controle de infecção do outro, trabalhavam cinco pessoas de um lado e seis pessoas do outro, e que não se falava, **no princípio não foi fácil**. (10, GF02).

Cabe observar que, no primeiro caso, mesmo com todo o apoio da direção e uma estrutura que coloca todos juntos, ela não tem certeza da possibilidade de integração, quando diz “**vamos ver se a gente vai conseguir**”. Por outro lado, existe o interesse de começar, pois parece acreditar, por algum motivo, na integração, quando se dispõe a tentar. No segundo caso, à semelhança do primeiro, foi necessário o apoio também da estrutura, mas é diferente quando já observa um desenvolvimento positivo, quando percebe o trabalho bem mais fácil: “no caso dos

hospitais estaduais, **avançou com uma proposta que fomenta, que permite que haja essa integração**” (04, GF01).

Enquanto que, para outros, o próprio estado parece ter levado a discussão, permitindo e criando um modelo de vigilância que permitiu que os técnicos fomentassem a integração. De qualquer forma, com ou sem o apoio, em todos os casos foi necessário haver a participação e o interesse dos profissionais para que de fato acontecesse a integração.

4.1.8 Existência do movimento da integração das vigilâncias

Parece existir, portanto, a percepção e o movimento para que aconteça de fato a integração; embora com algumas dificuldades, percebem que não têm mais condições de realizar um trabalho isolado, fechado – existe a necessidade de integrar o conhecimento das equipes que trabalham com vigilância:

Os núcleos estão procurando ter um direcionamento e não dá para trabalhar isolado, dentro do núcleo, já foi a época em que cada um era dono do seu nicho e fazia o que queria, não é assim. (10, GF02).

Estamos nos integrando aos poucos, no espaço físico todos no mesmo local, então vão ficar todos numa única unidade com o nome de epidemiologia hospitalar e divididos em três setores. (10, GF02).

Agora vamos ficar junto com controle de infecção, e espero que seja ótimo, por que vai ser uma nova experiência. (07, GF02).

Todos os casos acima são realidades que estão buscando uma integração, alguns já bem mais avançada, outros agora começando pela estrutura, mas todos tentando, e para alguns mesmo sendo uma experiência nova, que esperam ser ótima. Observa-se um sentimento otimista e cheio de vontade para que dê certo,

mas como tudo que é novo, deve ser confrontado com a realidade. Nota-se, ainda, que existem muitas possibilidades de melhora, como mais esta fala:

Existia uma superposição de atividades, por exemplo, acidente de trabalho, o funcionário tinha que passar pela CCIH, e depois ele ia para a vigilância para preencher outra ficha, fichas muito semelhantes, funcionários tendo de responder na medicina do trabalho, recursos humanos, para infecção hospitalar, para epidemiologia. Por exemplo, no caso de uma meningite, chamavam o médico e ele se reportava para um único local. **O espaço físico é uma sala comprida com vários locais que têm comunicação, então quando chegava o caso de meningite todos ficavam sabendo**, então a controle de infecção a vigilância epidemiológica e a gerência de risco, **atuam de uma forma muito ampla**. (10, GF02).

Além de sentirem uma melhora no processo de trabalho, esta fala evoca uma atuação mais ampla, que teria sido possibilidade pela maior integração. Assim puderam partilhar o conhecimento e conhecer formas de resolver problemas que pareciam ser comuns a todos; enquanto estavam isolados, não conseguiam ter a percepção das dificuldades que o setor passava.

Desde o equipo de soro, ate um agravo, **a idéia é tentar trabalhar semelhante ao que ele fala, de uma forma integrada**. (08, GF02).

[...] até **tem uma integração**, mas **não é uma integração automática**. (01, GF02).

[...] a gente **faz um nó** para tentar integrar. (04, GF02).

Entretanto, o processo não parece acontecer de forma simples, ele precisa ser trabalhado, como já mencionado, e muitas vezes parece ser muito difícil conseguir. Por outro lado, a tentativa de integração pode começar com a organização do processo de trabalho de um agravo, e isso tem-se tornado mais fácil na hora da emergência.

Na SARG, houve uma boa integração, talvez por que tivéssemos que criar tudo, rotinas, protocolos, por que tinha todo o receio de uma doença nova, e agente da vigilância é quem investigava, então fizemos o treinamento para todos os funcionários do hospital em

locos com o controle de infecção e vigilância, e isso nunca tinha acontecido. **Neste momento, nós fomos um único grupo**, talvez pela emergência de uma doença que não conhecíamos, enquanto a vigilância pessoalmente não informasse ou descartasse o caso, ele não recebia alta, **dentro de um caos houve uma integração total**. (03, GF02).

4.1.9 A nova vigilância hospitalar

Vários participantes foram além do reconhecimento da necessidade da integração entre as vigilâncias, indicando na verdade a necessidade de uma formulação conceitual mais ampla:

A visão hoje é muito mais ampla, quando se fala em núcleo de vigilância hospitalar, **se fala em vigilância em saúde**, e você pode utilizar todos os recursos e não só da CCIH. (03, GF01).

Sabemos que não existe somente a vigilância epidemiológica e certamente tem que ser vigilância em saúde porque não é somente a vigilância epidemiológica. (06, GF01).

Penso que **vigilância da saúde hospitalar é vigilância da saúde** mesmo (06, GF01).

Muitos que trabalham com vigilância hospitalar acreditam na necessidade de uma visão muito mais ampla, que para eles só se concretizará no conceito de vigilância em saúde no âmbito hospitalar.

o conceito de vigilância da saúde no território hospitalar é muito mais abrangente, tem a questão ambiental, controle da água, do ar, agora quem fará isso, a vigilância em saúde, são muitos componentes, componente diversos, e **não só a vigilância do controle de infecção no conjunto de atividades que fazem a vigilância, são vários pedaços**, uma demanda, pelo menos eu penso do mundo em que se esta vivendo hoje. (06, GF01).

tantas coisas a serem organizadas que vigilância hospitalar como ela está hoje, ela não contempla a tudo que ela precisa, se neste organograma acrescentando a vigilância ambiental nos poderíamos estar dando conta de uma forma mais integral. (06, GF01).

Todas essas falas corroboram a mesma idéia: a necessidade de uma vigilância em saúde para este território, não só pela quantidade de programas de vigilâncias que hoje funcionam no hospital e que podem representar as três vigilâncias, mas, principalmente pelos recursos de conhecimento nessas equipes, como mencionado, de forma mais ampla, para identificar melhor os riscos nesta área. Para isso é necessário integrar os conhecimentos, de modo a permitir o entrelaçamento para melhor construir o diagnóstico da unidade.

4.2 Reorganização do serviço de vigilância hospitalar

4.2.1 Estrutura da vigilância hospitalar

A julgar pelas falas dos participantes deste estudo, as estruturas para a vigilância hospitalar ainda se encontram insuficientemente desenvolvidas, como podemos observar:

A gente trabalha com o que sobra, atualmente eu não posso nem reclamar porque eu recebi muita gente, mas olha, **eu já fui "n" pessoas** e a **Cristina era sozinha na CCIH e a comunicação era de amigo e não que eu pudesse fazer a parte dela e ela a minha**, é **muito serviço para poucas pessoas**, tanto da parte dela quanto na minha. (05, GF02).

Quando diz **“eu já fui ‘n’ pessoas”**, ela dá a entender que, na falta de recursos humanos, era obrigada a realizar muitas funções. Por sua vez, a expressão **“a gente trabalha com o que sobra”** denota um certo desprestígio das vigilâncias no interior do hospital: ela insinua que as vigilâncias recebem profissionais que não seriam os mais qualificados. Outra situação interessante se apresenta na mesma fala: **“a comunicação era de amigo e não que eu pudesse fazer a parte dela e**

ela a minha” dá a entender que a comunicação profissional não existe, somente o relacionamento afetivo, havendo uma aproximação, mas não profissional.

A falta de recursos humanos parece ser o foco na grande parte das falas.

Agora nós temos que incorporar a violência sexual, e **nós não temos nenhuma condição em curto prazo de fazer isso com alguma competência**, é muito **complicado no sentido de estrutura de informação**, de busca ativa mesmo, nós nem chegamos perto de notificação de trabalho de diarréia por que **não temos fôlego mesmo**. (01, GF02).

Essa falta de fôlego parece comprometer o cumprimento das ações adequadas. Contudo, ela também sugere certa burocratização do trabalho: a incorporação da violência sexual aparece aqui como se fosse uma imposição externa e talvez imprópria. Se ela denuncia a falta de estrutura, também apresenta certa resistência à ampliação da atuação (e da importância) da vigilância.

Os limites para a ação também aparecem nesta outra fala:

No caso de acidente biológico é toda uma outra equipe que faz, ligado a moléstias infecciosas, uma coisa que até a gente fazia pegar a ficha, mas **acabamos deixando por que não tínhamos pernas para isso**. (01, GF02).

Aqui se registra um esforço de realizar as tarefas, mas que foi abandonado pela falta de pernas. Podemos até encontrar posturas diferentes diante dos mesmos problemas na vigilância hospitalar. No entanto, o foco de muitas falas sugere que a falta de estrutura, em especial em RH, seria o principal fator explicativo da subnotificação nas vigilâncias dos hospitais, sobretudo por limitar as ações de busca ativa.

A situação não é muito diferente de outras vigilâncias além da VE, talvez até pior que muitas:

Na CCIH, tudo é muito pequeno, nós somos seis enfermeiras, mas só temos quatro cadeiras, o computador é um computador velho que foi doado por uma enfermeira que se aposentou, porque antes nós não tínhamos nem computador, quando precisava fazer alguma estatística tínhamos que sair procurando o de algum setor". (02, GF02).

O depoimento é dramático, pois indica a impossibilidade de desenvolver as ações adequadas, além das dificuldades de se obter os recursos mínimos necessários da própria gestão do hospital. Algo semelhante parece ocorrer com os recursos humanos, pelo menos a julgar por algumas falas: **“A maior dificuldade são os profissionais**, recursos humanos na CCIH, uma enfermeira e uma médica num hospital de 400 leitos” (09, GF01).

Como conseguir uma vigilância das infecções num hospital de grande porte com apenas dois técnicos? Cabe lembrar que, para a CCIH, existe uma exigência legal mínima para a quantidade de recursos humanos, que vincula número de leitos ao número de profissionais na comissão, através da Portaria nº 2.616/98, o que não vem sendo cumprido. Um dos participantes, falando desse mínimo legal, afirma: **“Na CCIH tem uma exigência legal** de número de profissionais por leito, **pesa muito na parte hospitalar”**. (01, GF02).

É interessante notar que, em outro momento de sua participação, o mesmo participante manifestou o entendimento de que a Portaria nº 2.616/98 deveria obrigar a melhorar as condições da estrutura quanto ao RH para a CCIH.

4.2.2 A legislação como eixo de mudança

A evocação do caráter legal para defender as necessidades estruturais da vigilância pode ser exemplificada na fala abaixo:

Para começar a trabalhar eu **levantei toda a legislação, cheguei para o diretor e falei. “É lei e aí?”** Foi quando começou a se abrir as portas para a vigilância, até então era um monte de gente que só queria encher o saco, que não interessava a ninguém, preencher papel. **Quando as pessoas perceberam que era lei, elas se preocuparam,** elas não estão muito preocupadas com o negócio, se alguém, fez está ótimo. (06, GF02).

Há certo ceticismo implícito nessa fala: parece que não é possível argumentar com gestores sobre a importância da vigilância. Parece que não haveria outra opção senão mostrar que eles (os gestores) são obrigados por lei a viabilizar as ações das vigilâncias. A lei e a norma aparecem aqui como estratégia fundamental.

Essa defesa da importância das regras e normas aparece em outras falas:

Eu sinto que hoje está um pouco melhor do que quando começou, **não se sabia muito que se estava fazendo, quando não tem regras, normas, a gente vai fazendo,** a gente tem um objetivo e tenta fazer o melhor, eu **acho importante as regras de organização.** (04, GF02).

Note-se que aqui aparece uma associação entre a existência de regras e a possibilidade de saber o que se está fazendo. Mas as regras aqui parecem ser externas ao cotidiano do processo de trabalho. Esta última idéia é explicitada na fala abaixo.

Tudo está mudando, eles têm mais dificuldades, então eu acho que **precisamos de uma regra, de uma proposta,** acho que **quando vem de cima fica mais fácil para gente atuar,** talvez tenha que ter sim regras estabelecidas, talvez desde o ministério da saúde. (05, GF02).

Essa postura quase abdica de qualquer esforço próprio de organização do processo de trabalho, pois se coloca numa perspectiva passiva de espera de decisões do nível central.

Outros participantes, percebendo que as pessoas estão mais abertas para discutir a vigilância hospitalar, têm aproveitado para colocar em discussão as normas para a vigilância e normatização, para organizar a vigilância em sua unidade, trazendo modelos implantados de novas propostas de vigilância integrada.

Estamos aproveitando este momento, por outro lado, o pessoal estava querendo discutir o NVH, existe lá em portaria por dois anos, ele foi republicado por dois diretores, e nos fomos subitamente alçado na primeira visita como ele sendo extremamente útil, eu levei o NVH para fortalecer e ter o mesmo nome do estado e juntar forças e tentar conseguir algo maior em normatização, mas é caótica a situação. (05, GF01).

A fala se refere à Resolução nº. 1.834/02 da SES do Rio de Janeiro, que cria os Núcleos de Vigilância Hospitalar, e que alguns participantes parecem considerar uma das únicas propostas que conseguiram avançar na tentativa de integrar a vigilância hospitalar. Ou seja, há uma expectativa de que normas sejam estabelecidas e venham a favorecer a integração das vigilâncias.

4.2.3 Após a criação da Portaria n. 2.529/04

Alguns participantes afirmam, contudo, que as questões de infra-estrutura começam a se transformar a partir da Portaria nº 2.529/04, que institui o subsistema e cria o incentivo financeiro para a rede de referência. Assim, todo hospital que pertence à rede de referência receberá mensalmente um valor financeiro a ser gasto na melhoria dos NHE. Nos núcleos que pertenciam à rede de referência do subsistema de vigilância epidemiológica, a estrutura parece ter uma melhora considerável, como se pode observar:

Antigamente todo funcionário que não se adaptava a outros setores ia para vigilância, e que não fazia absolutamente nada que você possa confiar, **agora não, eu estou em outra realidade**, estou

aguardando somente essa reforma para que **tudo se torne um paraíso. A gente já conseguiu comprar um computador, já compramos várias coisas e a CCIH ficou de fora.** (05, GF02).

Note-se que aqui se caracterizam dois momentos: “antigamente”, quando a situação da estrutura parecia ser muito ruim, e “agora”, que “está vivendo outra realidade”, faltando pouco “para que tudo se torne um paraíso”. Parece um pouco de exagero, mas pode-se entender o prazer, para quem agora tem um núcleo com a estrutura mínima necessária, para um trabalho com qualidade, embora haja muito mais coisas a serem trabalhadas.

Entretanto, essa melhoria na estrutura deixou a CCIH “de fora”. Pode-se especular em que medida esse “ficar de fora” poderia se tornar um incentivo para a integração, idéia que parece insinuar-se nessa fala. Juntamente com os recursos do incentivo, surgem novas tarefas ligadas à prestação de contas.

Com o dinheiro do subsistema, com entrada desse dinheiro externo e **tem que apresentar vários relatórios**, tem que mandar foto, tem que mandar uma série de informações, eu recebo auditoria para saber se está só no papel, mas também na vida prática. (05, GF02).

De qualquer modo, após a criação da Portaria nº 2.529/04, parece ter havido melhoria, não só na estrutura, como também no que se refere ao reconhecimento do trabalho dos núcleos pelo hospital.

Essa portaria nos ajudou muito, porque ela mostra que nós temos que existir, por exemplo, a Santa Casa tinha acabado com o núcleo, mas **de repente o núcleo tinha que existir, antes eles achavam que nós não éramos importantes, mesmo trabalhando com uma série de indicadores**, então foi pressão do lado de cá. **É importante ter uma proposta normatizada.** (04, GF02).

Note-se que novamente aparece aqui a idéia de que a regulamentação seria fundamental para o reconhecimento da importância das vigilâncias pelo hospital. É ela que mostra que a vigilância epidemiológica teria que existir. A contribuição da portaria para a organização dos núcleos de vigilância também é ressaltada na fala a seguir:

Eu penso que a função dessa portaria foi **de organizar os núcleos hospitalares porque cada um fazia o que queria**, então essa **portaria ajudou muito, começando pelo reconhecimento**, além da questão financeira que veio para os núcleos. (04, GF02).

Na visão desse participante, a regulamentação ajuda muito a organizar os núcleos de epidemiologia, pois antes dela “**cada um fazia o que queria**”. Alguns entrevistados dão a entender que facilitou inclusive para que se despertasse o interesse em outras comissões de vigilância hospitalar e propiciasse uma aproximação maior, ocorrendo assim, além de outras melhorias, um reconhecimento da vigilância epidemiológica por todos.

Portanto, a criação da Portaria nº 2.529/04 parece ter propiciado melhorias não só na estrutura, como no reconhecimento e prestígio pelo sistema, facilitando muito mais a realização das atividades que já vinham se desenvolvendo. Mas continua sendo um dos grandes problemas da estrutura a falta de RH, que a portaria não conseguiu resolver, como também não percebeu outras vigilâncias em âmbito hospitalar.

4.2.4 A vigilância hospitalar em uma única estrutura

A proposta de integração da vigilância hospitalar em algumas regiões surgiu com a regulamentação que cria uma nova estrutura para as vigilâncias em âmbito

hospitalar, propiciando a discussão de um processo de trabalho. Isso se diferencia de outras propostas, que, pela estrutura que os separa, pode dificultar a integração das vigilâncias.

Nos núcleos do estado **está mais claro e mais bem definido, quanto ao trabalho de integração, para o município isso não está claro**, isso não está definido, na verdade, nós somos o núcleo de epidemiologia hospitalar **e assim fica muito mais difícil esse processo de integração**, que no caso dos hospitais estaduais avançou com uma proposta que fomenta, que permite que haja essa integração, sendo que **no município nem caminhamos para tal**. (04, GF01).

Observemos o sentimento de impotência do técnico, pois no município não foi criado o espaço para que fosse “fomentada” e discutida a proposta de integração, diferentemente do estado. Acredita ser este um dos motivos da diferença do desenvolvimento para a integração da vigilância hospitalar em seu território. A questão central aqui parece ser que a estrutura onde encontramos todos no mesmo espaço pode facilitar a discussão da integração. Alguns técnicos parecem acreditar na necessidade de colocar na mesma gerência não só as vigilâncias, mas também algumas ações de monitoramento:

penso que todas essas áreas que mexem com informação, que têm atuação vigilância, como gerência de risco, monitoramento de indicadores, tem núcleos **que mexem com a análise de interpretação da informação ela está articulada**, mas a CCIH que mexe com, ação de controle, **ela tem uma visão muito diferente, ela tem muita dificuldade de fazer parte desse núcleo ela se considera uma coisa muito específica**, ela deixar de estar subordinada diretamente a direção, estar subordinada a uma outra chefia ela não aceitará isso. (01, GF02).

Existe uma diferença de monitoramento e vigilância que não foi mencionada pelo profissional em sua fala, e pensamos que esse técnico chama a atenção para um aspecto relevante: a autopercepção, da CCIH, de que eles trabalhariam com

objetos bem distintos dos da vigilância ou monitoração. Observemos que, nessa fala, não ocorre uma proposta de integração, pois o que aconteceu foi uma articulação entre as equipes, possivelmente sem uma discussão mais ampla que pudesse analisar a interface de cada um. Pensamos que esta questão da especificidade da CCIH pode estar sendo sentida também em outras vigilâncias, e talvez esteja relacionada à falta de conhecimento real das atribuições de cada vigilância. Para outros, existe a percepção de que as duas vigilâncias deveriam estar numa mesma estrutura:

o controle de infecção e a vigilância têm que estar em uma única gerência, ligando as informações só que até chegar a isso, estar normatizado, com o organograma, isso vai demorar. O que eu penso é **que enquanto nós não tivermos uma pessoa que tem essa visão, vai ficar essa visão diferenciada.** (03, GF01).

Entretanto, acreditam ser possível esta integração somente se tiver alguém, ou quem sabe uma equipe, que possa levantar a discussão, do contrário estas mudanças na vigilância hospitalar irão demorar a acontecer. No entanto, estar juntos não garante a integração, como nesta fala, quando a norma existia há dois anos:

no papel, há dois anos foi feito esse núcleo de epidemiologia hospitalar. Como funciona esse núcleo de epidemiologia hospitalar? CCIH, CVE e gerenciamento de risco. Qual é a proposta? [...] são integrados. (10, GF02).

O profissional não explica se a integração está acontecendo ou aconteceu automaticamente, mas nos dá a entender que existe a intenção também de integração, embora ela não tenha saído do papel. Enquanto isso, em outras unidades começam também pela regulamentação, e conseguem sentir resultados.

Começamos através do organograma do hospital, antes existia a vigilância de um lado e o controle de infecção do outro, trabalhavam cinco pessoas de um lado e seis pessoa do outro e que não se

falava, **a princípio não foi fácil**. (07, GF02).

Dá a entender que enfrentavam dificuldades no serviço, quando diz: **“a princípio não foi fácil”**. As coisas mudaram, pois se tornou mais fácil o trabalho, mas não comenta sobre o processo de integração.

A proposta de integração vivenciada em sua unidade a partir de uma nova estrutura organizacional serviu de modelo a outras unidades de sua região.

Tinha uma vigilância organizada, mais de ações básicas, nos postos de saúde, exceto em alguns hospitais, **como o hospital universitário, onde você tinha a epidemiologia, mesmo que separadamente, mas existia. Nos demais hospitais nem existia, eram absolutamente silenciosos**, nos demais hospitais começaram a aparecer no que se diz das notificações, depois da implantação do NVH, e agora não só está funcionando no hospital estadual. Quer dizer, a partir de 2001, mas também **este ano começou em um hospital municipal e que também tem movimento grande**, é o que você disse, funcionava mesmo que na CCIH, funcionava junto, então era **mais fácil funcionar, quando você separa, fica mais difícil funcionar [...]** Então **existe um núcleo de vigilância, com suas quatro comissões, todas com um coordenador único e tentando**, quer dizer tudo muito novinho na CCIH. Agora, praticamente todos os componentes mudaram na CCIH, **a gente está tentando caminhar desta forma, na forma horizontal, vamos ver se a gente vai conseguir**. (03, GF01).

As coisas não são tão simples assim; para integrar as equipes, segundo esse profissional, para juntar a turma, não basta organizar a estrutura, é necessário muito mais.

Tentar integrar por cima, não dá certo, não adianta colocar todo mundo na mesma caixinha, pelo contrário, pode até se odiar mais, eu acho que essa coisa tem **que ser construída em cima de objetos do cotidiano** concretos, em que a equipe clínica perceba essa integração, no sentido de que a gente está de fato articulada, paciente no caso, por exemplo, de Tuberculose as duas equipes têm o mesmo discurso para chegar lá e conversar com a gente. (01, GF02).

Note-se que aparece aqui a proposta de uma estratégia para a integração que contrasta com aquela anteriormente examinada, que espera que decisões

normativas vindas dos escalões superiores estabeleçam a integração. Surge o receio dos conflitos produzidos exatamente pela tentativa de enquadrar todos no mesmo espaço institucional. Alternativamente, a aposta aqui é na construção cotidiana, diante de situações e desafios concretos. É nesse sentido que se evoca a tuberculose, como um exemplo de questão do cotidiano que suscita uma integração. Essa estratégia, que poderia ser chamada de integração por baixo, é reiterada nesta outra fala.

Agora acho importante se pensar essa questão de integração não colocando cada um numa caixinha que cada um já tem a sua estrutura, quem vai ser chefe de quem, está complicado, mas se pensar na integração através serviço e realizando eventos juntos, tentar fazer o comitê da vigilância hospitalar onde possa incluir todas as vigilância... (03, GF02).

Esta posição, contudo, não é sustentada por todos. Alguns se colocam de modo crítico ao que, a seu ver, é uma informalidade ineficaz, e clamam aos céus pela normatização do trabalho integrado.

O fato de estar junto é muito importante, mas quando ele coloca de forma organizada, de forma hierarquizada e descentralizada, eu acho que isso tem que vir do nível central, porque na realidade a gente fica dentro de uma sala informalmente, tentando se integrar. (06, GF01).

Portanto, há uma polêmica sobre quais seriam as estratégias para a construção da integração das vigilâncias.

4.2.5 Coordenação do serviço de vigilância hospitalar

A primeira coisa que a direção atual fez é exatamente o que você está questionando, **ela oficializou o coordenador e descentralizou o poder**, entendeu? Tudo lá no núcleo de vigilância, **tudo é discutido, na verdade eu represento o grupo, porém a primeira coisa que a direção fez, foi reconhecer o papel do coordenador**

dentro do processo e isso fez muita diferença. (03, GF01).

A fala acima destaca o entendimento de que a designação formal de um coordenador da vigilância hospitalar é um processo fundamental. Em muitos momentos, mencionou-se a necessidade de haver alguém no hospital que tenha essa idéia de integração e provoque o processo de um novo modelo de vigilância, **“enquanto nós não tivermos uma pessoa que tem essa visão, vai ficar essa visão diferenciada”**. Portanto, essa fala colabora a idéia da necessidade de uma coordenação para a vigilância hospitalar na unidade, que ajude no processo de construção da proposta. Neste posicionamento, a figura do coordenador é fundamental.

Outra fala, corroborando o reconhecimento da importância do coordenador, reconhece a existência de outros obstáculos: **“Além de não ter coordenador, algumas pessoas da equipe da epidemiologia, não sei se não tem o entendimento ou o interesse da importância de estar trabalhando junto”** (09, GF01).

Assim, o coordenador deveria ter um perfil diferenciado para tal propósito.

Desde que existiu essa proposta eu tenho uma resistência imensa para assumir essa coordenação, e só assumi porque vamos fazer **uma coordenação pactuada, eu não quero ser chefe, eu não quero ter chefe**, então eu não tentei ser esse chefe, eu acredito em pessoas que têm a capacidade de liderar alguns grupos, **quando penso em fazer alguma coisa que diz respeito ao serviço, não tento ir lá ver questões técnicas, mas eu tento resolver questões de planejamento, de organização, eu converso com todo mundo, o que vocês acham? Então é assim, o controle de infecção sempre teve dificuldade de sentar e discutir coisas, não essas coisas pontuais, mas sim coisas de estruturas e a gente acredita que daqui para frente a gente talvez consiga.** (03, GF01).

Um coordenador atípico, com funções diferenciadas das que encontramos de um modo geral, é colocado como representante do grupo diante da direção, de

forma a não interferir nas especificidades de cada vigilância e trabalhar gerenciando as questões de construção do processo e planejamento do serviço. Ninguém gosta de ter “chefe”, embora alguns gostem de ser chefe; a função se torna interessante quando o grupo pode ter alguém que represente suas solicitações, estimulando a aproximação entre as equipes. No entanto, nem todos podem ter a mesma intenção quanto a função de coordenação. Vejamos:

Quando nós começamos a discutir a idéia de trabalhar em conjunto, **a disputa houve entre os médicos**, existe disputa, mas a disputa não é o problema, o problema é conseguir trabalhar de uma forma saudável, **o problema para mim não é alguém ser esse chefe, alguém querer mandar**, o problema é a gente conseguir trabalhar em conjunto, mas lembro que quando a gente começou a discutir uma das pessoas se **preocupou de como seria a forma de coordenar**, e nós tivemos essa preocupação ao colocar no organograma, **porque da mesma forma que pode fortalecer diante do hospital à vigilância, pode fragilizar a coordenação de cada comissão**, certa parte dos componentes do núcleo **estão querendo discutir a questão da coordenação do núcleo e eu particularmente tenho falado que agora não é a hora**, também **não sei se essa estrutura de trabalhar em conjunto ela tem que obedecer a fotografia**, elas têm uma história e historicamente elas foram criadas de formas diferentes. (05, GF01).

A criação de uma nova estrutura na vigilância suscita preocupações sobre quem vai mandar. A fala apresenta claramente a disputa pela coordenação das vigilâncias entre os médicos – o que parece não ser um problema a princípio, pois acredita que primeiro devem ter a preocupação de como trabalhar em conjunto, não acredita na maturidade do momento para se discutir a coordenação ainda, além de não ter certeza de que o modelo tenha que “obedecer a mesma fotografia”.

Na CCIH, eles não reconhecem uma coordenação na ANVISA, da forma como a VE percebe suas coordenações, a estrutura do sistema parece ser diferentes das vigilâncias quanto à coordenação.

Nós não somos da ANVISA, **existe uma coordenação do controle de infecção dentro da vigilância sanitária, mas nós não temos**

uma subordinação é mais educativo do que o de fiscalização minha, **ela existe, mas nós não estamos em momento nenhum subordinado a ela**, ela nos convida como hospital sentinelas, nós somos convidados a participar, **eu não tenho coordenação como o estado que tem coordenação**, mas o hospital federal não tem, no início da década de 90 eu tive uma coordenação, depois não tive mais nada disso. (02, GF01).

Portanto, a CCIH não tem subordinação em sua estrutura. No entanto, em algumas regiões parece existir uma coordenação estadual e municipal, que também se relaciona de forma diferenciada, quando afirma: “nós somos convidados a participar, eu não tenho coordenação como o estado que tem coordenação, mas o hospital federal não tem”. Muitas comissões têm a cultura histórica de trabalhar de forma autônoma, principalmente porque nunca tiveram uma coordenação, e essa divisão no sistema dificulta ainda mais a aproximação, quanto ao hospital ser gerenciado pelo estado, município ou Ministério da Saúde.

Eu tenho 20 anos de ministério e **nunca se reportou ao estado**, então enquanto a gente estiver nesta discussão, eu sou ministério, eu sou estado, fica difícil, porque não **tem no ministério um núcleo central de vigilância hospitalar**”. (02, GF01).

Entre as vigilâncias, a que parece encontrar mais dificuldades de estar subordinada a uma coordenação parece ser a CCIH. Esta vigilância tem culturalmente uma estrutura no sistema que diferencia da VE, trabalha com muita autonomia, podendo ser motivo da preocupação e não-aceitação de estar subordinada a outra coordenação, dentro da unidade. Mesmo com a percepção da necessidade de um processo integrado, os participantes acreditam que é necessário alguém que provoque esse movimento, quando surge o exemplo de coordenações que lideram a proposta e podem fazer o líquen entre as vigilâncias e a direção na unidade.

4.2.6 Importância da estrutura organizacional para vigilância hospitalar

Antes o controle de infecção estava ligado diretamente ao diretor, de repente surge o núcleo hospitalar que **ele faz parte e tem um coordenador que gerencia** tudo isso para então chegar à direção, isso é tão importante que recentemente a pessoa responsável pelo controle de infecção foi questionar com diretor que **ela queria autonomia e essa autonomia significava que ela não precisasse se reportar a um núcleo como um todo, porque culturalmente sempre foi assim.** (03, GF01).

Existe de fato receio, por parte da CCIH, de ter uma coordenação, e perder o reconhecimento, quando diz: “ela queria autonomia e essa autonomia significava que ela não precisasse se reportar a um núcleo como um todo, porque culturalmente sempre foi assim”. O único motivo levantado foi porque culturalmente sempre foi assim.

Quando se fala em controle de infecção subordinado a outra coordenação, **eu acho que foge, pouco sentido filosófico**, o controle de infecção tem que estar ligado a direção, **tem que estar ligada a quem possa apoiá-la.** (08, GF02).

Note-se que nesta fala não se reconhece em uma coordenação da vigilância a capacidade de apoiar a infecção hospitalar. A posição expressa aqui é que a infecção hospitalar precisa estar diretamente ligada à direção.

A aspiração de uma ligação mais direta com a direção também está presente quanto à vigilância epidemiológica.

A vigilância também, nós temos competências que deveria estar ligado diretamente também, mas **no entanto nós estamos ligados ao núcleo de informação**, eles são administrativos e então eles chegam e dizem, eu quero isso, eu quero aquilo, então **se formam atritos enorme**, chegou **ao ponto de pedir demissão várias vezes**, então eles ficam assustados e nos trocam, **eles dizem então: você vem para a diretoria, o tempo passa e eles nos trocam novamente**, então **como não tem essa bendita da regra fica**

desse jeito. (05, GF02).

O profissional fala das dificuldades de a vigilância epidemiológica não ter uma definição no organograma da unidade, e parece acreditar que deveria estar diretamente ligada à direção, como acontece com a CCIH, quando diz: “A vigilância também, nós temos competências que deveria estar ligado diretamente também”. Cobra a necessidade da existência de uma regulamentação como a Portaria nº 2.616/89, “como não tem essa bendita da regra, fica desse jeito”. Neste momento não parece ter certeza de que o único lugar é ligado à direção, parece sentir a necessidade muito mais de uma definição. Quando a estrutura coloca todos juntos, encontramos uma mudança sobre a questão da CCIH ter que estar ligada a direção. Em alguns lugares, a vigilância hospitalar funciona ligada à informação – enfim, podemos encontrar as mais diversas estruturas organizacionais.

4.2.7 Estrutura organizacional das vigilâncias no nível central

Observamos que a estrutura organizacional se diferencia das vigilâncias hospitalares no nível central, em algumas regiões nos três níveis de governo e outras no Ministério da Saúde. Essa questão pode influenciar a forma de ver e aceitar uma nova estrutura local para as vigilâncias:

Essa é uma coisa que eu acho muito interessante, essa é uma briga de poder mesmo, tanto é **que a vigilância em saúde tentou que a vigilância sanitária ficasse dentro e não conseguiu, essa é uma briga de poder de cachorro grande**, mas lendo, eu conheço todas as portarias, mas a coordenação é diferente na estrutura eu não tenho uma tradição como eu tenho na vigilância [...].(05, GF01).

Essa fala apresenta não só a discussão da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, quando tentou integrar com a ANVISA e não foi possível, como também

acredita que o motivo foi a briga pelo poder. Para alguns atores, a estrutura das secretarias e Ministério da Saúde influencia a definição da estrutura e o processo de trabalho das vigilâncias hospitalares. Observemos quando fala: “a coordenação é diferente na estrutura, eu não tenho uma tradição como eu tenho na vigilância epidemiológica”.

O processo de trabalho se diferencia a partir de cada vertente da vigilância hospitalar (SVS e ANVISA), e para ela existe a necessidade de se discutir tais diferenças, que podem influenciar, dificultando a integração, pela visão diferenciada entre as vigilâncias.

eu vejo por mim, por exemplo, **a gerência de risco pegou**, há quantos anos a gente tratava de vigilância epidemiológica e isso foi uma coisa que eu vivenciei, **gerência de risco pegou com selo da vigilância sanitária no hospital e esses fatos são coisas interessantes**. (05, GF01).

Na opinião da entrevistada, a epidemiologia tem mais dificuldades de ser reconhecida em suas atividades, embora suas ferramentas venham sendo usadas por todas as vigilâncias. Esta pode ser uma questão ligada à estrutura organizacional do Ministério da Saúde, quando diz: “gerência de risco pegou com selo da vigilância sanitária no hospital e esses fatos são coisas interessantes”.

Parece que o território hospitalar sempre foi um espaço de atuação da vigilância sanitária, e isso pode contribuir para a aceitação do programa. De modo diferente para a vigilância epidemiológica, que tem pouco tempo de atuação nesta área, pois se manteve muito distante durante muitos anos, com exceção de alguns pioneiros, que vinham lutando há mais de 20 anos: “Controle de infecção se percebe mais parte da vigilância sanitária, pois é ele que conversa conosco, quem é essa pessoa da vigilância que eu deveria me reportar”. (02, GF01).

A dificuldade de mudança na estrutura organizacional da vigilância parece não ser um problema somente no nível local/hospital, o que tem influenciado uma melhor percepção da integração, tanto dos técnicos como para os gestores. Mudar a identidade é algo difícil, e quando existem estruturas organizacionais que influenciam de forma contrária, parece necessária uma aproximação maior.

4.2.8 O sistema organizacional provoca desintegração na vigilância hospitalar

Nesta fala, o entrevistado parece acreditar na interferência do sistema de informação como estrutura organizacional, que não vem contribuindo para a melhoria da vigilância hospitalar.

Hoje a gente não tem atrito lá, porque a gente, enquanto pessoas que viveram juntaas, que brigavam e faziam as pazes, nós percebemos que a própria estrutura propicia os encontros de rivalidades como o controle que entra sem nenhuma discussão, como à vigilância epidemiológica também, que nem o SINAN descentraliza. (05, GF01).

O profissional tenta mostrar a falta de diálogo, quando menciona que o próprio SINAN, que deveria ser descentralizado, não aconteceu, como também a ANVISA, que ao criar o SINAIS não discute, simplesmente implanta. Parece existir disputa por esses dados, quando afirma: “estrutura propicia os encontros de rivalidades como o controle que entra sem nenhuma discussão (SINAIS), como a vigilância epidemiológica também, que nem o SINAN descentraliza”. Denuncia a forma impositiva como as coordenações das vigilâncias trabalham com o nível local.

O sistema não possibilita trabalhar de forma horizontal, ele impõe alimentação de dados e informações de forma vertical, imagine quantas horas/homens você gasta para alimentar planilha para mandar uma série de lugares informação, e a sensação é que existe uma sobrecarga você faz muito com pouco resultado, ou

melhor, produz muito, mas sempre aquém da necessidade. (01, GF02).

Alguns entrevistados, principalmente nesta fala, apresentam as dificuldades de poder trabalhar de forma horizontal no processo das vigilâncias, sem nenhuma descentralização, não sendo muitas vezes permitido participar das discussões, pois os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) vêm sofrendo a falta de recursos humanos insuficientes, diante da proposta de trabalho imposta pelas secretarias. Observemos sua fala: “imagine quantas horas/homens você gasta para alimentar planilha para mandar uma série de lugares informação, e a sensação é que existe uma sobrecarga você faz muito, com pouco resultado”.

Além da cobrança de descentralização do SINAN, observa-se que, por outro lado, ela apresenta os municípios e estado como responsáveis pela desintegração do sistema:

A meu ver, não é o ministério que provoca a desintegração, e sim a secretaria estadual e municipal, e isso não acontece somente na vigilância hospitalar. Essa desintegração está acontecendo em quase todos os programas; na prática ninguém combina nada, não há uma articulação dentro das áreas tanto da secretaria estadual, como da secretaria municipal de Saúde, eu até acho que a gente avançou mais com a comissão de controle de infecção por que eles se interessam pelo menos por causa do programa SINAIS. (01, GF02).

Interessante observar que ela denuncia os municípios e estado como responsáveis pela desintegração que ocorre na vigilância hospitalar, situação que parece ocorrer com todos os programas da Secretaria de Saúde: “não é o ministério que provoca a desintegração, e sim a secretaria estadual e municipal, e isso não acontece somente na vigilância hospitalar, essa desintegração está acontecendo em quase todos os programas, na prática ninguém combina nada”.

Sua fala parece indicar que a falta de integração na vigilância hospitalar está sendo influenciada também pela falta de articulação entre os programas nas secretarias municipal e estadual, pois, a seu ver, entre as comissões de vigilância hospitalar as coisas já estão começando a mudar.

Quem fez essa portaria teve uma boa idéia, entendeu, não entendeu, percebeu que era necessário, tinha as doenças emergentes que o sistema não dava conta, ela teve a necessidade de incluir o hospital, hoje a gente sabe que a porta de entrada é um hospital, **agora é aprender como lidar com esta secretaria de vigilância em saúde, totalmente dissociados dos hospitais, e quem manda nos hospitais é o SAIS e a CCIH esta ligada a vigilância sanitária, que está aproveitando**". (05,GF01).

Percebe que, mesmo se criando um projeto que seria desenvolvido nos hospitais, como foram os NHE, a SVS parece não conhecer muito bem a estrutura destes hospitais no nível central e parece não ter muita parceria com a SAIS e ANVISA, o que dificulta, para os núcleos hospitalares de epidemiologia, conseguirem a integração na vigilância hospitalar.

4.2.9 Vigilância hospitalar em unidades complexas

Cada unidade parece ter uma dinâmica própria e, nesta fala, a entrevistada parece acreditar que quanto maior a unidade e mais antiga for a vigilância, maior será a dificuldade para mudar a estrutura na vigilância hospitalar, embora existam unidades antigas que conseguiram mudar a estrutura e estão integrando o processo de trabalho.

Uma coisa é intenção de tentar integrar, a não ser em certas localidades do Brasil em que a estrutura formal é assim, que eu vejo que quanto maior a instituição, mais complexa. Os interesses financeiros, interesses acadêmicos, os interesses pessoais. (06,GF02).

Para eles, existe uma diferença dos hospitais que, ao formarem a vigilância hospitalar, já foram formadas em uma estrutura integrada dos hospitais em que as vigilâncias nasceram de forma isolada. Vejamos: “a não ser em certas localidades do Brasil em que a estrutura formal é assim”. Portanto, a dificuldade de integração da vigilância hospitalar, em unidades complexas, parece não ser um problema de todos, embora reconheçam maior dificuldades.

A minha unidade é uma unidade média, a CCIH é completamente separada da vigilância e a gente trabalha junto com pessoal que faz a vigilância de medicamentos, a Gerência de Risco. A vigilância na minha unidade é de 78 a infecção é de 85. (05, GF02)

Encontram facilidade para trabalhar com a Gerência de Risco, e apresentam o distanciamento que existe entre a CCIH e VE no processo de trabalho. Estaria a questão ligada ao fato de a Gerência de Risco ser um programa novo e que, portanto, necessita de parcerias? Ou simplesmente por trabalharem numa mesma visão, o que leva a uma maior afinidade ao desenvolverem suas atividades? Prova ser possível integrar mesmo numa estrutura complexa, mas devemos levar em consideração o número de vigilância na área hospitalar e a complexidade desta unidade, para definir o tipo de estrutura da vigilância hospitalar, quando a entrevistada afirma:

Cada instituição tem suas peculiaridades, tem sua história, pois um hospital de médio e grande porte trabalhar além da notificação é muito difícil, já trabalhamos, mas a busca ativa destas informações é muito complicada. O hospital que tem uma grande demanda. (04, GF02).

Cada unidade tem sua estrutura, portanto o modelo da vigilância deveria ser pensado a partir da realidade de cada unidade.

4.2.10 Um novo conceito de vigilância hospitalar

Durante a reunião do grupo focal, foi apresentado um modelo de organograma que contemplava a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental com suas comissões de atuação em âmbito hospitalar (ver anexo III). Após essa apresentação, foram feitas algumas falas sobre esse organograma:

Esse organograma contempla todas as áreas é claro que longe mim de dar conta de uma vigilância ambiental, mas para isso é importante o coordenador, porque ele faz a costura entre todos os saberes, porque sabemos que não existe somente a vigilância epidemiológica **e certamente tem que ser vigilância em saúde**, porque não é somente a vigilância epidemiológica. (06, GF01).

A própria portaria do subsistema ela também separou, ficando somente subsistema de vigilância epidemiológica e não de vigilância em saúde, ou vigilância hospitalar, aproveitando que ela colocou sobre um monte de portaria que o do subsistema mais uma vez distanciou. (05, GF01).

Para os profissionais, a proposta que ainda se tenta implantar, que seria a tentativa de integrar as vigilâncias mais antigas, como a CCIH e a VE, já não dá conta. Hoje, devido à complexidade, existe outra vigilância, como a vigilância ambiental, representada pela saúde do trabalhador, e para eles existe a necessidade de se pensar um conceito mais amplo. Infelizmente, a portaria do subsistema não contemplou esta idéia.

É interessante quando a SVS discute a construção de um novo conceito de vigilância em saúde, quando propõe uma nova estrutura para as vigilâncias nas secretarias nos três níveis de governo. No caso da normatização dos NHE, entretanto, não discute esta mesma proposta em âmbito hospitalar, o que tem sido questionado por muitos que participaram desta pesquisa:

estamos vivendo uma complexidade maior, mas não a tecnologia, mas os problemas, enfim, isso eu acho que **o conceito de vigilância da saúde no território hospitalar é muito mais abrangente**, tem a

questão ambiental, controle da água, do ar, agora quem fará isso, a vigilância em saúde, são muitos componentes, componentes diversos, importante, e não só a vigilância do controle de infecção no conjunto de atividades que fazem a vigilância, **são vários pedaços, uma demanda, pelo menos eu penso do mundo em que se esta vivendo hoje.** (06, GF01)

Para eles existe uma complexidade na área e, somente com um novo conceito de vigilância em saúde no âmbito hospitalar, com uma visão integral, poderíamos dar conta da situação que vem se apresentando: “são muitos componentes, componentes diversos, importante, e não só a vigilância do controle de infecção no conjunto de atividades que fazem a vigilância”.

Portanto, em diversas falas mencionou-se a necessidade de avançar para um novo modelo de vigilância em saúde no território hospitalar, um modelo que possa dar conta das situações que hoje vêm se apresentando na área: “**Pensar sobre esse modelo, é avançar um pouco mais sobre o que nós temos pensado até aqui,** que então é um avanço do antigo pensamento”. (06, GF01).

Avançar, para eles, é pensar na integração das três vigilâncias nessa área. Por outro lado, como nesta fala, parece haver receio da necessidade de um novo modelo, quando a entrevista declara:

Eu tenho uma história que não pode ser esquecida, eu posso até repensar a formação de um sanitarista, eu vejo nessa proposta uma confusão, que o trabalho é integrado, **mas muito especializado,** eu sei que eu não posso abrir mão de saberes, como no caso da vigilância ambiental e existem questões que são da engenharia ambiental e eu não sei quem tem interesse em deter este saber específico, talvez quando se pensa em integrar eu tenho visto isso ser confundido com um profissional que pode ser tudo, não é isso, avançou muito, eu tenho necessidades muito complexas, **a necessidade de um trabalho multidisciplinar,** muitas vezes **o epidemiologista tem sido chamado para costurar um pensamento de métodos a questão é não ter o generalíssimo na vigilância e ao mesmo tempo sem abrir mão de um generalista.** (05, GF02).

O medo parece estar ligado à possibilidade de perder sua identidade, sua história – portanto, o medo de mudar, mesmo que não esteja dando certo. Mas reconhece que hoje as necessidades são muito mais complexas: “Eu tenho uma história que não pode ser esquecida [...] avançou muito, eu tenho necessidades muito complexas, a necessidade de um trabalho multidisciplinar”. Para ela, devido às grandes necessidades de diversos campos da ciência, existe o perigo de se tornar um trabalho especializado, de fracionar o saber ou que se tente fazer do sanitarista um generalista, quando menciona:

uma confusão, que o trabalho é integrado, mas muito especializado, eu sei que eu não posso abrir mão de saberes, como no caso da vigilância ambiental e existem questões que são da engenharia ambiental [...], quando se **pensa em integrar eu tenho visto isso ser confundido com um profissional que pode ser tudo [...], a necessidade de um trabalho multidisciplinar.** (05, GF01)

Se acontecer a implantação desse novo modelo, inevitavelmente haverá necessidade de um trabalho multidisciplinar, mas para ela existe a necessidade de “um generalista sem abrir mão de um generalista”, o que dá a entender que o sanitarista deve conhecer o suficiente das áreas que serão integradas, de forma a costurar os saberes e conseguir juntar as partes como se fosse uma grande colcha de retalhos. O problema não são as especialidades, mas que estas não se mantenham abertas para o aprendizado – a diferença está no fato de todos permanecerem trabalhando integrados.

4.2.11 Nova portaria com proposta de integração

Temos muitas portarias, mas nem todas tiveram tanto impacto de melhoria sentida pelos técnicos como a de número 2.529/04. Parece que a normatização

pode ajudar na implementação de uma proposta, segundo os técnicos, pois esse tem sido um bom momento para a vigilância hospitalar. Acredita, entretanto, que ninguém se importa com as normas, quando sequer conhecem:

A ponta nem sabe o que esta acontecendo, tirando eu, o resto nem sabe que existe isso, **a maioria das portarias são desconhecidas**, ai a gente desiste, esse **exemplo é claro da desintegração**. (05, GF01).

O ator observa que, além de termos muitas portarias relacionadas à área e que poderiam ajudar na discussão de integração, elas não são conhecidas pelos profissionais que atuam na vigilância. Mesmo assim, para outros entrevistados, é necessário mais; existe a necessidade de se ter uma nova portaria, que possa contemplar todas as vigilâncias hospitalares.

Não existe uma portaria ou uma resolução que contemple tudo isso, que contemple tudo, eu tenho a 2.616, que diz que se eu não tenho o núcleo de epidemiologia eu tenho que fazer a notificação, e como eu nunca tive um núcleo de epidemiologia era o epidemiologista do controle de infecção que fazia a notificação, quando se pensou em criar um núcleo de epidemiologia, o ministério não tem carreira de epidemiologista, o concurso não abriu vaga para o sanitaria, temos que concordar que a gestão central precisa entender a importância deste epidemiologista. (02, GF01).

Como profissional que vem atuando na CCIH, este entrevistado tem percebido a necessidade de norma que contemple todas as vigilâncias. Acredita que a regulamentação passe a ser cumprida, pelo menos na vontade dos técnicos, quando afirma: “se eu não tenho o núcleo de epidemiologia eu tenho que fazer a notificação, e como eu nunca tive um núcleo de epidemiologia era o epidemiologista do controle de infecção que fazia a notificação”. Pois, segundo a Portaria nº. 2.616/98, na ausência de um núcleo de vigilância epidemiológica, é função da CCIH notificar as DNC, o que vem sendo cumprido somente por algumas CCIH, pela falta

de estrutura e condições metodológicas.

Mas nem sempre se cumpre a norma, e esta fala apresenta a necessidade do entendimento das regras por todos, ao se mudar a estrutura da vigilância hospitalar, pois nessa localidade existe uma regulamentação que contempla parte das vigilâncias, e mesmo assim tem sido difícil o entendimento.

A gente iniciou em um local onde já existia uma comissão, **ela tinha que tomar ciência para quem ela se reportar, que agora são quatro comissões e trabalhar juntos com essa visão**, a partir do momento que se têm **cobranças separadas, ter que cumprir certas atividades que não são informadas** e que cabe ao núcleo de vigilância hospitalar, **como buscar essa informação, como buscar este olhar, onde está escrito**. (07, GF01).

Um exemplo típico de que algumas vezes a própria secretaria cria as regras que ela mesma não cumpre. Naquele momento existiam coordenações separadas do mesmo projeto de vigilância hospitalar e, segundo o entrevistado, todos devem estar cientes de que a estrutura mudou, é necessário seguir o que foi discutido e regulamentado, de forma a integrar o grupo. Parece apresentar a necessidade de maior clareza na coordenação central, principalmente num universo em que os castelos parecem ser muito resistentes, quando afirma: “a partir do momento que se têm cobranças separadas, ter que cumprir certas atividades que não são informadas e que cabe ao núcleo de vigilância hospitalar, como buscar essa informação, como buscar este olhar, onde está escrito”. Para eles, mesmo que a estrutura estivesse regulamentada de forma integrada, as vigilâncias continuavam recebendo do nível central cobrança totalmente desarticulada, e o próprio sistema de saúde, mais uma vez, é mencionado como responsável pela falta de organização na vigilância hospitalar.

Como nesta fala, mais uma vez se apresenta a importância de uma portaria

que contemple todos, além de não se deixar de mencionar a importância de vincular leito com pessoal na próxima portaria, pois acredita que o processo é assim, “pode aprimorar”.

[...] facilitou para que possamos avançar nestas propostas de maior integração com outras comissões, **e penso que podemos pensar numa melhor regulamentação, onde possa contemplar todas as áreas, que eu penso que a gente não fez e que deveria ter feito**, que você encontra na portaria da comissão de controle de infecção é a **vinculação do número de leitos com o número de profissionais**, eu acho que a **gente pode aprimorando**. (01, GF02).

No entanto, alguns poucos, como nesta fala, não têm certeza se este é o momento para uma nova portaria nessa complexidade: “eu não sei se a luz que a gente tem hoje, nos teríamos condições de ter uma normatização única para todo o território”. (05, GF01). Embora não pareça ter deixado de acreditar na normatização como forma de organização, a questão é que temos hoje a maturidade para construir uma portaria que leve à integração das vigilâncias hospitalares, e que consiga contemplar as diferentes formas que consideradas de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. Vejamos: “Não sei se à luz que a gente tem hoje, nós teríamos condições de ter uma normatização única para todo o território...”.

4.3 Processo de trabalho como foco

O processo de trabalho na vigilância hospitalar parece ser construído com base numa visão especialista e unilateral. Embora exista a percepção da necessidade de um trabalho integrado, as vigilâncias não apresentam, na prática, essa proposta de um modo geral – quando se aproximam, o fazem na forma de articulação e somente de algumas DNC alegam ter uma visão e uma prática muito diferenciada para que consigam um processo de trabalho integrado.

A gente foca em áreas diferentes, onde a gente faz busca ativa, eu faço muito mais nas enfermarias de clínicas de doenças infecciosas, enquanto que a pessoa de infecção predominantemente, na unidade de terapia intensiva e unidades cirúrgicas, é quase que não tivesse áreas, que a gente vai ao mesmo local. Eu vou ao berçário eventualmente, eu vou numa clínica cirúrgica somente se tiver uma doença congênita ou algum outro caso muito diferente das unidades de terapia intensiva neonatal a minha ação é muito diferente a minha ação é mais sugestão laboratorial, eu não tenho nenhuma ação de tratamento, eu não atuo no sentido de definir o tratamento terapêutico. (01, GF02).

A forma que realizam suas atividades os tem levado a uma sobrecarga muito maior no dia-a-dia, não se organizam para que as atividades se tornem mais práticas. Em quase todos os casos, não existe uma parceria na busca ativa, de forma a permitir uma cobertura maior na busca dos casos, não existindo a percepção de uma interface. Não percebem uma possibilidade de complemento na ação se assim se organizassem, quando coloca ser bem diferente, o que deveria ser uma ação complementar.

[...] tem uma questão, **tem uma diferença mesmo de atribuições mesmo, são diferentes no meu modo de entender** e isso não deveria ser um impedimento para a integração (01, GF02).

[...] fizemos um experimento, uma tentativa, foi através das síndromes, tivemos uma reunião, pensamos, **vamos começar então pelas icterícias, foi uma loucura porque a gente não consegue dar conta de tudo.** (04, GF02).

Existe uma diferença de integração e articulação, na integração se cria rotinas, protocolos, sendo que qualquer pessoa que venha de fora consegue se inserir no processo de trabalho, **na articulação é algo mais de pessoa e afinidade.** (01, GF02).

O processo de trabalho entre as vigilâncias hospitalares acontece no nível da articulação, sem muita elaboração, quase que informalmente. Quando há alguma doença de notificação, eles desenvolvem atividades em conjunto e mesmo nas tentativas de articulação de algum processo de trabalho, eles têm encontrado

dificuldades, pois não possuem estrutura para um processo mais elaborado. Isso deveria ser facilitado, pois aumenta o potencial da estrutura quando há mais de uma equipe atuando, também podendo estar ligada a um melhor planejamento das ações. E estas ações, se fossem bem planejadas, diminuiriam o sentimento de diferença.

A vigilância pode orientar ações de prevenção, e dificilmente tem ações de prevenção no hospital e **quando tem ações de profilaxia aí a gente faz muito articulada com a CCIH [...], por exemplo, quando a gente tem um BK positivo numa enfermaria a infecção hospitalar já atuou e o acompanhamento segue com infecção hospitalar [...], quando a gente tem um surto de varicela a gente até pode receber o relatório do surto, mas quem vai fazer o controle e vai acompanhar é a CCIH.** (01, GF02).

Nesta fala, o processo de trabalho de forma articulada entre a CCIH e a VE foi feito por divisão de tarefas e, para este entrevistado, as funções da VE, no caso de um surto, é notificar, enquanto que as ações de controle ficam a cargo da CCIH. Nem todos concordam com essa situação, uma vez que é função da VE, como as ações de controle, sendo que numa integração essas funções poderiam ser mais bem aceitas, pois as atualizações das ações de controle na DNC estariam sendo contempladas.

A política não é uma política coletiva é uma política voltada à discussão de cada caso das ações de atividades, em cada caso com olhar mais clínico, enquanto que olhar **para vigilância das notificações é um olhar mais coletivo de vigilância da população,** então quando a gente está investigando os casos aqui à gente está olhando para o impacto que isso tem para a população, enquanto que **o pessoal da infecção está olhando muito mais para o impacto que tem lá na unidade, na clínica, olhando para a prática profissional** naquela equipe especialmente, na equipe de enfermagem. (01, GF02).

Ao se mencionar as diferenças, esse ator nos mostra que estas têm

influenciado a prática; portanto, o processo de trabalho, talvez pela limitação não só de a atuação focar a clínica, seja difícil de entender. O programa tem proposta de vigilância, e parece abrir a necessidade de um complemento, não só na forma de se ver a vigilância como também no desenvolvimento de sua prática. Quando as equipes interagem com outras vigilâncias, em especial a VE, surge uma prática mais completa, como também a possibilidade de uma mudança na identidade da vigilância, que percebe somente a clínica. Observemos, na fala abaixo, que foi possível essa interação no processo de trabalho:

Existia uma superposição de atividades, por exemplo, acidente de trabalho, o funcionário tinha que passar pela CCIH, e depois ele ia para a vigilância para preencher outra ficha, fichas muito semelhantes, funcionários tendo de responder na medicina do trabalho, recursos humanos, para infecção hospitalar, para epidemiologia. Por exemplo, no caso de uma meningite, chamavam o médico e ele se reportava para um único local. O espaço físico é uma sala comprida com vários locais que têm comunicação, então quando chegava o caso de meningite todos ficavam sabendo, então a controle de infecção a vigilância epidemiológica e a gerência de risco, **atuam de uma forma muito ampla**. (10, GF02).

[...] **na SARG, houve uma boa integração**, talvez por que tivéssemos que criar tudo, rotinas, protocolos, por que tinha todo o receio de uma doença nova, e agente da vigilância é quem investigava, então fizemos o treinamento para todos os funcionários do hospital em locais com o controle de infecção e vigilância, e isso nunca tinha acontecido. **Neste momento, nós fomos um único grupo**, talvez pela emergência de uma doença que não conhecíamos, enquanto a vigilância pessoalmente não informasse ou descartasse o caso, ele não recebia alta, **dentro de um caos houve uma integração total**. (03, GF02).

Para alguns, a forma histórica de se trabalhar deveria repensar e reavaliar até que ponto essa prática tem contribuído para uma previsão; por outro lado, quando se apresenta o processo de trabalho da CCIH, observa-se que tem mudado, principalmente ao se criarem coordenações estaduais e municipais. A mudança da estrutura organizacional tem influenciado o processo de trabalho nos hospitais, quando também se criam o SINAIS. Portanto, com o tempo essas “diferenças”

tendem a ser menores no processo de trabalho.

eu não tenho uma tradição como eu tenho na vigilância epidemiológica, por exemplo, da notificação compulsória, essa tradição de epidemiologia e sanitarista que está muito estruturada na vigilância **epidemiológica na CCIH é diferente, como eu tenho a obrigatoriedade de notificação** certos agravos a vigilância epidemiológica, na CCIH eu não sou obrigado a notificar a infecção hospitalar como tenho de notificação os agravos, eu preciso controlar os indicadores e isso é uma discussão interessante que eu não tenho visto. (05, GF01).

Quando a questão é integrar o processo de trabalho, parece que não existem muitas propostas; a questão se encontra muito imatura, precisando ser evoluída, mas não se apresenta nesta pesquisa muita certeza do caminho, a não ser sugestões que iremos analisar no modulo “objeto”.

Nós mesmos, ainda não definimos o que é comum para todos, quais são as ações, que são estruturais do núcleo, a gente já vem discutido isso desde a gestão passada. (01, GF01).

Com outros programas, como a Gerência de Risco, a facilidade de integração tem sido apresentada com mais facilidades.

A minha unidade é uma unidade média, a CCIH é completamente separada da vigilância e **a gente trabalha junto com pessoal que faz a vigilância de medicamentos, a gerência de risco.** A vigilância na minha o unidade é de 78, a infecção é de 85.(04, GF02)

[...] com a gerência de risco o trabalho é mais fácil, quando existe alguma infecção em algum equipamento nós já notificamos, é mais fácil um trabalho integrar. (10, GF02).

Encontramos nesta pesquisa, em relação ao processo de trabalho, o distanciamento no processo de trabalho entre a CCIH e a VE, sem a menor integração, o que foi citado por quase todos. Existem tentativas, porém sem definição, e a facilidade referida, embora não se mencione por que e nem como

acontece o processo – com o Programa Gerência de Risco, ligado à Vigilância Sanitária. Durante o processo de capacitação e divulgação da portaria do subsistema, a gerência participou ativamente, inclusive com uma proposta, em suas exposições, de integração, o que pode ter influenciado a afinidade e a facilidade no trabalho das duas equipes a VE e GR, ou também por ser este um novo programa em nosso país.

Observa-se a preocupação de organização do processo de trabalho, em algumas regiões, a fim de colherem melhores resultados, quando avaliarem os NHE, sem correr o risco de perder seu espaço. Mas a percepção de que na integração poderiam obter melhores resultados parece não existir.

Encontramos que, para alguns desta pesquisa, a função da CCIH deveria ir além da vigilância, pois acreditam na soma da clínica com a vigilância como saberes complementares. Na fala a seguir, ela menciona uma situação bastante polêmica:

Muitas vezes nós éramos chamados para dar parecer e a gente não tem experiência com isso, **a gente precisa do infectologista para estar chegando junto, eu acho que essa questão pontual junto ao doente também é importante, não sei se o objetivo do controle de infecção é esse, mas eu acho que o controle de infecção precisa de um componente com esse perfil**, de ir lá e ver o doente fazer o diagnóstico, definir o caso. (03, GF01).

Quando mencionados o objeto de pesquisa e o conhecimento específico de cada equipe, que podem vir a contribuir como eixo de integração, levantava-se a questão do parecer clínico como função da vigilância, principalmente no caso das DNC. Isso tem sido um ponto de polêmica, pois, para outros entrevistados, o parecer clínico da equipe nas DNC não é uma atribuição da vigilância: *“mas este é que é o equivoco, não é o objeto da vigilância”*. Alguns peritos acreditam que a equipe clínica tem dificuldade de definir o diagnóstico em algumas DNC, e que deveriam receber o

apoio da vigilância hospitalar, com parecer clínico, pois se não existe, tal função deveria existir.

4.3.1 Organização a partir do objeto de pesquisa

Cada vigilância pode trabalhar com um ou mais objetos de pesquisa, embora a estrutura não permita ampliar muito seu objeto. Da mesma forma, o mesmo objeto pode fazer parte da investigação de mais de uma vigilância. Enfim, o objeto deveria nortear o trabalho da vigilância e ajudar a definir as prioridades em seu processo de trabalho.

[...] na questão do objeto do controle de infecção que são as infecções adquiridas no ambiente hospitalar, definir se realmente é hospitalar, porque tem uma questão de horas [...], até definir o papel do controle de infecção e o poder que ela tem dentro da área hospitalar [...], agora **para a vigilância o objeto, são as doenças adquiridas na comunidade, eu acho que quando a gente bate no paciente a gente vê um monte de coisa que ninguém viu, pois ninguém se preocupa com esse olhar a não ser a vigilância, como ele mora, como que viajou, o que ele faz, ninguém está preocupado com isso a não ser a vigilância** e isso tem a ver com a passagem técnicas dos profissionais na vigilância **é a formação que é diferente** [...], com isso, para vigilância só vai ver quando tem um problema que não é comigo. (03, GF02).

Nesta fala, além de tentar definir os diferentes objetos de pesquisa mais comuns no trabalho de investigação destas vigilâncias, acredita que o profissional, para conseguir trabalhar com as doenças adquiridas, deveria ter uma formação diferenciada, pois somente o olhar clínico pode não dar conta de definição do caso. Quando o objeto são as doenças adquiridas, é necessária uma abordagem diferenciada diante do paciente na investigação do caso, questões necessárias a serem levantadas. Mas ninguém tem esta preocupação, principalmente no hospital, onde as prioridades são outras, motivo pelo qual muitas vezes, além de não

entenderem este objeto, deixam de ver como relevante – somente no caso de um surto ou epidemia se lembram da VE.

[...] passamos na **direção que não esta entendendo bem o objeto do trabalho [...] ninguém tem clareza disso [...] nem nós temos clareza de nosso objeto de trabalho [...] como ele pode ser tudo, como muitas vezes ele pode ser nada** [...] e isso da forma tanto como a epidemiologia, como a CCIH, conseguiram trabalhar e produzir um trabalho que muitas das vezes o hospital classicamente não reconhece, como um trabalho relevante no caso da epidemiologia [...] sem dúvida nenhuma, na CCIH o **objeto de infecção hospitalar entende quanto relevante, mas a vigilância epidemiológica não**, o hospital não entende como relevante, foi trabalhar em cima de agravos (05, GF01).

Quando esse ator menciona que “pode ser nada”, o objeto de pesquisa da VE pode estar falando da percepção da não-relevância pela direção desse trabalho. Com esta percepção, pode-se fazer com que haja dúvida se o objeto de pesquisa da vigilância epidemiológica deva ser somente as DNC. Ao mesmo tempo, fala do “objeto de pesquisa pode ser tudo”, dando a entender que em certas unidades hospitalares a vigilância epidemiológica pode estar realizando a busca de muitos outros objetos de pesquisa além das DNC. Entretanto, não apresenta uma proposta de trabalho, quando afirma que a vigilância epidemiológica deve ter uma definição do objeto de pesquisa – diferentemente do que percebe do objeto de pesquisa da CCIH, quando as infecções hospitalares são mais reconhecidas como relevante para o hospital: “na CCIH o objeto de infecção hospitalar entende quanto relevante”. A relevância desse objeto para a direção pode estar ligada à questão da qualidade nas práticas, objeto muito conhecido pela equipe hospitalar e, conforme já mencionado nesta pesquisa, mas quando existe uma epidemia por DNC, esta passa a preocupar a direção, isso não representa relevância necessariamente. Portanto, se existir interesse de avançar para outros objetos de pesquisa, além das DNC, pode ser uma decisão feita a partir do perfil da unidade e a condição de estrutura de cada equipe,

embora devamos insistir na importância da busca das DNC e doenças emergentes e reemergentes como objeto principal da VE.

Nesta pesquisa houve quase um consenso quanto ao caminho: a integração poderia acontecer a partir do objeto de pesquisa comum a todas as vigilâncias hospitalares; do contrário, acreditam que a integração não poderá se manter por muito tempo. Observemos nesta fala que, além de confirmar o que foi mencionado, discute-se o conhecimento específico de cada vigilância e suas comissões, que poderiam ajudar a definir as atribuições de cada equipe na busca do objeto, possibilitando desta forma um processo integrador. Observemos quando diz:

A integração só caminharia de verdade se a gente tivesse questões técnicas que a gente abraçasse [...]. Foi o que aconteceu com a Síndrome Respiratória Aguda - SARG [...]. **Você pega o objeto, como por exemplo, a tuberculose em funcionários, você pega conhecimento específico do controle de infecção, conhecimento específico da vigilância que tenha uma interface e que naquela discussão você pode montar um sistema integrado e articulado [...], o material biológico, enfim [...].** Questões que com o tempo nos dessem de forma objetiva, do cotidiano e real, aí você consegue a integração mesmo [...] é mais fácil você conseguir, **fica menos na discussão administrativa e mais na questão técnica [...]. As duas comissões são de grupos técnicos e o que se mais valoriza é questão técnicas [...]. Então montar programas de atuação mais integrados onde o conhecimento, e atividades, e expertise, de cada um seja valorizado e ao mesmo tempo canalizado em uma proposta comum [...]. Penso que isso é mais viável para integração, do que você decidir através do espaço físico,** porque aí você coloca todo mundo na caixinha [...], eu acho que a gente tem o critério por que muitos pensam que é colocar todo mundo na caixinha, para se integrar que não é assim. (04, GF01).

Para os entrevistados, os grupos são técnicos e deveriam ser valorizadas questões técnicas no processo de integração. Para essa entrevistada, assim conseguiríamos que os técnicos escutem melhor: “As duas comissões são de grupos técnicos e o que se mais valoriza é questão técnicas [...] colocar todo mundo na caixinha, para se integrar que não é assim”.

Para esses peritos, parecem existir muitos objetos comum às vigilâncias, portanto capazes de aproximar e organizar um trabalho na vigilância hospitalar, se houver disponibilidade para que isso aconteça: “A tuberculose e o sarampo seriam bons agravos para se começar, e eventualmente varicela, apesar de não ser um agravo de notificação ela tem uma boa interface”.

A escolha de um agravo comum às vigilâncias hospitalares para construir um processo integrador pode ajudar na percepção da interface entre as vigilâncias, como mostra o caso a seguir.

um dos esforços para ter essa interação foi a questão do BK [...] talvez seja uma coisa que também possa unir as comissões [...] o que consegue unir bem as comissões [...] é uma das poucas situações em que a gente vivencia essa discussão em conjunto com controle de infecção [...] já discutimos mais de uma vez, inclusive com a direção. (01, GF01).

Como indicação de um agravo que possibilita várias interfaces para a interação, foi escolhida a tuberculose, que, acreditam, tem a maior interface entre as vigilâncias na pesquisa: “esta sempre foi uma condição marcadora”.

A tuberculose demanda tantos pensamento, tantas coisas a serem organizadas, que a vigilância hospitalar como ela está hoje, ela não contempla a tudo que ela precisa se neste organograma acrescentando a vigilância ambiental nos poderíamos estar dando conta de uma forma mais integral, pensando em outras questões como a vigilância ambiental, nós poderíamos estar ampliando a discussão de um problema tão grave como é hoje a tuberculose hospitalar, que afeta a todos, que se você não tiver essa visão você não vai conseguir proteger nem o paciente, nem o profissional, enfim a meu ver, isso é uma evolução da discussão que começou com as quatro comissões. (06, GF01).

A vigilância da tuberculose só é possível com um modelo de vigilância hospitalar que possibilite a vigilância de todos os componentes que possam estar

relacionados à doença na área hospitalar, sendo possível somente com a integração das três vigilâncias e suas respectivas comissões em âmbito hospitalar.

Talvez alguma das doenças eu até tirasse da lista [...] mas é claro que eu não posso notificar toda infecção hospitalar [...] **o trabalho na vigilância se ele não for vinculado, mesmo com a visão integral, a agravos, ele se dispersa com maior facilidade** [...] não que eu use do agravo como instrumento de verticalização, mas o uso do agravo, como foi o exemplo da tuberculose, um momento de encontro. (05, GF01).

No entanto, quando se pensa em definir a estrutura organizacional, deveríamos pensar a partir de questões técnicas, portanto a partir do objeto de vigilância. A entrevistada questiona que a CCIH jamais deveria estar na vigilância sanitária, se as questões técnicas fossem levadas em consideração pelos administradores, pois a vigilância, além de não ser um instrumento de trabalho desta, as infecções hospitalares tem sido um objeto de pesquisa da vigilância epidemiológica: “Vejo isso muito complicado porque é *infecção não é objeto da vigilância sanitária, na discussão de objeto ela vai ter que ser dá vigilância epidemiológica* [...], mas querendo ou não querendo ela tem uma questão histórica e tem poder também”. (05, GF01).

Nesta categoria, observamos que os profissionais acreditam na importância de definição do objeto para cada vigilância, mesmo que este faça parte da investigação de várias vigilâncias, o que pode contribuir para a percepção de um trabalho integrado. Para alguns, o objeto da vigilância epidemiológica não está muito bem definido, quando às vezes parece ser tudo, ou às vezes não é nada para a direção da unidade, que muitas vezes percebe este objeto como pouco relevante, diferente das infecções hospitalares.

Encontramos principalmente um consenso quanto ao caminho para a integração, que deveria ser a partir de um objeto comum a todos, pois, como o grupo é técnico, deveriam valorizar questões técnicas.

4.4 Organização do serviço

Um serviço de vigilância hospitalar organizado, e quando acontece, tende a ser entre a VE e a CCIH. Estas tendem a realizá-lo somente no caso de algumas DNC. Observa-se, no entanto, quando a CCIH trabalha a investigação das infecções hospitalares, não existe qualquer integração no serviço, nem mesmo de articulação com a VE. Na CCIH tendem a trabalhar de forma isolada e muitas vezes com resultados insuficientes, sobretudo quando tratam da análise dos dados.

Sempre que tenho uma doença previsível fica vinculado ao serviço de epidemiologia [...], trabalhando em conjunto com controle de infecção, e isso no caso de uma varicela ou agravo de notificação [...], é sempre em conjunto, mas no caso de infecção a vigilância nem fica sabendo”.(05,GF02)

De um modo geral, nas vigilâncias, cada um realiza um serviço isolado; para alguns, não existe nem mesmo o conhecimento das atividades do outro:

Lá a gente sempre está apagando incêndio [...], começamos já a bom tempo, é bem antigo também o controle de infecção, e **cada um faz o seu trabalho, e não tem integração** [...], tem uma vigilância sanitária que é a gerência de risco, que tem um pessoal só, **eu nem sei qual é o trabalho dela que deveria estar integrado**. (04, GF02).

No serviço não existe a menor organização: “Lá a gente sempre está apagando incêndio [...], começamos já a bom tempo, é bem antigos também o controle de infecção, e cada um faz o seu trabalho, e não tem integração...”.

Apresenta falta de planejamento, integração, articulação nas atividades da vigilância hospitalar, além de não conseguir realizar bem suas funções, não apresenta qualquer movimento em prol da organização do serviço.

A falta de organizar no serviço de vigilância pode provocar conflitos na vigilância hospitalar, prejudicando o serviço como um todo.

A gente vê é que em vários momentos como, por exemplo, o ano passado **um surto de varicela que epidemiologia detectou, e de repente a gente percebeu que cada um estava agindo de uma forma [...]**, que a gente sabe é que tem que ter uma ação única à epidemiologia não pode determinar tudo sem falar com infectologista. (01, GF01).

Mesmo estando clara, para muitos dos entrevistados nesta pesquisa, a necessidade de organização do serviço, parece que não existe uma iniciativa para se dar início às mudanças. Seria este um momento de acomodação, diante de tantas questões a serem resolvidas ou os técnicos estão sobrecarregados e não encontram tempo para começar a realizar os encontros e discutir as mudanças? Vejamos: “essa questão já está muito clara [...], só a gente não está sabendo como fazer essa organização, como se organizar para chegar nesta visão”. Ou simplesmente como dito, alguns não sabem como fazer isso.

Por outro lado, em algumas unidades existe a preocupação e iniciativa da organização do serviço de forma integrada, mas nesta fala a vigilância epidemiológica tem-se recusado, preferindo que cada vigilância faça seu serviço:

Nós estávamos organizando um seminário lá no hospital e **convidamos a epidemiologia [...]**, pois é difícil tratar a questão do material biológico [...], eu convidei, vamos lá gente, **vamos trabalhar em conjunto, sentar para discutir as rotinas [...]**, eu não consegui, e **eles disseram, não, cada um faça o seu trabalho.** (09, GF01).

Quando existe um serviço estabelecido, a tendência é amenizar a sobrecarga e provocar melhores resultados para todos:

Existia uma superposição de atividades [...], por exemplo, acidente de trabalho, o funcionário tinha que passar pela CCIH, e depois ele ia para a vigilância para preencher outra ficha, fichas muito semelhantes, funcionários tendo de responder, na medicina do trabalho, recursos humanos, para infecção hospitalar, para epidemiologia. (10, GF02).

Felizmente, parecem existir algumas unidades que percebem que a organização do serviço tem sido uma necessidade para melhoria da qualidade na vigilância hospitalar. Neste sentido, a entrevistada afirma: “Existia uma superposição de atividades”. Situação que foi superada. Pois, no serviço organizado, pode ser descoberta mais possibilidade que acreditavam ter, como nos fala este entrevistado:

A gente sente muita necessidade de instrumento de trabalho que pudesse fazer essa interface, mostrar essa interface da epidemiologia e o controle de infecção, **eu acho que existe uma interseção muito forte, mas a gente não tem esses instrumentos** [...], quais são os instrumentos que poderiam ajudar essa interseção entre a epidemiologia e o controle de infecção [...], **nos sentamos juntos, discutimos, mas eu acho que é isso que falta, ser colocado na prática** [...], porque o entendimento que nós temos que o núcleo de vigilância hospitalar é um olhar do hospital como um território, então quais são os riscos dentro daquele território, aí eu acho que o saber, os conhecimentos da CCIH entram e se encontra com os saberes e conhecimento da vigilância epidemiologia, mas isso não está colocado na prática [...], **para que a gente possa nos reconhecer os nossos potenciais a nossa capacidade e a partir daí modificar a nossa prática e intervir naqueles riscos e assim promover uma melhoria naquele hospital...** (04, GF01).

De um lado, a vigilância do controle de infecção e do outro lado à vigilância epidemiológica, **sem um ponto de interseção** [...], nós estamos na mesma sala, estávamos querendo fazer um trabalho que identificamos no perfil de mortalidade que estava muito alto de pessoas indo a óbito com septicemia [...], **então nós estávamos querendo sentar e fazer um trabalho com a comissão de controle de infecção e fazer uma busca laboratorial e tentar entender o porquê dessa situação** [...], a gente sabe que têm pontos, mas a **gente precisa trabalhar melhor essa interseção para fazer com que as nossas práticas possam caminhar em conjunto.** (GF01).

Ainda não definimos o que é comum para todos, quais são as ações, que são estruturais do núcleo, a gente já vem discutido isso desde a gestão passada”.(01,GF01)

[...] **se a gente vai planejar, tem ações operacionais do serviço à gente tem que falar a mesma linguagem** a gente precisa sentar para conversar, uma coisa é se tem um problema para ser resolvido, resolve quem está lá, outra coisa, vamos discutir o serviço, vamos começar a planejar, a gente tem que se reportar ao núcleo, porque eu não posso sair fazendo o que vem na minha cabeça porque existe, porque tem outras pessoas envolvidas. (03, GF01).

[...] partindo desse **olhar de horizontalidade nós podemos reorientar a nossa forma de atuar, e reorganizar o serviço**. (04, GF01).

Para alcançar este nível de organização, é necessário sentar e discutir, o que não tem acontecido, como nos foi apresentado. Portanto, a partir do potencial da capacidade de cada vigilância, conseguem mudar sua prática, e assim intervir nos riscos, promovendo a melhoria da unidade.

Conforme o segundo caso, as vigilâncias não têm conseguido discutir a organização do serviço: “a gente sabe que têm pontos, mas a gente precisa trabalhar melhor essa interseção para fazer com que as nossas práticas possam caminhar em conjunto...”. São algumas tentativas e muito pouco resultado no sentido de organização do serviço, pois um serviço organizado requer rotinas, fluxos, normas, etc., de forma que todos conheçam e participem das definições. Percebe-se, pela fala dos entrevistados, que são poucas atividades dos serviços de vigilância hospitalar que apresentam bom padrão de organização. E quando se fala de um serviço de vigilância hospitalar numa única estrutura, parece não ser diferente a necessidade de organização, sendo que a preocupação desses serviços, muito mais, deveria ser trabalhar a organização para que juntos alcancem a integração.

Temos na epidemiologia todas as rotinas escritas, organizadas, inclusive uma das poucas coisas que conseguimos gastar o dinheiro do subsistema foi publicar do livreto de rotinas, **agora que nós estamos começando a discutir em conjunto com controle de infecção**, inclusive esta questão de imunização dos funcionários. Na

verdade eu acho este ponto é extremamente rico de percepção da necessidade de se trabalhar junto. (05, GF01).

4.4.1 Busca ativa como metodologia de trabalho

A busca ativa, como metodologia na vigilância epidemiológica de agravos de notificação compulsória, tem sido a mais utilizada: “Em nossa unidade, nós *tentamos priorizar a busca ativa* [...] tudo que se faz não é dado o devido valor [...] até que se diga que precisa mandar dados para o município” (04, GF02).

Mesmo tentando manter essa atividade, não percebem o valor da vigilância epidemiológica, a não ser quando existe necessidade de mandar esta informação para o nível central de forma impositiva. Enquanto isso, para outros entrevistados é na busca ativa que surge o reconhecimento de um trabalho efetivo da *vigilância*: “na busca ativa, naquele espaço que eles conhecem o nosso trabalho [...] seguida nós temos residentes que vem para tirar dúvidas [...] conhecer nosso trabalho [...] a impressão é que eles conhecem, sim”.

Tem sido este o momento de ensinar a importância da vigilância para hospital. Portanto, o peso do reconhecimento parece depender da atuação de cada vigilância e a relevância de seu objeto para unidade. Não é fácil buscar informações na área hospitalar, independentemente do objeto da pesquisa: “Tem que convencer os caras de que conseguir essas informações não é fácil no sistema de informação [...] no prontuário não tem dados clínicos [...] eu tenho que ir no leito do paciente mesmo”.

Os entrevistados acreditam que deveriam ter mais qualidade nos registros hospitalares, pois na tentativa de uma busca ativa, existe um grande desgaste da equipe. Quando não se encontra a informação nos registros hospitalares, onde

deveriam estar, as equipes tem que tentar fazer a busca da informação junto aos pacientes, quando possível; por outro lado, é na busca constante da informação nesses registros que se apresentará a necessidade de melhoria na qualidade. Esse motivo tem dificultado as equipes de vigilância epidemiológica avançar sua busca ativa para outros agravos, além das DNC: “Trabalhamos com agravos de notificação [...] é o que predomina [...] mas, já trabalhamos com indicadores gerenciais”.

Observamos interesse em trabalhar com outros objetos de investigação, como já comentado aqui, mas a estrutura da informação é muito ruim para a busca ativa. Para alguns entrevistados, esta é uma função da vigilância epidemiológica, enquanto que as ações de controle das DNC têm ficado sob a responsabilidade da CCIH, em algumas unidades, quando tentam se articular em algumas DNC. No entanto, as infecções hospitalares são de responsabilidade CCIH, que tem como função a busca ativa e análise dos dados. Não se observou qualquer apresentação que fale de uma aproximação das equipes em seu processo de trabalho, no caso da vigilância das infecções hospitalares.

a vigilância epidemiológica atua mais na notificação, agora o controle é a infecção hospitalar que repassa a informação para vigilância e quem faz orientação [...] a ação de controle é a infecção hospitalar [...] e isso pela tradição, porque nós nem pertencemos a mesma gerência. (01, GF02).

Por outro lado, encontramos opinião contrária quanto ao processo de vigilância das DNC, pois nesta fala, a busca ativa, como as ações de controle das DNC, deveria se dar em função da vigilância epidemiológica. Mas nos dá a entender que, na possibilidade de uma integração das vigilâncias, ao trabalhar “**com grandes problemas, como o caso da tuberculose**”, seria possível organizar o processo de vigilância desta forma, ficando somente a busca ativa com a VE.

em alguns lugares eu lembro quando conversávamos com o pessoal de São Paulo, o núcleo do hospital escola, detectar e notifica o caso, mas a medida de controle é a CCIH..., **eu achei sul real [...] imagine não participar da orientação [...] talvez se a gente trabalhasse com grandes problemas como o caso da tuberculose.** (05, GF02).

Na busca ativa dos agravos, alguns acreditam ser difícil uma integração principalmente na ronda, a fim de facilitar a busca das informações do objeto de investigação, e tentar minimizar o RH e tempo gasto diariamente.

Você não vai com a visão de buscar o do outro [...], você vai preocupado com as questões que você tem que encontrar. (02, GF02).

Eu já trabalhei serviços em que o controle de infecção fazia também as notificações [...] então você já vai com outra visão [...] mas você está preocupado com seu trabalho, você acaba não tendo tempo para ver outra questão. (02, GF02).

Apresenta uma possibilidade de integrar esta atividade, quando comenta: “Eu já trabalhei serviços em que o controle de infecção fazia também as notificações [...] então você já vai com outra visão”. Para os entrevistados, a falta de um trabalho mais articulado entre as vigilâncias na busca ativa parece estar ligada “à falta de visão”, que é possível na ronda (nome da atividade na busca ativa da rotina de passar pelas enfermarias), ao passar pelas enfermarias. Enfim, uma integração nas rotinas do serviço de forma que possa facilitar o trabalho em todas as vigilâncias, que vem apresentando sobrecarregada em suas atividades.

Nesta categoria se observa que a única metodologia que as vigilâncias têm desenvolvido na realização de suas funções é a busca ativa, sendo que as buscas passivas, como a busca interativa, não foram mencionadas como metodologias utilizadas, pois a busca ativa tem exigido muito mais RH e horas gastas para a vigilância. Cabe lembrar que a notificação das DNC é função de todos os

profissionais.

Parece não existir consenso sobre as funções das vigilâncias, principalmente quando o objeto de busca são as DNC. Há necessidade de uma melhor padronização no desenvolvimento desta atividade, situação que poderia ser mais bem definida na integração do processo de trabalho.

4.4.2 Reuniões como atividade de vigilância

A existência de um espaço de discussão para o desenvolvimento do serviço e divulgação das informações parece existir em poucas unidades, como nesta fala: “quais são os instrumentos que poderiam ajudar essa interseção entre a epidemiologia e o controle de infecção [...] *nos sentamos juntos, discutimos, mas eu acho que é isso que falta, ser colocado na prática*”. (04, GF01).

Parece existir o interesse e até conseguem se reunir para discutir as questões do serviço, mas não conseguem definir e colocar em prática o que foi discutido; são reuniões com pouca eficácia, com pouco ou quase nada de resultados. Para outros, não existe reunião nem com sua própria equipe, como também não parece acreditar serem importante as reuniões como forma de aproximação entre as vigilâncias – no que diz respeito à vigilância hospitalar, cada um parece viver seu universo, quando diz:

[...] levantamos o que existia, existia uma CCIH que só trabalhava prevalência, começamos a trabalhar varias coisas, busca ativa e NNISS, isso CCIH [...] núcleo de epidemiologia eu repito, não existia, o que existia era aquela coisa de buscar as fichas de notificação [...]. **Eu desconheço ter feito uma recepção ou ter sentado para discutir [...], ontem é que eu sentei com o engenheiro para tentar entender o que ele estava fazendo e orientar [...], não existia e não existem estas reuniões para discutir as ações [...]. Não existe esta preocupação da necessidade de integração.** (02, GF01).

Observemos, ainda, a fala abaixo:

nós estamos na mesma sala, estávamos querendo fazer um trabalho que identificamos no perfil de mortalidade que estava muito alto de pessoas indo a óbito com septicemia [...], **então nós estávamos querendo sentar e fazer um trabalho com a comissão de controle de infecção e fazer uma busca laboratorial e tentar entender o porquê dessa situação.** (04, GF01).

As equipes trabalham no mesmo espaço físico e não encontram tempo para discutir uma nova proposta de trabalho, muito menos reuniões para discutir o serviço – embora existam a percepção e o desejo de se reunir, parecem não sair do interesse. Em algumas unidades, mesmo que há anos venham realizando a vigilância, parece não existir diálogo, uma aproximação e muito menos discussões sobre o trabalho. As pessoas simplesmente estão ali, cumprindo as rotinas, sem inovações e empenho para algo diferente e melhor – sente-se muita acomodação no serviço de vigilância hospitalar, segundo alguns depoimentos.

De forma semelhante, nessa fala existe a intenção, por parte de alguns profissionais da vigilância, de tentarem se organizar, mas não conseguem discutir o processo, não conseguem sentar para discutir, pois parecem encontrar resistência e não-aceitação por parte de outros profissionais.

Nós estávamos organizando um seminário lá no hospital e convidamos a epidemiologia [...], pois é difícil de tratar a questão do material biológico [...], **eu convidei, vamos lá gente, vamos trabalhar em conjunto, sentar para discutir as rotinas [...]**, eu não consegui, e eles disseram, **não, cada um faça o seu trabalho.** (09, GF01).

Infelizmente, ao mencionar “não, cada um faça o seu trabalho”, percebe-se total desinteresse de alguns ao tentar se aproximar e discutir suas opiniões. Quando existe tal possibilidade, esse espaço, surge a possibilidade de uma arena de discussões, onde cada um pode se colocar, aumentando as chances de

aproximação com outras equipes de vigilância. Observamos também que estas tentativas vêm sendo feitas pelos técnicos sem a participação de um gestor.

No entanto, não encontramos nesta pesquisa dados que sugiram que a vigilância hospitalar venha se reunindo com a direção e participando do planejamento da unidade. É bem provável que isso não venha acontecendo, o que dificulta aproximação para divulgar a informação e ter participação efetiva na unidade.

4.5 Formação pode construir atitudes

4.5.1 A formação influencia as práticas desagregadas

No hospital é onde se percebe a maior resistência de mudança para um novo conceito de saúde, indo além do modelo biomédico, resistências influenciadas pela formação e manutenção de práticas hegemônicas e que se diferencia da forma de trabalho dos profissionais que têm uma formação diferenciada. Observa-se, nesta fala, que o grande problema dos conflitos para um entrelaçamento das atividades das vigilâncias em âmbito hospitalar tem sido a formação, que se traduz na forma de atuação de cada profissional da vigilância hospitalar, pois as práticas tradicionais tendem a distanciar os diferentes, enquanto que a integração aproxima as pessoas para uma nova discussão do pensar suas práticas.

No começo todo mundo começou na mesma sala e as tesões também, das formações, porque a pessoa que estava à frente da epidemiologia ela tinha a cabeça de sanitarista e o que estava à frente como médico da CCIH, era infectologista [...], então surgiram tensões que não tinha nada a ver com o hospital nem com a gestão, eram conflitos de formação [...], e ai eu tenho médicos, sem falar, conflito com a enfermagem, de cara eu tinha um médico infectologista que tinha sido pediatra, foi para a saúde publica porque se desencantou da resolutividade do ato médico individual, então chegou para montar a epidemiologia com um conceito [...], do outro lado eu tinha um infectologista que continuava

acreditando naquela forma de atuação e somente muito recentemente que a gente conseguiu isso..., não foi à direção, nem o núcleo central, **foram realmente às relações humanas que dificultaram**, no nosso caso no hospital, que nos racionalizamos nosso hospital. (05, GF01).

Hoje as relações humanas, e no nosso caso eu sinto isso e ate com prazer, a gente esta começando a inaugurar uma nova era, que ate a gente consegue falar de trabalhar em conjunto [...], porque ao longo de duas décadas nos começamos na mesma sala, **começamos a brigar**, muita gente com pouco espaço livre, colocamos um muro de Berlim, povo separado, é verdade [...], então eu não posso atribuir **essa dificuldade de horizontalizar** apenas a direção, **tem problemas de formação**. (05, GF01).

A situação na qual se apresenta a vigilância hospitalar hoje, no que se refere às tensões, tem sido outra realidade, quando os profissionais que tinham mais resistência de mudanças percebem a necessidade de conversar e buscar formas de como poderiam fazer para trabalharem juntos. Percebe-se que a grande dificuldade de integração consiste no fato de as pessoas estarem enclausuradas e não reconhecerem o conceito de vigilância, pois isso significa mudar a forma como vinham pensando a saúde. A formação é algo forte, sobretudo quando junto existe a manutenção de saberes de forma hierárquica.

Tem o fato de que a infecção lá no hospital está vinculada às doenças de moléstias infecciosas e isso tem mais a ver com política acadêmica [...], teoricamente, para nós que fizemos algumas reuniões, **nós tivemos divergências até com relação aos indicadores à definição dos indicadores [...], uma dificuldade específica lá de integração [...]**, eu não acho que a gente, o **que parece que se vão pertencer ao núcleo eles perderiam essa especificidade**, o que não aconteceu com os demais, mas cada um tem uma série de coisas específicas. (01, GF02).

A vigilância que a infecção faz em minha opinião, é outra capacitação, é outra turma, a visão de Saúde Coletiva em Epidemiologia, vamos dizer assim, é muito diferente de um grupo do outro, a visão do povo do controle de infecção, é **predominantemente uma turma formada numa preocupação muito mais em moléstias infecciosas**, pelo menos em nosso estado o grosso é médicos especialistas em moléstias infecciosas [...], a um **investimento e todo um controle muito mais em ações individuais do que o controle de ações coletivas**. (01, GF02).

Observa-se o receio, na realidade, de perda da identidade, quando percebem que na integração de vários saberes/fazer, as pessoas a conversarem entre si, passam a se complementar, sendo capazes de influenciar outros a perderem sua identidade, mas mantendo sua especificidade: **“eu não acho que a gente, o que parece que se vão pertencer ao núcleo eles perderiam essa especificidade”**, pois na integração se forma uma nova forma de pensar, sem compartimentos fechados. Vejamos a diferença nestes casos:

Não é uma questão de verticalização, **uma questão de formação e atuação diferenciada [...]. A formação do pessoal que esta na vigilância epidemiológica é muito diferenciada.** (01, GF02).

Fiz um concurso para professor substituto que era para fazer trabalho de campo, no início não queria, **no início não queria mais fui [...], fiz e gostei e acabei apaixonada pela epidemiologia ou saúde pública.** (03, GF01).

4.5.2 A formação do gestor influencia o modo de pensar e priorizar as ações no hospital

Para alguns entrevistados, é importante que os gestores tenham uma mudança em sua formação – uma formação diferenciada do modelo biomédico, pois este olhar interfere ao definir suas prioridades no gerenciamento da unidade hospitalar e no apoio e entendimento da vigilância.

Normalmente, **a pessoa que esta sentada naquela cadeira tem uma formação biomédica, extremamente hospitalar [...], enquanto não houver uma mudança na gestão fica extremamente difícil deles terem esse entendimento [...], o modelo tem que ser o mais aplicável naquela instituição**, quantas direção já passaram no hospital **e a gente percebe que a formação dessa gente, percebe que eles traçam a meta em cima daquilo que eles têm conhecimento [...]**, mas conhecimento do trabalho do núcleo veio sob a nossa vontade, da vontade das pessoas, não veio da gestão, não veio de cima, veio de nós, para ele priorizar as ações do núcleo, ele sabe o que cada um tem que fazer, **mas ele não tem o entendimento do todo** e nós temos um grupo muito grande, temos outras comissões como gerência de risco de resíduos, saúde do trabalhador, mas nós mesmos ainda não definimos o que é

comum para todos, quais são as ações, que são estruturais do núcleo, a gente já vem discutido isso desde a gestão passada. (01, GF01).

4.5.3 As diferenças na formação e o entendimento de um novo conceito

A diferença e a resistência no entendimento do objeto, para esse ator, se tornam mais fortes dependendo da profissão do técnico que atua na vigilância:

Eu vejo os conceitos de gestão a não valorização do objeto, a verticalização tradicional [...], mas eu vejo questões que inclusive você deu um exemplo, que **vê o ato mais clínico, principalmente no caso dos médicos, enquanto o objeto da epidemiologia é mais coletivo~[...], é o modelo de saúde [...]**, por isso quando eu digo, tem a relação humana [...], é claro que a relação humana sempre vai interferir, mas não é essa que estou dizendo, **acho que tecnicamente, eu acho que o médico tem dificuldade de entender o objeto [...], tanto é que, eu acho que a para enfermagem este conflito é menor, porque a enfermagem na sua graduação ela tem essa percepção, para o médico que trabalha nessa interface existe uma dificuldade de compreender o objeto [...],o que é um objeto de vigilância**, que não é exatamente um objeto clínico, então alguém que conseguiu vir da clínica e perceber, talvez consiga entender essa concepção [...], mas **aquele infectologista que dificilmente vai e dificilmente ele vai para uma epidemiologia ele vai para a CCIH, quem vai para a epidemiologia em geral é alguém que fez saúde pública.** (05, GF01).

Algumas profissões parecem apresentar mais facilidade para entender o conceito de vigilância e a necessidade de mudança; existe menos resistência, enquanto outras como o caso dos médicos há mais dificuldades de entender o sentido e objetivo da vigilância, pois sua formação foca muito a clínica como causa. Fazer essa mudança e conseguir perceber outras questões e possibilidades de atuação é possível com a aproximação de outros com formação diferenciada ou através de uma educação em serviço.

4.5.4 Um novo conceito de realizar suas práticas é possível no serviço

Alguns acreditam, como nesta fala, que a educação permanente poderia ser uma forma de sensibilização e aproximação para um dialogo em prol da integração.

Se pudesse vir de fora à educação permanente, que aproximasse [...], pois não adianta a CCIH falar da importância da integração e a epidemiologia falar, enquanto as pessoas não estiverem receptivas para isso [...], então se vier alguém de fora que possa comentar sobre isso internamente, como educadores, seria estratégico para ajudar no processo de trabalho. (04, GF01).

Para uma educação permanente ser realizada na unidade hospitalar, é importante que venha alguém de fora, o que dá a entender que a academia deveria estar junto com o serviço, e juntos descobrirem novos caminhos: “Eu faço parte da Academia e acho que ela poderia contribuir muito” (02, GF01).

Mas não é consenso que a participação da universidade poderia ajudar nas praticas do serviço, *“pois a prática pertence ao serviço”*. Para esta entrevistada, a universidade não teria condições de se articular com o serviço, talvez por acreditar que o responsável dos conflitos gerados pela formação venha a ser a academia: “Eu acho que se a academia tentar costurar, vai sair um horror, pois a prática pertence ao serviço”. (05, GF01).

Observamos a influência de uma formação diferenciada; portanto, ao nosso ver, a formação tem sido a causa de grandes conflitos. Entretanto, alguns têm conseguido mudar esta realidade, quando conseguem se aproximar e provocar discussões que possam sensibilizar e mudar a percepção, nascendo para muitos uma nova forma de desenvolver ou tentar desenvolver suas práticas de forma integrada.

Uma das possibilidades de conseguirmos esta integração, para alguns, será através da educação permanente em parceria com as universidades, embora não exista um consenso sobre essa parceria ser boa. Mas mesmo assim outros acreditam na possibilidade de um espaço de aproximação e sensibilização, propiciando mudanças para todos.

4.6 Outras funções que podem contribuir para integrar

4.6.1 Espaço no serviço para o ensino

A participação da universidade, através de alunos e supervisores na prática da vigilância hospitalar, tem sido o grande ganho do serviço. A tentativa de contribuir na complementação da formação dos futuros profissionais com uma visão diferenciada sobre o conceito de saúde tem sido a fala da grande maioria dos entrevistados da pesquisa. Além disso, influencia nas mudanças na prática da vigilância hospitalar, com atuação da universidade junto ao serviço através de alunos. Segundo esta entrevistada:

A pesquisa em nosso hospital, no serviço de epidemiologia, foi exatamente o ponto que legitimou o grupo de epidemiologia para o hospital [...], esse foi um enorme ganho [...], foi a partir daí que nós conseguimos respeitabilidade [...], pois eles se lembram da epidemiologia principalmente quando quer calcular o “p”, o que mostra o problema das formações estanques que não consegue perceber o objeto de trabalho [...], enfim, **mas a pesquisa foi um grande ganho, temos residência, inclusive internos de medicina e que eles passam todos os internos e residentes pela epidemiologia [...], inclusive estamos para sentar com controle de infecção para que os internos também passem pelo controle de infecção [...], enfim, eu acho que o que vai definir essa integração vai depender da prática deles**, mas na realidade estão vivendo uma prática completamente desintegrar. (05, GF01).

Acredita ser o grande ganho da epidemiologia, quando há alunos na vigilância hospitalar para o ensino e pesquisa, pois através destes é possível obter do corpo clínico e direção, maior conhecimento e reconhecimento da vigilância no hospital: “a pesquisa em nosso hospital, no serviço de epidemiologia, foi exatamente o ponto que legitimou o grupo de epidemiologia para o hospital [...], esse foi um enorme ganho [...], foi a partir daí que nós conseguimos respeitabilidade”.

Existe, de modo geral, grande deficiência na formação dos profissionais de saúde, com uma visão especializada e fechada para a clínica, o que pode ser percebido na dificuldade para entendimento do objeto da vigilância: “mostra o problema das formações estanques que não consegue perceber o objeto de trabalho”.

Em algumas unidades, a participação dos alunos na epidemiologia ainda não garante que eles possam ter sua prática de forma integrada na vigilância hospitalar. A prática ainda se apresenta desintegrada, situação que poderia mudar se nela também houvesse a participação da CCIH e outras vigilâncias, na prática de ensino. A situação da realidade na prática do ensino e da pesquisa da vigilância em âmbito hospitalar é totalmente separada.

Nós fazemos um programa diferente dos aprimorando dos residentes [...], o que eu vejo é que o pessoal sai de lá muito próximo da capacidade de montar uma comissão de controle de infecção e se ele não souber, ele sabe onde buscar [...], agora não sei se eles são capazes de juntar as coisas. (08, GF02).

Infelizmente, para alguns não existe a necessidade de integração das vigilâncias hospitalares na prática de ensino, para que os alunos passem a construir, a partir de sua prática, um novo conceito de vigilância hospitalar. De forma semelhante, nesta fala a entrevistada comenta sobre a existência da participação de

alunos nas duas vigilâncias, mas completamente dissociada uma vigilância da outra.

Com relação à pesquisa, **o campo de preceptoria para residentes, eles passam um mês em cada setor, um mês na CCIH e um mês na epidemiologia e eles vão sair como sanitaristas, eles acabam tendo uma visão separada [...], na especialização de infecção hospitalar também é algo bem estanque**, eles acabam vendo as coisas bem separadas [...], temos esses especialistas que trabalham dentro do controle de infecção como estagiários temos também a residência médica e a residência de enfermagem [...], mas eu só consigo que a residência de enfermagem passe no controle de infecção **a residência médica ainda não se sensibilizou para passar no controle de infecção [...], porém todos vindo de forma desarticulada.** (02, GF01).

Interessante quando ela menciona a não-participação da residência médica na CCIH, num processo inverso, porém semelhante à fala anterior, quando menciona a não-participação do controle de infecção no ensino – mas, de uma forma ou de outra, os residentes da medicina acabam por não ter essa prática. A participação dos alunos como prática de ensino nos serviços de vigilância hospitalar vem aumentando, infelizmente de forma desintegrada: “estamos começando como campo para o estágio, mas o aluno não consegue enxergar essa integração [...], é um estagiário que passa na epidemiologia e outro que vem para CCIH [...], ele não consegue enxergar a integração, *até porque a equipe não consegue enxergar*”. Situação que deve ser repensada, se o serviço quiser ter alunos que saiam com uma nova visão da vigilância, assim tentando encontrar formas de mudança do conceito de vigilância e que possa ser percebido por todos antes de receberem alunos. O fato de os alunos passarem nas duas vigilâncias não garante que consigam perceber a importância da integração.

Se pudesse vir de fora à educação permanente que aproximasse [...], pois não adianta a CCIH falar da importância da integração e a epidemiologia falar em quantos as pessoas não estiverem receptivas para isso [...], então se vier alguém de fora que possa comentar sobre isso internamente como educador seria estratégico para ajudar no processo de trabalho. (04, GF01).

Em nosso hospital o residente passa um mês no controle de infecção e um mês na epidemiologia [...], eles não passavam, depois que aconteceu a integração é que começaram a passar [...]. O R2 passa dois meses, e o R3 passa três meses, mais um mês na epidemiologia, e quando eles chegam, eles vão colocar a mão na massa mesmo, vão olhar prontuário e vão fazer busca ativa, eles também vão aprender as atividades do enfermeiro, que eu acho muito importante, porque eu aprendi uma série de coisas da enfermagem que é importante, como fazer curativo, como que passa uma sonda, o médico não aprende isso, e isso é importante para o controle de infecção. (10, GF02).

Para alguns, ainda existe a crença de ser mais fácil para o aluno entender a prática do controle de infecção, pois esta é mais comum em sua formação, o que mostra a importância de conhecerem também a vigilância epidemiológica e junto discutir a vigilância ideal para o hospital.

Eles conseguem entender o conceito de controle de infecção que é mais fácil, porque é o dia-a-dia [...], sendo que com exceção do Emílio que é um hospital especializado os hospitais gerais não são o que mais chama atenção, a vigilância [...], coisa que mais temos são os politraumatizados, as doenças crônicas, como diabetes, câncer, cardiopatia, mas as doenças de notificação compulsória são bem menos, a não ser agora a violência que vêm surgindo um novo grupo [...], mas o **aluno, eu acho que tem mais dificuldade de perceber por mais que se fale que se explique.** (01, GF02).

Segundo as falas apresentadas, vêm-se realizando práticas de ensino, sobretudo na epidemiologia, com resultados importantes, não só para o aluno, mas para a vigilância. Percebeu-se um reconhecimento maior, no hospital, da importância da epidemiologia desenvolver a pesquisa através do ensino. Assim, para alguns entrevistados, antes de receberem alunos, deveria ser realizada uma educação permanente entre as equipes das vigilâncias hospitalares, inclusive com a participação de professores da universidade, focando a integração. Em algumas unidades, a possibilidade de o aluno ter um complemento em sua formação, de forma a se confrontar com um novo conceito da vigilância hospitalar, parece estar

longe de acontecer.

4.6.2 A pesquisa na vigilância hospitalar

A pesquisa epidemiológica pode vir a ser um ganho no serviço, quando este possibilita a realização: “estas questões são importantíssimas para o nível local [...] é importante um diagnóstico local, ate para gente ver como vai se colocar” (04, GF01).

No entanto, com a participação dos estagiários na vigilância epidemiológica, não só é mais fácil realizar a pesquisa, como a epidemiologia passa a ganhar muito mais respeitabilidade, ao mostrar sua excelência ao trabalhar com as ferramentas da vigilância. E, se fosse possível a participação de todos na pesquisa, isso poderia ajudar a repensar sua forma de atuar.

A pesquisa em nosso hospital, no serviço de epidemiologia, foi exatamente o ponto que legitimou o grupo de epidemiologia para o hospital, esse foi um enorme ganho, foi a partir daí que nós conseguimos respeitabilidade [...], a pesquisa foi um grande ganho, temos residência, inclusive internos de medicina e que eles passam todos os internos e residentes pela epidemiologia e inclusive estamos para sentar com controle de infecção para que os internos também passem pela controle de infecção. (05, GF01).

A falta de pesquisa na vigilância, como nesta fala, não parece ser o problema de domínio das ferramentas da epidemiologia.

[...] Pesquisa, **eu acho que a gente da suporte a pesquisa [...], mas a gente não consegue fazer muito de pesquisa [...], quando alguém está fazendo mestrado e doutorado a gente até consegue ou quando a gente está fazendo doutorado [...], mas no dia-a-dia não se consegue [...]**, em nossa unidade, os residentes em moléstias infecciosas quando tem apresentação eles até usam os nossos dados, e que eu até incentivo, porque eu acho um absurdo não usar os dados para pesquisas, agora a gente dizer que faz pesquisa e faz inteligência é a parte nobres da vigilância, isso não. (01, GF02).

A falta de percepção, como função, vem impedindo a realização da pesquisa no dia-a-dia, mesmo acreditando ser a parte nobre da vigilância, pois ao receber alunos do mestrado, doutorado, ou mesmo ao estudar, esta encontra tempo para realizar uma de suas funções: a pesquisa. Tal situação parece acontecer com a participação de outras comissões, mas não acredita que tenha ajudado a integrar as vigilâncias, segundo a fala a seguir:

Realizamos um trabalho em conjunto com várias comissões e setores dando inclusive o diagnóstico, ou melhor, mudando diagnóstico final em duas pacientes, e esse foi um momento [...], **outro momento foi uma pesquisa de violência à gestante em que o núcleo foi convidado a participar**, e a gente mesmo ajuda muito, quando a gente encontra boletim ou prontuário de pacientes que existam estas questões [...], temos participado de seminário, encontros, inclusive, essa pesquisa que esta sendo feita com a participação da Fiocruz [...], mas isso em nada ajudou a integração da epidemiologia com a CCIH. (03, GF01).

Entretanto, a existência da prática da pesquisa de forma integrada poderia talvez propiciar o aprofundamento no conhecimento dos problemas de saúde. Quando não ajuda, talvez não tenha que ver com a pesquisa a falta de integração: “mas isso em nada ajudou a integração da epidemiologia com a CCIH”.

A pesquisa também pode ser feita através de um diagnóstico, como mencionado por este entrevistado:

Eu gostaria de dar o exemplo do que eu acho que é diagnóstico [...], há **um tempo atrás nós fizemos um trabalho que eu acho muito interessante, sobre tuberculose em que eu acho que esse foi o diagnóstico do hospitalar** [...], a partir da demanda, dos casos de funcionários que estão sendo licenciados por causa da tuberculose. (04, GF01).

Observamos, no entanto, que de um modo geral as vigilâncias vêm atuando sem nunca terem realizado um diagnóstico da unidade: “Na minha unidade não

existe até hoje um diagnóstico” – informação que para alguns é fundamental para um direcionamento das vigilâncias e suas atividades.

A gente precisava resgatar o que o Waldeman falou dos três pilares da vigilância: territórios, problemas e reorientação das práticas de saúde e agora levar isso para o hospital **onde é que de fato nós temos isso no hospital, qual é o diagnóstico que nós temos daquele território em mãos para que possamos reorientar nossas práticas** [...], talvez sem portaria, sem algo vindo de fora, mas partindo desse olhar de horizontalidade nós podemos reorientar a nossa forma de atuar [...], e reorganizar o serviço **porque se nós temos um diagnóstico, e que reconhece os riscos, a partir daí** [...] do reconhecimento dos riscos é mais fácil integrar o nosso conhecimento. (04, GF01).

Nesta fala, o diagnóstico não só é insubstituível, como ajuda a integrar as práticas, na percepção dos riscos a partir de um diagnóstico. Para outros, mesmo tendo a informação, não sabem como ela pode contribuir para sua prática:

[...] 54% das pessoas internadas têm mais de 60 anos naquele hospital [...], este dado não me serve para nada [...], ninguém que tenha feito alguma coisa para melhorar, como atender os idosos, quais os antibióticos que devem ser dado, apesar de tudo isso. (08, GF01).

A informação gerada pela pesquisa poderia nortear de alguma forma a vigilância: *“este dado não me serve para nada”*. Não se mostra capacitada para atuar na vigilância, quando não percebe a riqueza de informação e o que poderia ser feito em prol da unidade. Espera que as mudanças aconteçam quando existir uma intervenção de fora – portanto, possuir a informação não adiantará de nada se não souberem o que fazer para mudar a realidade.

Em vários momentos da vigilância parecem surgir situações como esta: “Existem questões que mereceriam a pesquisa, porque muitos momentos nós levantamos a lebre, ficamos ansiosos para saber as causas, mas não temos realizado” (01, GF02). Existem muitas oportunidades para pesquisa, que na

realidade o serviço não vem aproveitando. Nesta fala, observamos que ela não fala da falta de tempo, mas sim, da necessidade de assumir essa prática da pesquisa como função: “fica muito mais difícil esse diagnóstico, mais macro e talvez nós não tenhamos condições, não sei”. Não garante tal colocação, quando fala da falta de condições, que pode estar ligada à estrutura, pois do contrário se espera que os técnicos, pelo menos da epidemiologia, estejam habilitados a realizar ao menos um diagnóstico na unidade.

Em algumas unidades, os profissionais da vigilância epidemiológicos, segundo a fala de alguns entrevistados, vêm sendo reconhecidos por outros, como referência da pesquisa no hospital. Não só pelo fato de ajudarem outros a desenvolver a pesquisa, mas porque este tem dominado melhor a metodologia e ferramentas da ciência nessa prática: “a epidemiologia é convidada para participar não necessariamente da construção do objeto, mas a ajudar, de modo geral, em todas as comissões e o que se observa é o não-domínio do objeto de vigilância epidemiológica”. (05, GF01).

Nesta fala, entretanto, o fato de estar realizando a pesquisa não significa que esta necessariamente vem sendo provocada pelo serviço como função: “estou ligada também à universidade e a gente sabe que pessoalmente a gente pode estar envolvida em uma pesquisa, mas não é como registro da vigilância, nós fazemos isso como pessoal, não é o serviço que provoca a pesquisa”. Embora existam alguns movimentos que têm levado a provocar uma mudança na prática da pesquisa, ainda esta longe de ser uma realidade nas vigilâncias de um modo geral: “colocamos alguns objetivos, de pelo menos um trabalho no congresso ao ano nós apresentamos [...] essa parte de publicar em congresso, nós atingimos, agora nós

queremos também um artigo e não só apresentar um trabalho no congresso”. (08, GF02).

4.7 A informação integrada

4.7.1 Papel/objetivo da informação construída pela vigilância hospitalar

A vigilância hospitalar deve tentar construir e divulgar a informação em tempo oportuno, de modo que a unidade possa ter um diagnóstico e atuar de forma preventiva em muitos casos possíveis de serem prevenidos. Observemos nesta fala a percepção do entrevistado sobre os objetivos da informação:

Estas questões são importantíssimas para o nível local [...] é importante um diagnóstico local, ate para gente ver como vai se colocar [...] diferente de alguns agravos que são notificados até nacionalmente, como a meningite, que você tem por exemplo vacina de bloqueio, que você tem como saber se aquilo saiu de um lugar para outro, como aconteceu com a dengue, que começou no Rio e depois foi para Fortaleza, e se estende a agravos que são epidêmicos. (03, GF01).

Observa-se que, para VE, a informação tem níveis de interesse. Quando cita principalmente o caso da meningite, ela tenta apresentar que existem ações que devam ser realizadas com a participação de outras vigilâncias epidemiológicas – portanto, a partir da informação, é possível gerar uma série de ações, sendo capaz de reverter principalmente em melhorias para unidade hospitalar. E no caso da CCIH, começa a se criar uma nova cultura sobre a importância da informação. Vejamos:

Não é o caso da Anvisa, ela quer estatística [...] ela quer números [...] ela quer indicadores [...] que dados nos temos no país, não pode comparar como o caso dos Estados Unidos que têm o NNISS e pode comparar diferentes hospitais, no Brasil não, eu não consigo, talvez o que ela quer é comparar indicadores, ela vai comprar tudo, não, ela escolheu dentro do SINAIS, como notificação

obrigatória a sepsi primária, ela está ainda no período de pesquisa, esta no segundo ano, ela quer compreender a resistência microbiana no Brasil [...] ela quer compreender qual o perfil de resistência do nosso país [...], e isso eu acho interessante, ela vai buscar na sepsi primária a resistência [...] **isso é diferente de vocês da vigilância epidemiológica que tem ainda uma ação imediata com o transporte dessa doença de um lugar para outro, saber infecção é importante eu quero saber que tipo de que antibiótico estou usando e até que o estou interferido nessa resistência.** (02, GF01).

[...] a vigilância sanitária não está preocupado com colonização, esta preocupada com infecção, quando criou o SINAIS [...] a preocupação é exatamente isso, a CCIH não notificar, **que dados eu tenho do país, qual o índice de infecção do país.** (01, GF01).

Ao buscar as informações das infecções, a vigilância tentou apresentar, com ajuda da vigilância hospitalar, o índice de infecções nacional, embora alguns acreditem ser muito difícil o acesso a esses dados no hospital.

[...] pensou que a **ANVISA*** está tentando retomar essa visão, quando ela cria o SINAIS [...] eu penso que a pretensão dela, mas, que também não tem nos convencido, **porque é de difícil acesso, complicado** [...] mas a intenção é fazer com que os **hospitais se sintam no dever de notificar** [...] e eu quero que vocês notifiquem, mas eu não quero forçar, mas vá de vagar. (02, GF01).

Para outros, essa informação não deveria ser construída desta forma, pois cada unidade tem uma realidade diferente – deveriam investir mais em tentar resolver questões locais.

A CCIH tem que notificar uma serie de coisas, mas que eu acho o que “ela” quer dizer é que o controle de infecção tem uma questão que é local, que vai variar, **não adianta ficar notificando o que vai modificar de uma unidade para outra [...] tem importância local** [...] será que tem importância como uma notificação obrigatória estadual ou federal? Não sei, é uma pergunta como “ela” colocou, se isso foi discutido, existem inúmeras doenças que são importantes, você não tem não só os critérios, mas, **para que você vai notificar, só para uma estatística daquela doença.** (03, GF01).

* Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Mesmo com algumas discordâncias sobre a importância dessas informações, em alguns lugares parecem existir alguns fluxos da informação construída pela vigilância hospitalar para o nível central.

Eu sou obrigada a fazer **a notificação de infecção hospitalar e eu tenho que encaminhar para o nível central** dizendo o meu nível de infecção hospitalar primeiro [...] segundo se essa infecção tem uma causa, como por exemplo cateter [...] e terceiro, quais são os micro organismos, isso da minha parte, porque o laboratório também [...] **então existe o controle, sim.** (08, GF01).

Mesmo com as dificuldades para construir e diferenças entre as vigilâncias na forma e objetivos da informação, a informação construída pela vigilância é importante, mesmo que ainda não consigam reverter em melhorias para a unidade.

Acho que a vigilância é importante, **porque a partir dela nós vamos gerar informação**, a gente percebe pelo controle de infecção o que está acontecendo, não só colhendo dados, mais definindo os eventos, que é uma outra dificuldade muito grande a sabemos que os critérios existem, trabalhamos com o NINS, mas a prática é diferente, **quando estamos analisando os dados para que todos entendam da mesma forma isso é complicado e ao mesmo tempo importante, mas a situação é complicada, você muitas vezes tem o diagnóstico, você sofre com a questão e percebe que as coisas continuam se repetindo novamente, a gente caminha pouco, a evolução é lenta.** (09, GF02).

Hoje os **dados do controle de infecção são muito importantes para avaliação [...]** que a gente chama a **avaliação dos hospitais de ensino, e temos metas a ser atingida e uma delas é o controle da infecção** e existe também tempo permanência e assim por diante, **então a produção dessa informação a pressão para a produção dessa informação, tem sido pesada [...]** mas a **sensibilização de que a informação é igual a recursos humanos [...]**, e agora estamos pensando de entrar na questão radical se não derem recursos humanos não iremos alimentar de informação. (01, GF02).

Observamos que as vigilâncias não integram as informações; ocorre em algumas situações, como nesta fala, torna mais fácil o processo de construção desta informação. Mesmo que de forma limitada e isolada, eles não conseguem perceber a

vigilância hospitalar construindo a informação.

A vigilância epidemiológica atua mais na notificação, agora o controle é a infecção hospitalar que repassa a informação para vigilância e quem faz orientação, a ação de controle é a infecção hospitalar [...] e isso pela tradição porque nós nem pertencemos a mesma gerência. (02, GF02).

Assim, a informação gerada pelas vigilâncias hospitalar tem sido reconhecida como mais uma estratégia para melhorar o sistema de saúde, mas de forma desagregada tal informação é construída entre as vigilâncias hospitalares. Acreditam ter objetivos diferentes e ainda não conseguiram reverter em melhorias tanto no nível local, como no nível central.

4.7.2 Impacto provocado no sistema da informação da vigilância hospitalar

Este reconhecimento da VE em âmbito hospitalar tem aumentado, principalmente por serem capaz de diminuir as subnotificações das DNC na área hospitalar.

Tive que falar em um encontro e apresentar que no **município quem mais notifica somos nós**, hospital da SC, na região, **então é impossível eles não acharem importante, antigamente não se falava de vigilância hospitalar** e eu falo isso por que eu estou há vinte anos. (04, GF02).

No entanto, quando as equipes se encontram integradas, parece ser muito maior o impacto, como mencionado: “atuam de uma forma muito ampla”.

Nos **demais hospitais nem existia**, eram absolutamente silenciosos, nos demais hospitais **começaram a aparecer no que se diz das notificações, depois da implantação do NVH. (03, GF01).**

O espaço físico é uma sala comprida com **vários locais que têm comunicação**, então **quando chegava o caso de meningite todos ficavam sabendo**, então a controle de infecção a vigilância

epidemiológica e a gerência de risco, **atuam de uma forma muito ampla.** (10, GF02).

O sentimento da maior parte dos entrevistados desta pesquisa é de que a vigilância continua na realidade gerando dados, pois a informação que deveria transformar a realidade está longe de acontecer, e quando há uma pequena informação, esta parece não servir para mudar a realidade da unidade para melhor.

O que eu **penso é conseguir fazer exatamente isso, gerar informações, mas o que eu sinto é que está longe disso, tenho um carinho imenso por isso, mas eu percebo é que eu estou usando essa ferramenta somente para gerar dados, apenas algumas informações, e mesmo essas informações não estão sendo utilizadas para nada [...].** (07, GF01).

4.7.3 Dificuldades encontradas para construir a informação

Mesmo diante de tantas discussões feitas no sistema de saúde em prol da descentralização e propostas de se trabalhar de forma horizontal, observa-se que o próprio sistema não permite que a vigilância hospitalar trabalhe as informações de forma horizontalizada, ou seja, discutindo, especialmente dentro da unidade aquelas informações, ou talvez com outras vigilâncias. Observemos estas falas:

O sistema não possibilita se trabalhar de forma horizontal ele impõe alimentação de dados e **informações de forma vertical** [...] imagine quantas horas/ homens você gasta para alimentar planilha para mandar uma série de lugares informação [...] e **a sensação é que existe uma sobrecarga você faz muito com pouco resultado**, ou melhor, produz muito, mas sempre aquém da necessidade [...] **Agora nós temos que incorporar a violência sexual, e nós não temos nenhuma condição em curto prazo de fazer isso** com alguma competência, é muito **complicado no sentido de estrutura de informação**, de busca ativa mesmo, nós nem chegamos perto de notificação de trabalho de diarreia por que não temos fôlego mesmo. (01, GF02).

O que eu penso **que não é somente pegar os indicadores, mas pegar e analisar** e sinto, que falta recursos humanos [...].(09, GF01)

Tem que convencer os caras, de **que conseguir essas informações não é fácil para o sistema de informação [...] no prontuário não tem dados clínicos, eu tenho que ir ao leito do paciente mesmo.** (01, GF02).

De um modo geral, pelas falas aqui apresentadas, parece existir um sentimento de impossibilidade de se atingir os objetivos propostos na informação, por uma série de dificuldades, que vão da imposição do sistema que não discute, somente impõe, até a falta de recursos humanos para construção da informação, o que tem levado *“à sensação [de] que existe uma sobrecarga, você faz muito com pouco resultado”*.

Gostariam que fossem entendidas essas necessidades pelos gestores, pois, inclusive as fontes, como o prontuário, têm uma qualidade muito ruim. Quando possível, têm que buscar a informação diretamente com o paciente, o que aumenta ainda mais as dificuldades para se construir a informação. E o prontuário do paciente, como fonte principal da informação para a vigilância hospitalar, segundo essa entrevistada, se estivesse ligado à clínica, poderia facilitar.

É fundamental para nós que o prontuário médico, é uma fonte fundamental de informação para nós, que esta subordinado a área administrativa e deveria **estar subordinada a área clínica** [...] essas regras deveriam estar mais consensuadas. (01, GF02).

Outra dificuldade encontrada foi a não-descentralização do SINAN para unidades hospitalares. Observa-se que a detenção da informação pode ser uma forma de poder, e acreditam que a não-descentralização do SINAN pode estar ligada à manutenção do poder. Mesmo que obrigatória pela Portaria nº. 2.529/04, ainda não tem acontecido, dificultando para o nível local, quando cria, algumas vezes, um sistema paralelo, deixando de ser um subsistema de VE na informação,

como proposto na portaria citada.

O programa do SINAN não quer implantar nos hospitais o sistema [...] tenta culpar sempre qualquer problema do sistema [...] o grupo da vigilância hospitalar, não admite que o problema é do SINAN, por isso que é difícil, porque o objeto é desconhecido dentro do hospital a vigilância e também desconhecida dentro do município a vigilância hospitalar [...] é claro que agora com o subsistema nós estamos conseguindo ter mais visibilidade dentro da própria vigilância". (03, GF02).

As dificuldades geradas pela falta de integração das vigilâncias parecem não ocorrer somente na unidade hospitalar:

Essa desintegração está acontecendo em quase todos os programas; **na prática ninguém combina nada, não há uma articulação dentro das áreas tanto da secretaria estadual, como da secretaria municipal de Saúde.** (01, GF02).

4.7.4 Formas de divulgar a informação construída pela Vigilância hospitalar

Além da informação enviada pelos sistemas de informação, o único meio aqui mencionado foi o relatório, que muitas vezes é enviado à direção sem uma apresentação ou discussão com as equipes do hospital, onde se poderia apresentar um diagnóstico da unidade.

Nós aprendemos **que o melhor relatório não é aquele consolidado [...]** eu mandava para todas as clínicas antes, os residentes até gostam muito para apresentar em aula, mas o que funciona que passou a ter sucesso é a listagem dos casos [...] eles ficam competindo quem é que tem o índice mais alto de casos. (05, GF02).

Eles **não dão valor aos relatórios**, quando a gente encaminham o relatório para ele, às vezes fica por ali mesmo, **às vezes ele nem lê.** (09, GF01).

O que eu penso, que nós **temos que conseguir analisar toda essa informação para chegarmos a uma conclusão, a gente não tem conclusão de nada, a gente só acha um monte de coisa [...].** (09, GF01).

O grande motivo da falta de divulgação pode estar ligado ao fato de não conseguirem concluir, analisar a informação, dedicando o tempo que têm à busca e alimentação dos sistemas de informação. Portanto, dão a entender que a vigilância hospitalar vem sendo uma forma de repassar da informação, que colhe e repassa os dados, apenas.

4.7.5 A gestão utilizando a informação

Para alguns gestores, a informação pouco representa e parece ser difícil planejar suas ações a partir das informações geradas pelas vigilâncias hospitalares ou pelo sistema de informação.

O uso da informação como retorno do externo para o interno é baixíssimo, mas o uso da informação também de dentro do hospital, também é baixíssima, eu acho que não existe uma maturidade da gestão para uso da informação. (05, GF02).

A não-utilização das informações no nível local, com o objetivo de mudar a realidade, vem sendo apontada como um sinal de imaturidade da gestão. Parece não existir uma cultura de utilização da informação de forma positiva. Por outro lado, a informação pode não ser bem-vinda, aos olhos da direção, quando denuncia uma realidade ruim, pois esta em geral não sabe lidar com informação que aponte falhas de competência na administração da unidade. Desta forma, para alguns gestores com esta cultura, o setor de vigilância hospitalar pode ser visto como um perigo.

A informação está melhor, mas o uso da informação pela gestão ou para gestão [...] isso não, ainda a gente está construindo, está ainda bem na fase inicial [...] existe uma valorização, uma busca de melhores informações [...] mas de fato usar para mudança da gestão [...] estamos longe, o que nós temos é troca de produtos. (01, GF02).

4.7.6 Atualização da informação

Ao mesmo tempo em que se observa falta de utilização, pela gestão, da informação para o planejamento, observa-se falta de discussão dessa informação pela vigilância, quando esta deixa de ter sustentação, principalmente quando utiliza indicadores que não têm muito impacto para o sistema – e mesmo assim não ocorre uma discussão maior, por falta de integração entre as vigilâncias.

[...] não discutimos, [...], o que precisa ser notificado [...] a gente vai criar uma série de indicadores, indicadores e portarias que pouco impacto vai ter nas realidades. (05, GF01).

[...] quais são as doenças que são de notificação compulsória, não são todas, elas são selecionadas sobre um critério, e agora a vigilância sanitária quer notificar todos os eventos adverso, toda infecção hospitalar, isso não é possível, o que eu quero? O que é relevante? [...]. Eles estão criando um sistema de informação sem uma discussão, sem um referencial teórico, eles estão criando um sistema de informação sem ter uma discussão anterior [...] imaginar que toda infecção hospitalar seja uma notificação compulsória é impossível. (03, GF01).

Observa-se que, de um modo geral, a informação não tem sido atualizada, principalmente quando as vigilâncias não reavaliam a relevância, eficiente, eficaz destas informações. A cada dia vêm surgindo novos indicadores sem uma avaliação de sua importância, até porque temos um elenco de indicadores, que tem trazido pouco ou nenhum impacto para o sistema de saúde.

4.7.7 Informação entre as vigilâncias hospitalares

[...] um surto de varicela que epidemiologia detectou e de repente a gente percebeu que cada um estava agindo de uma forma que a gente sabe é que tem que ter uma ação únicas [...]. (01, GF01).

O controle de infecção colocou uma ordem completamente oposta que foi um caos. (05, GF01).

A informação entre as vigilâncias praticamente não existe, e a falta de comunicação tem trazido prejuízo ao sistema, situação que tem sido diferente nas unidades em que as vigilâncias se encontram integradas: *“qual é o diagnóstico que nós temos daquele território em mãos para que possamos reorientar nossas práticas”* (04, GF01).

Para eles, a falta de um diagnóstico da unidade faz com que não tenham dados para analisar e reavaliar suas práticas. Percebem, assim, a necessidade de um trabalho integrado, mas deixam de perceber o todo, limitando a forma de atuações e provocando pouco ou quase nenhum impacto na unidade.

4.7.8 Participação de outras comissões como apoio na construção da informação

Em algumas regiões, a vigilância da qualidade dos registros hospitalares, especialmente os prontuários dos pacientes, tem sido feita pela equipe de Revisão do Prontuário, bem como análise dos óbitos, em especial os de causa mal definida, que tem sido realizado pela Comissão de Análise de Óbito, comissões regulamentadas pela Resolução SES/RJ nº 1.342/99, além de outras. Essas equipes têm feito parte da vigilância hospitalar, trabalhando de forma integrada na construção da informação, como podemos observar nas falas abaixo:

A comissão de prontuário já funcionava muito bem e abraçou a proposta do núcleo, a comissão de óbito só atuava como auditoria quando eram solicitadas, mas também se integrou ao núcleo e se organizou [...]. (07, GF01).

Penso que todas essas áreas que mexem com informação, que tem atuação vigilância, como gerência de risco, monitoramento de indicadores, tem núcleos que mexem com a análise de interpretação da informação, ela **está articulada** [...] mas a CCIH que mexe com ação de controle, ela tem uma visão muito diferente, ela tem muita dificuldade de fazer parte desse núcleo [...] ela se considera uma coisa muito específica. (01, GF02).

Encontramos a facilidade de outras comissões, que muitas vezes não utilizam o método de vigilância, mas têm participado de forma integrada, ajudando a construir melhores diagnósticos da unidade, enquanto a CCIH parece não reconhecer a necessidade de integrar os saberes e juntos analisarem os dados, construindo melhores possibilidades de identificar os riscos na unidade hospitalar.

4.7.9 O sanitarista como inimigo do povo

Em muitos momentos, os administradores querem a informação para apresentar seu sucesso, e não situações descobertas de coisas aberrantes, problemas a serem trabalhados. Querem trabalhar com o planejamento, situação que sempre os sanitaristas vão enfrentar, pois as informações têm outros objetivos. Portanto, apresentar estas situações sempre é perigoso, porque não documenta o sucesso dos administradores, por isso os dados são mantidos com algum receio, e quando há uma equipe que se propõe a construir a informação com um novo olhar nesta área, muitas vezes ela não é bem-vinda, há o receio de ver esse trabalho. O sanitarista pode ser visto muitas vezes como o inimigo do povo.

Alguns municípios com certeza, **não querem que funcione** a vigilância hospitalar. (03, GF01).

Era colocado para nós que a comissão não fazia parte do núcleo, para gente não se meter, que não fazia parte do núcleo sim e isso era colocado verbalmente, cheguei a ser impedida de escrever no prontuário[...]. (03, GF01).

Uma colega **nossa que não está aqui, de um núcleo de vigilância** que foi impedida de, **se eu não tivesse visto talvez não acreditasse**, que a direção do hospital escreveu em uma ficha de óbito materno, para o núcleo não notificar, isso é crime, **existe uma portaria que o médico ou qualquer um tem obrigação de notificar, sabe por que, problemas no município, o município tem uma serie de falhas e que não quer que estas falhas sejam mostradas** [...]. (03, GF01).

Relatos como estes nos mostram a importância de insistirmos na construção da informação, cada vez com mais qualidade, desse sistema de saúde.

4.8 Atitude dos profissionais diante da proposta de vigilância hospitalar

No último módulo do grupo focal, tivemos como objetivo conhecer a atitude dos técnicos quanto aos sentimentos e o que eles pensam sobre vigilância hospitalar. O que sentimos e pensamos, que é nossa atitude frente a uma situação, está relacionado com nossas crenças e valores sobre esta situação: *“Ao falarmos em vigilância, o que você sente e o que você pensa quanto à prática, a sua prática como técnico que se envolve na vigilância hospitalar, pensando na diferença entre o discurso e a prática?”*

A) Quando perguntamos ao primeiro grupo focal o que eles “pensam” sobre vigilância na sua prática, eles responderam:

Vigilância é muito importante, e vigilância da saúde do hospital é vigilância mesmo. Dos pacientes e profissionais que estão ali expostos aos riscos no território hospitalar.

Que vigilância não é só vigiar como um policial. Incomoda ver a vigilância somente como coleta de dados, pois o que leva ao prazer e realização é conseguir analisar os dados e gerar informação para uma ação que possa mudar a realidade de nosso sistema de saúde. No entanto, o que tem conseguido é gerar informação que não leva a mudança alguma.

Uma das estratégias para mudar isso seria a tentativa de aproximação da gestão, tanto local como central, que poderia acompanhar os trabalhos. Outra seria

a educação permanente (com a aproximação das vigilâncias), que conseguisse aproximar as vigilâncias.

Mas não podemos perder o gás. É muito bom ter parceiros bons para se trabalhar. Isso anima, pois não se vê trabalhando sozinha e acredita que se houve algum crescimento no hospital, isso se deve à vigilância.

Acreditam que vigilância é fundamental, porém caminha-se pouco. Anos caminhando, com os mesmos problemas.

Enfim, pensam que gostariam de integrar as vigilâncias para fazerem melhor, mas não sabem qual o caminho para chegarem a essa integração.

B) Quando perguntamos o que “sentiam” sobre a vigilância que vem realizando, sua expressão foi:

“Sinto que ambos (as vigilâncias), estão tentando dizer o que é vigilância”. Sentem um enorme prazer em poder trabalhar com vigilância no hospital, gostam muito de fazer isso. Sabem que existem muitos obstáculos, porém os obstáculos fazem parte da profissão de sanitaristas. É um enorme desafio e ao mesmo tempo um sonho poder alcançar o que se pretende.

Apresentam uma relação estreita entre vigilância hospitalar, obstáculos, estresse e frustrações. Às vezes, um sentimento dúbio (prazer e angústia caminham juntos): angústia por não poderem estar melhor e sentem que a gestão é responsável por tal frustração, principalmente por indicadores ruins, que poderiam estar melhores se a gestão estivesse preocupada com esses resultados. E o prazer por estar realizando uma atividade de relevância para a melhoria do sistema de saúde, prazer com comprometimento, envolvimento profundo com a proposta.

O sentimento de que é um setor estratégico, mas os profissionais não têm importância para reorganizar o processo de trabalho no hospital, com pouca visibilidade, precisando de uma injeção de ânimo para realizarem sua função, pois se sentem desanimados e com falta de articulação.

Estou endurecendo meu coração, perdendo a ternura e não vivo sem amor. (08, GF01).

Sinto, ambos tentando dizer o que é vigilância, que vigilância não é polícia, vigilância vigia a situação tão caótica que estamos vivendo, nenhuma época os problemas são tantos, graves e me incomoda, até porque, pela formação em terapia intensiva me incomoda essa vigilância de coleta de dados, para mim vigilância é informação para a ação, se tiver que ter somente informação sem ação eu prefiro fazer pesquisa, então eu acho que para fazer algumas coisas eu tenho que agir antes (05, GF01).

Parece existir a necessidade de serem compreendidos em sua função, e conseguir intervir diante de um quadro grave da saúde, pois vigilância é “informação para ação”. Se não puder ser assim, é mais interessante trabalhar somente com pesquisa e não ficar tendo que alimentar uma série de bancos de dados, se este tipo de informação não trouxer resultados de melhoria ao sistema de saúde. Por outro lado, nesta fala:

Nós temos que conseguir analisar toda essa informação para chegarmos a uma conclusão, a gente não tem conclusão de nada..., a gente só acha um monte de coisa. O que eu sinto, me sinto às vezes o investigador policial..., saio pegando um monte de coisa para chegar a um determinado fim, às vezes me sinto um verdadeiro investigador policial e isso não tem nada a ver com a investigação policial. (06, GF01).

Existe um comprometimento com sua função; quando se angustia ao não conseguir dar conta da análise dos dados e poder gerar informação para uma mudança; percebe que não tem conclusão de nada, mostrando a fragilidade da

vigilância, pois só consegue trabalhar em função de colher dados, deixando de exercer o que realmente a vigilância deveria realizar. E também nesta fala:

Penso que não é somente pegar os indicadores, mas pegar e analisar [...]. Sinto que faltam recursos humanos, não adianta em um grande hospital somente duas pessoas com 500 leitos, tentar fazer vigilância de infecções e a secretaria quer que a gente faça pelo menos nos setores fechado..., é muito complicado..., sinto que falta muito recurso humano para trabalhar. (09, GF01).

Parecem estar cansados da forma como estão sendo forçados a desenvolver sua função, e não gostam quando esta pressão vem de forma verticalizada, pois a secretaria cobra o repasse dos indicadores, da mesma forma para todas as unidades, sem avaliar as condições da estrutura de cada uma. Para eles, o importante seria conseguir analisar os indicadores, trazendo um diagnóstico para a unidade, pois as informações que são repassadas para a secretaria, além de não provocarem nenhuma ação, também não recebem nenhum retorno em forma de análise para a vigilância da unidade. Sentem, no entanto, ser a falta de estrutura a causa principal, para realizar melhor suas funções.

Segundo a fala abaixo, as dificuldades são grandes, mas o entrevistado acredita serem outros os problemas.

Acho que a vigilância é importante, porque a partir dela nós vamos gerar informação..., a gente percebe pelo controle de infecção o que está acontecendo, não só colhendo dados, mais definindo os eventos, que é uma outra dificuldade muito grande, sabemos que os critérios existem, trabalhamos com o NNISS, mas **a prática é diferente, quando estamos analisando os dados para que todos entendam da mesma forma, isso é complicado, e ao mesmo tempo importante**, mas a situação é complicada, você muitas vezes tem o diagnóstico, você sofre com a questão e percebe que as coisas continuam se repetindo novamente, **a gente caminha pouco, a evolução é lenta. [...] Eu sinto que eu adoro, estou nisso há mais de vinte anos, sinto prazer muito grande, mas a angústia passa também muito forte, a gente não conseguir estar melhorando a situação daquela unidade.** (02, GF01).

Acredita na importância da vigilância pela condição de gerar informações, mesmo que os métodos que vem utilizando para gerar tais informações levantem muitos questionamentos. Mesmo assim, as condições de saúde na unidade não mudam, os problemas levantados a partir da análise sempre são os mesmos, e se existe alguma evolução, é muito lenta. Percebe que diante de tão poucos resultados alcançados, mesmo com a informação, tem-se gerado muita angústia, mas o que a mantém na vigilância é o fato de sentir que adora o que faz, que lhe dá muito prazer, apesar de tudo.

Para muitos, a necessidade de gerar informação tem sido uma angústia:

Penso em conseguir fazer exatamente isso, **gerar informações...**, mas o que eu sinto é que está longe disso..., tenho um carinho imenso para isso, mas **eu percebo é que eu estou usando essa ferramenta somente para gerar dados, apenas algumas informações e mesmo essas informações não estão sendo utilizadas para nada...** Eu sinto que eu estou endurecendo, estou perdendo a ternura, eu espero que esse panorama mude, porque se não, eu não sobrevivo sem amor. (07, GF01).

O compromisso mais uma vez apresentado com o serviço é grande da parte dos técnicos que atuam na vigilância hospitalar, pois existe a preocupação de gerar mudanças no sistema, o que vem acontecendo de forma muito tímida. Para alguns, a informação não tem servido para nada: *“sinto que eu estou endurecendo, estou perdendo a ternura, eu espero que esse panorama mude, porque se não, eu não sobrevivo sem amor”*. (08, GF01).

Da forma como está, é muito difícil trabalhar nesta função, e espera que esta realidade mude rápido, pois começa a sentir-se fria, endurecida ou talvez descrente disso tudo, para eles é necessário amar para conseguir trabalhar, e sente que está perdendo o amor da sobrevivência. Mesmo que pareçam lutar.

Penso que não podemos perder o nosso gás, porque é muito bom, é muito bom quando se tem parceiros bons... Eu não me vejo sozinha... Eu me vejo com os meus amigos de trabalho, quando penso no que faço eu penso nos amigos que trabalham comigo, e na equipe com o epidemiologista, o núcleo está lá, mas ele está conosco, quando penso na vigilância hospitalar eu **penso que aquele hospital não estaria como está se não fosse a vigilância [...] penso que é possível... Eu não sei qual o caminho melhor, eu gostaria de poder integrar para fazer melhor. Agora o que eu sinto, o sentimento dúbio [...] Quando em 2004 eu via que o produto do meu trabalho trazia indicadores belíssimos, hoje eu estou em um momento que quando eu vou para o meu trabalho não sinto vontade de fazer nada... Porque hoje os meus indicadores são terríveis, por quê? O que aconteceu? **Não quero voltar para gestão, mas parece que a gente volta nas mesmas discussões** e isso me faz sentir, será que eu ainda agüento mais quatro anos até me aposentar... Estou na contagem regressiva, eu quero ir embora e só ficar dando aula... Mas **claro que vale a pena... é um sentimento dúbio.** (02, GF01).**

Parece acreditar, mais do que simplesmente pensar, que devemos continuar lutando mesmo diante de tantas dificuldades, pois tem-se mantido por muito tempo diante desse quadro. Declara que a equipe com quem trabalha tem feito toda a diferença, e o trabalho em equipe é importante, pois ninguém trabalha sozinha, além do que, se a unidade tem melhorado em algo, isso se deve aos trabalhos da vigilância. Portanto, é possível uma integração, embora não saiba qual o melhor caminho, mesmo acreditando em "integrar para melhorar".

Tem sentido, no entanto, um conflito entre o prazer, a paixão e o desânimo, a falta de crença, pois sente que seus indicadores não são mais os mesmos. Responsabiliza a gestão por isso, e parece não agüentar mais as mesmas discussões, quando só pensa em sair e fazer outra coisa, como continuar dando aula – portanto tem enfrentado um duplo sentimento.

Isso me faz sentir, será que eu ainda agüento mais quatro anos até me aposentar [...]. Estou na contagem regressiva, eu quero ir embora e só ficar dando aula, mas **claro que vale a pena... É um sentimento dúbio.**

Nesta fala, porém, parece ter outra atitude diante dos mesmos problemas:

Penso que em qualquer vigilância, é vigiar para agir [...] claro que já tive altos e baixos, mas, o que eu sinto, quando falo em vigilância hospitalar é um prazer enorme, eu adoro fazer isso e os obstáculos quando me causam no primeiro momento um pouco de desconforto daqui a pouco passa a ser um desafio [...] é um vício [...] mais vai, além disso, como se fosse um sonho [...] sabe quando a gente está na vigilância que se tem um desafio a gente começa a sonhar é claro, sabe que alguns momentos eu já me senti bastante desestimulada [...] mas, esses momentos são poucos [...] essa é uma característica minha, quando tem que caminhar para algum lado nunca é o da tristeza e sim da agressividade [...] essa marca minha está em todos os lados de minha vida, portanto, quando penso num obstáculo e quando eu penso em vigilância hospitalar é muitas das vezes um obstáculo, porque eu lido com coisas que precisam ser solucionadas o tempo inteiro [...]. No início eu me estressava muito, eu vou fazer seis anos, mas mudou um pouco, **quando eu mudei a visão de que os obstáculos fazem parte da profissão [...] sabe o policial quando tem que se estressar para subir o morro, eu para ser sanitarista, eu tenho que assumir certas questões como os obstáculos, as frustrações [...].** Eu tenho 17 anos de formada, mais seis na vigilância, eu não sei se daqui a 14 anos eu vou estar com todo esse gás, mas tomara que sim... Porque eu prefiro o caminho da agressividade [...] isso é o que sinto, quando eu falo, quando eu ouso, ou quando estou lá fazendo vigilância hospitalar. (03,GF01).

Depoimentos como este são muito emocionantes, saber que temos na vigilância pessoas que têm lutado, pois percebem ser esta sua função. Mesmo não estando isentos de se sentirem algumas vezes desanimados, cansados, conseguem reverter em desafio para continuar lutando pelas mudanças que devam ocorrer. Essa luta é motivada por uma enorme paixão pelo que fazem, esta paixão é tão grande que passa a ser um sonho, um sonho de que algum dia este quadro da saúde será diferente.

Portanto, pensar em obstáculo é pensar em vigilância hospitalar: “quando penso num obstáculo e *quando eu penso em vigilância hospitalar é muitas das vezes um obstáculo, porque eu lido com coisas que precisam ser solucionadas o tempo inteiro*”.

Para eles, é função da vigilância tentar solucionar os problemas. Portanto, ficar se deprimindo por encontrar tantos problemas é não estar preparado para esta função. Para eles, a vigilância é isso. Vejamos a confirmação:

No início eu me estressava muito, eu vou fazer seis anos, mas mudou um pouco, **quando eu mudei a visão de que os obstáculos fazem parte da profissão [...] sabe o policial quando tem que se estressar para subir o morro, eu para ser sanitarista, eu tenho que assumir certas questões como os obstáculos, as frustrações [...].**

Esta também é uma forma de ver as coisas na vigilância, pois esperar que os outros solucionem tudo para nós é não ter a real visão da função da vigilância, e muitas vezes é pela força, pela iniciativa, é pela paixão, como ela diz: “eu prefiro o caminho da agressividade..., isso é o que sinto, quando eu falo, quando eu ouso, ou quando estou lá fazendo vigilância hospitalar”. Mesmo que alguns ainda se encontrem em conflitos, como nesta fala:

Penso que vigilância da saúde hospitalar é vigilância da saúde mesmo, dos pacientes, dos profissionais que estão constantemente expostos ali dentro do território hospitalar [...] eu sinto setores extremamente estratégico, importante, dentro da unidade, mas muito pouca visibilidade [...] em que os profissionais não tem importância nesse setor para reorganizar o processo de trabalho do hospital [...] como diferente das demais, eu estou extremamente desanimada [...] eu estou no momento em que tenho muito mais momentos de desânimo do que de ânimo [...] em pensar que daqui um mês eu estou entrando de licença isso me deixa empolgada, eu estou entrando no núcleo central de vigilância hospitalar da secretaria estadual e fico imaginando lá, fico pensando quais estratégias que poderia me dar mais ânimo [...] eu acho que a gente precisa de uma injeção de ânimo muito forte [...] talvez educação permanente de estratégias de aproximação com a direção, também com o nível central com a gente para acompanhar o processo de trabalho, para se fazer mais próximo, mais perto, acho que são inúmeras as estratégias que precisam ser pensadas [...] no momento eu estou em total desânimo pela falta de estratégia interna e pela falta de articulação. (04, GF01).

Diferentemente dos outros entrevistados deste momento, percebe ser a vigilância um ponto muito importante, devendo ser organizada a partir do conceito de vigilância da saúde. Este permitirá melhorar sua atuação, mas vem se apresentando muito pouco estratégico, sem ser percebido por outros, sentindo-se pouco valorizado em seu saber, que poderia contribuir muito para melhorar a qualidade da unidade:

[...] diferente das demais, eu estou extremamente desanimada [...], eu estou no momento em que tenho muito mais momentos de desânimo do que de ânimo [...] estou entrando no núcleo central de vigilância hospitalar da secretaria estadual e fico imaginando lá, fico pensando quais estratégias que poderia me dar mais ânimo [...] eu acho que a gente precisa de uma injeção de ânimo muito forte.

Diferentemente de outros, nesta fala, a entrevistada vem sentindo um grande desânimo ao trabalhar com a vigilância, mas parece buscar uma motivação, quando tenta pelo nível central como recém-chegada no setor, mudar a realidade da vigilância hospitalar; tenta encontrar saídas diante deste quadro, que para alguns tem sido caótico, difícil, desanimador:

Eu acho que a gente precisa de uma injeção de ânimo muito forte [...] talvez educação permanente [...] de estratégias de aproximação com a direção, também do nível central com a gente para acompanhar o processo de trabalho [...] para se fazer mais próximo, mais perto, acho que são inúmeras as estratégias que precisam ser pensadas.

Sente que muitas estratégias precisam ser pensadas para conseguir reverter este desânimo, e acredita que uma delas é tentar a aproximação em todos os sentidos, mas talvez a principal forma desta aproximação, como estratégia para fortalecer a vigilância, será pela “educação permanente”, além de outras, mas dando a entender que é necessário buscar de alguma forma.

Portanto, prazer em fazer vigilância é o sentimento maior destes

entrevistados. Desestímulo e necessidade de integração são grandes preocupações. A angústia é consequência da falta de governabilidade para resolver a grave situação da Saúde.

C) No grupo focal 2 foram feitas as mesmas perguntas: o que eles pensavam sobre a vigilância quanto a sua pratica, e o que eles responderam foi:

Vigilância não é somente preencher ficha e nem somente vigiar, mas sim para ajudar a melhorar o sistema de saúde.

A vigilância deveria desenvolver mais pesquisa, ter uma inteligência mais oportuna, e os núcleos deveriam investir mais no ensino. Entretanto, é um setor muito importante, que tem evoluído muito, com uma maior valorização, pois o hospital, como o Ministério da Saúde, já está enxergando, dando maior apoio, principalmente através do financiamento, que tem ajudado a melhorar a estrutura.

Há percepção de que a epidemiologia tem melhorado em todo país, pois existe uma busca maior da informação. Mas é necessário estar atualizada e ter um bom envolvimento com todos do hospital. Acreditam que é a parte mais gostosa de se trabalhar, mesmo sendo uma área nova e específica, agrada muito em trabalhar na vigilância hospitalar. Acham que hoje as pessoas têm buscado se integrar, e ficar junto com a CCIH é muito bom.

D) O que elas sentem quanto à vigilância na sua pratica?

Que valeu a pena trabalhar nessa área, pois tem melhorado a cada ano, e que tem cumprido sua missão, hoje não dá mais para segurar, pois tem evoluído muito a vigilância dos hospitais – prova disso são os cursos de pós-graduação

específicos para a área.

“Quando se gosta faz toda diferença”. Pelo fato de trabalharem na vigilância, os profissionais da CCIH se sentem mais importantes na nova função, pelo reconhecimento de seu trabalho e por serem solicitados. Existem problemas, mas acabam sendo gostosos de se levar. Sentem-se contentes, mas cansadas, repetindo as mesmas coisas há anos, e pelo fato de não terem governabilidade para resolver uma série de coisas que precisavam ser resolvidas.

A falta de recursos humanos é uma das coisas que tem incomodado muito e esperam chegar a ponto do devido valor. Sentem hoje que existem pontos que deveriam ser integrados entre as vigilâncias, e outros acreditam que não dá mais para trabalhar sozinho: “Não conhecia o trabalho do núcleo e agora acho que as pessoas estão tentando se integrar”.

Penso que a vigilância hospitalar é a parte mais gostosa para se trabalhar, que eu gosto [...]. Sinto que valeu a pena, porque eu sinto melhoras a cada ano [...]. Eu pretendo me aposentar daqui a dois anos e estou **saindo feliz, cumpri a missão [...]. Estou deixando gente que vai fazer a coisa bem feita [...]. eu me sinto muito feliz fazendo isso e gosto muito.** (04, GF02).

O entrevistado parece descobrir ser a vigilância a melhor parte de se trabalhar no hospital, principalmente porque acredita nas melhoras a cada ano, quando sair sabe que vai continuar muito bem o que construiu, e apresenta um sentimento de felicidade pelo que faz.

Estou há dois anos na vigilância **e gosto demais, acho que é um setor que você tem que gostar, quando você gosta, faz diferença [...]. eu percebi quando eu era enfermeira da enfermaria, eu não sentia que minha opinião tinha muito valor e agora estando na vigilância eu me sinto pessoalmente mais importante [...].** eu sinto que as pessoas comentam, vem até mim para tirar dúvidas, isso enche meu ego e para mim é maravilhoso, eu adoro trabalhar [...]. **e agora vamos ficar junto com controle de infecção, e espero que seja ótimo, por que vai ser uma nova experiência.** [...] Essa parte

da vigilância em todos os sentidos, precisa gostar de todas as pessoas, fazer a diferença sim [...] e **os problemas acabam sendo gostosos de levar, independente da dificuldade.** (07, GF02).

Acredita que o profissional, para trabalhar nessa área, tem que gostar muito, e isso faz a diferença para o enfrentamento das dificuldades; diferentemente de outros, se sente valorizada nesta função, o que não sentia também quando na função de enfermeira de enfermaria, pois as pessoas hoje solicitam seu parecer, sua opinião e isso a leva a ter um sentimento de importância pelo que faz. Tem um sentimento positivo na integração das vigilâncias, pois acredita que vá ser uma experiência muito boa.

Outra questão em que acredita, nesta fala, a importância dos técnicos terem um bom relacionamento com todos da unidade – assim fica mais fácil superar os problemas, mais leve.

Acho que a vigilância hospitalar é uma área nova, vejo como uma perspectiva de linha bem específica mesmo [...] tem estudado também sobre vigilância hospitalar e tenho como uma questão de pesquisa e **não consigo voltar a fazer vigilância a não ser no hospital...**, tem uma dinâmica e uma especificidade que me agrada muito e tem a questão também da clínica que a gente sempre gostou muito. [...] Sinto só um certo cansaço atual pelo fato de observar que a vigilância municipal até mais do que estadual estamos tendo um certo retrocesso na visão da vigilância antiga [...] então cada turma, pessoal da tuberculose, vai lá e é um tormento, pessoa da Hanseníase vai lá e atormenta, um certo retorno a visão de programas muito vertical e isso me cansa, porque parece que a gente tem que provar de novo que a questão deveria estar integrado no serviço [...] então essa coisa de retrocesso é uma coisa que não me agrada, ter que brigar com os programas [...]. Esta coisa **de falta maior investimento em recursos humanos**, porque a questão de recursos materiais está bom, mas não adianta termos recursos de materiais se não tivermos recursos humanos..., eu **sinto é que nós temos alguns desafios, não de pequena monta, que temos que enfrentar, acho que não é só da integração...** (01, GF02).

Além de acreditar ser uma coisa nova, acredita ser algo muito específico, e tem o sentimento de não conseguir mais trabalhar em vigilância se não for no hospital, pela especificidade e pela questão clínica, de que gosta muito. Vem, no entanto, se sentindo cansada ao perceber e lutar com os programas contra a visão de retrocesso da vigilância nas secretarias de Saúde, além da falta de investimento em recursos humanos. O sentimento de satisfação ao trabalhar na vigilância é mencionado por quase todos os entrevistados.

Estou bem **satisfeita com o que eu faço [...] já estou fazendo isso há bastante tempo [...] essa coisa de estar sempre precisando da gente para informações deixa a gente sempre bem, no sentido de achar que a gente está atualizada e que vai resolver de alguma forma isso [...] é uma coisa que me deixa bem, essa coisa de poder ajudar na formação dos profissionais e poder ajudar a força de trabalho...**, nos deixa muito bem realizado [...] sem falar que nós temos o tempo inteiro que nos temos que **estar atualizando**. (08, GF02).

A realização é o sentimento mais forte apresentado por quase todos os entrevistados, pois sentem a valorização por sua competência. São procurados pela equipe clínica, por acreditarem ser capaz de resolver os problemas da unidade, além de que para eles é muito bom poder participar da formação dos profissionais, o que ajuda na busca de sua atualização, pois acreditam ser obrigação de todos que trabalham na área.

Sou bióloga e trabalhava no laboratório, ficava trancado o tempo inteiro e trabalhava o tempo inteiro sozinho, sentia muita vontade de poder interagir com as pessoas, de trocar idéias, **de me sentir mais útil [...] de forma imediata, quando eu entrei no controle de infecção conseguia satisfazer esta necessidade, você é chamado o tempo inteiro para ajudar de alguma forma, você tem que pesquisar, você tem que estar a atualizado e ser bom...** Eu acho que tem gente que busca alguma coisa mais além daquilo que está ali, esbarra naquelas questões, de ter mais recursos, você tem que dar uma bronca sabendo que aquilo não é o melhor para o paciente, mas de um modo geral eu acho que eu consegui me encontrar profissionalmente e acho que é um lugar, que não só você cresce profissionalmente, mas faz muitos amigos [...] que encontra

muitas pessoas que defendem esta mesma bandeira, como hoje [...] encontra-se com pessoas que pensam como você, que enfrenta os mesmos problemas” [...]. Eu estou satisfeita com controle de infecção, eu não conhecia muito o trabalho do núcleo e agora eu vejo esse trabalho de epidemiologia e acho que é o que você falou, está havendo uma busca por esta integração, existe uma busca para esse trabalho conjunto, bem eu **me sinto contente**. (02, GF02).

Novamente, o sentimento forte de realização, por se sentir valorizada, o que traz o prazer da busca de sua atualização, e mesmo sabendo que terá de enfrentar problemas como a falta de recursos humanos, isso não parece impedir a realização de seu trabalho com prazer. A possibilidade de fazer amigos nessa área é algo muito bom, principalmente quando descobre que defendem a mesma bandeira. Não conhecia o trabalho da vigilância epidemiológica, mas acredita que está havendo uma busca na integração dessas vigilâncias, o que muitos acreditam ser bom.

Sou do controle de infecção **e penso que as coisas estão melhorando na questão da epidemiologia, não só em São Paulo como em todo país [...], busca por dados epidemiológicos**, principalmente no controle de infecção, há mais o menos dez anos, começou a união, a se ter o trabalho mais coeso e direcionado, em vigilância eu estou começando há pouco tempo, mas eu acho **que a tendência é melhorar, porque os núcleos estão procurando ter um direcionamento e não dá para trabalhar isolado, dentro do núcleo [...], já foi a época em que cada um era dono do seu nicho e fazia o que queria, não é assim**, as vezes o que está fazendo mal para o meu paciente é um produto que eu não tenho nem idéia então em termos de epidemiologia se pensar em grupo, ninguém consegue fazer o serviço bom sozinho. (10, GF02).

Acredita que o trabalho em conjunto é mais que necessário hoje, pois não é possível a pessoa trabalhar isolada, não só pela complexidade dos problemas, mas pelo crescimento da epidemiologia nesta área em todo país. De um modo geral, apresentam a percepção do crescimento na área.

Sou otimista e acho que com o **longo dos anos houve na vigilância uma grande melhora, que agora tem o núcleo, que tem estrutura e que consegue se articular com outros**, embora tenha tido alguns problemas ao longo desse trajeto, eu acho que esse **curso de**

especialização que está acontecendo agora é o reflexo que vem crescendo e que não dá mais para segurar, acho que mais pessoas também estão achando importante. (05, GF02).

Para eles, a vigilância vem sendo percebida como importante, e prova disso é o curso de especialização – acredita que o crescimento da vigilância ninguém mais segura, como a fala a seguir:

Caí na vigilância por um acaso, eu sou pneumologista e sempre trabalhei com tuberculose, é uma coisa que eu não conhecia, comecei a aprender na raça, e aos poucos nós conseguimos fazer um monte de coisa, aos poucos nós fomos mostrando que **nós não estávamos ali para vigiar e sim para ajudar, e comecei a gostar disso também, tem muita coisa para aprender**, só estou trabalhando há quatro anos, mas **acho que vigilância é importante, e aos poucos o hospital está enxergando nosso trabalho e o ministério também. (06, GF02).**

Sente que gosta muito do que faz e acredita no crescimento e reconhecimento da vigilância pela unidade hospitalar e pelo Ministério da Saúde, mas percebe que tem muito para aprender ainda. Alguns, no entanto, não apresentam o mesmo pensamento:

Sinto ao mesmo tempo em que me **sinto contente, me sinto cansada, pelo fato de estar repetindo a mesma coisa há anos e não vejo outra saída**, até porque trabalhamos com alunos o tempo inteiro e o chefe pega no pé dos residentes para notificar, eu **fico contente por ser reconhecida, quando eu dou aula as pessoas me conhecem principalmente quando fala em vigilância epidemiológica**, como pessoa do serviço, não, **a sensação que eu tenho é que se eu morresse hoje não deixaria nada, o que penso é que a gente evolui no momento em que os problemas existem, porque os problemas cada vez vão ser maiores, eu sinto que não tenho governabilidade para resolver uma série de coisas. (04, GF02).**

Um sentimento dúbio de realização e ao mesmo tempo frustração e cansaço; sente não ser reconhecida a vigilância e que não construiu nada, mas acredita que de um modo geral evoluiu. Sente-se impotente diante da falta de governabilidade

para resolver os problemas que surgem; parece um sentimento de falta total de realização diferente de outros, o que pode ser algo muito local.

A situação é completamente diferente em outros casos:

Eu faço controle de infecção há muito tempo e **acho que evoluiu muito em termos de reconhecimento, de valorização, pois acho que o hospital que investe em qualidade só tem a ganhar**, o que me faz às vezes **sentir um pouco desanimado, pela questão de recursos**, porque você investe em programas de treinamento aí você vai ver, está faltando um monte de coisas [...] mas no geral eu acho que é **algo muito gostoso de fazer e tem que estar sempre se atualizando e ter contato com o hospital como um todo, acaba se envolvendo nas mais diversas situações, eu acho que vem evoluindo, espero que a gente chegue ao ponto que tenha o devido valor.** (09.GF02).

Mesmo diante de alguns problemas, existe o sentimento forte de valorização que percebe que vem crescendo; acredita que chegarão a ponto de uma valorização total, pois é assim que vê a vigilância, muito importante para o hospital, e a atualização dos técnicos é fator importante para a valorização. Para muitos técnicos, é natural que, ao conhecerem a vigilância, gostem muito.

O que eu penso da vigilância nesses dez anos de trabalho é que é **uma área muito importante, quando a gente coloca isso para as pessoas é natural que elas gostam [...]** temos uma experiência de R3, aí elas têm a oportunidade de conhecer que vigilância é **muito mais do que preencher fichas e quando o controle de infecção faz vigilância é uma ação muito fragmentada**, porque eles não têm o conhecimento da comunidade, e no Emílio embora não tenham uma verdadeira integração, são serviços separados, **existem pontos de integração.** (03, GF02).

Para eles, a vigilância é muito importante na área, mas ainda existe uma ação diferenciada entre as vigilâncias, ao utilizarem os mesmos instrumentos, o que talvez dificulte maior aproximação. Como também existe, para alguns, a necessidade de melhor desenvolver a pesquisa e o ensino – todos os núcleos deveriam investir mais:

Acho que no **sentido de pesquisa a gente precisa se desenvolver mais [...]** o trabalho cansativo do dia-a-dia é um serviço que tem stress **por que você tem que ver de tudo, todo o tempo** e também quanto à **inteligência, poder ser oportuno e no ensino ter a oportunidade é uma oportunidade que todos os núcleos deveriam investir.** (07, GF02).

Existe, no entanto, o sentimento de estar cansada pela rotina do serviço, e parece não perceber que a rotina pode ser a única coisa que vem realizando, por falta de criatividade para outras atividades, tão ou mais importantes, como menciona.

***Tudo o que dá prazer
dura só um momento,
Tudo que nos aflige
é só por um momento,
Somente o que é eterno tem importância***

Três inscrições na Catedral de Milão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seguir apresentaremos considerações provocadas pelas reflexões aqui apresentadas, a fim de entender os possíveis conflitos políticos e técnicos que dificultam um trabalho integrado das vigilâncias que atuam em âmbito hospitalar. Tomamos como foco o processo de trabalho do Núcleo de Vigilância Epidemiológica nos hospitais e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, quando percebido...

O momento mágico...

Assim identificam esse momento, os profissionais da vigilância hospitalar, quando somente hoje nasce a possibilidade da percepção de um trabalho em conjunto entre as vigilâncias hospitalares. Algumas vigilâncias têm conseguido sentar e discutir situações relacionadas à necessidades de reorganizar suas práticas. No entanto, esse momento foi possível quando os técnicos mudaram sua percepção sobre a vigilância, e somente pela vontade dos técnicos, sem a imposição de gestores. Exclusivamente a partir da vontade dos profissionais da vigilância hospitalar, estes vêm desenvolvendo essa percepção sobre novas formas de realizar sua prática.

Não é tão fácil encontrar ações que venham a ser estruturantes na VH, quando *“ainda não foi definido o que é comum a todos”*²⁰. Assim, encontrar formas de mudar os caminhos neutralizados, com uma nova visão quanto aos objetivos de

²⁰ Expressão que aparece no Grupo Focal 01, componente da CCIH.

sua prática, criar estratégias que não obstruam o que pode vir, **assim é um momento mágico.**

Existiam muitos conflitos na relação entre as equipes da vigilância hospitalar, “*povo separado é verdade*”²¹. Muitos não conheciam a função das outras vigilâncias, foi no momento da possibilidade de conhecer que nasceu a percepção, quando alguns acreditam que “*está havendo uma busca por esta integração*”²². Não através da estrutura, mas principalmente pela reorganização do processo de trabalho.

Identificam, como uma das maiores barreiras para a construção da integração das práticas na VH, as questões técnicas relacionadas à formação. Sentem que são diferentes na forma de entender e realizar suas ações sobre o que é vigilância. Assim, cada uma vem tentando dizer o que é vigilância através de suas práticas: a VE tem um foco em ações coletivas (epidemiológica), enquanto a vigilância das infecções (CCIH) está voltada para aspectos clínicos (individuais) e raramente tem uma visão coletiva.

No entanto, reconhecem que esta forma tão diferente de pensar e agir na vigilância não é intencional, “*não é um defeito das pessoas, é muito mais uma história de organização e com vínculos com grupos de atuação*”²³, estando intimamente relacionado à formação. Quando formados existe uma tendência a se trabalhar de forma isolada, gerada pela forma específica de ver e relacionar os conteúdos com a prática constituída na formação.

Para Popper “*Temos que compreender claramente que precisamos dos outros para descobrir e corrigir os erros, e em particular, precisamos daqueles que tenham crescido não só com idéias diferentes, mas em ambientes distintos – o que*

²¹ Expressão que aparece no Grupo Focal 01, componente da VE.

²² Expressão que aparece no Grupo Focal 02, componente da CCIH.

²³ Expressão que aparece no Grupo Focal 02.

também implica tolerância” (1989, p. 182). Assim, os profissionais que trabalham na vigilância, ao defenderem a idéia de que todas as vigilâncias hospitalares devem atuar de forma integrada, estão defendendo a idéia de que a vigilância não se faz com iguais, e sim a necessidade de um complemento em suas ações.

Podemos reconhecer que existe um movimento de aproximação, que ocorre na forma de articulação entre as vigilâncias e se mantém como unidades identitárias, privilegiando algumas atividades que se entrecruzariam, e não as relações – portanto, não realizam atividades integradas.

Quando percebem que vêm trabalhando de forma vertical e deveria ser horizontal, ressignificam a visão de horizontalidade. Assim, identificam a necessidade de um trabalho mais voltado para a reorganização do serviço de VH, pois a forma como vêm atuando tem levado ao desgaste da equipe, à sobrecarga, principalmente ao se construir a informação por imposição do nível central. No entanto, ao perceberem a importância da visão de horizontalidade, identificam a possibilidade, e só assim conseguirão ter um melhor diagnóstico dos riscos na unidade hospitalar, ao integrarem seus conhecimentos.

O processo de construção de um diagnóstico, quando existe, caminha mais no sentido de um único olhar do que uma construção coletiva entre as vigilâncias, com múltiplos olhares/saberes, como práticas aliançadas com a transformação da realidade em que trabalham. Acreditam que *“juntos é muito mais fácil fazer funcionar”*²⁴ a VH; se estão separados, ela não funciona. O movimento das vigilâncias em âmbito hospitalar deveria se somar na tarefa de dar conta de um objetivo, que, por sua natureza de múltiplas interfaces, enxerga diferentes olhares ou interações. Alguns, no entanto, não têm muita certeza e caem na contradição, pois,

²⁴ Expressão que aparece no Grupo Focal 01.

querendo acreditar na visão de horizontalidade, não valorizam a força local e desvalorizam as tentativas de reorganização e aproximação das vigilâncias em seu processo de trabalho.

Alguns se referem a essas atividades como “informalidade”, quando acreditam ser função do nível central o movimento de reorganização das práticas da VH, no nível local, esta visão se modifica dependendo da atitude de cada profissional frente o envolvimento com os objetivos da vigilância. Acreditam na descentralização como possibilidade de uma prática horizontalizada ou ficarão esperando que os outros façam o que somente o nível local é capaz de reorganizar, em seu processo de trabalho.

Alguns apresentam resultados positivos quando integrados em suas práticas e, percebem a necessidade de trabalhar juntos, dividindo um mesmo espaço físico, diminuindo os gastos na unidade. Desta forma, criam possibilidades de um trabalho mais amplo, quando resolvem a superposição das atividades das vigilâncias e realizam ações em conjunto.

Quando a integração se refere a um processo que não busca a estabilidade e, sim, interferência entre as vigilâncias, essa intervenção desestabiliza determinado saber específico, visando a uma torção nos modos instituídos de funcionamento, e não a instituição de uma nova identidade (BARROS, 2006, p. 144). Assim, mesmo que possa interferir na forma de atuação estarem juntos, passa a ser positivo, pois abre possibilidades de uma nova construção no processo de trabalho.

Quando perguntamos: existem, de fato, possibilidades de uma integração entre as vigilâncias hospitalares?

Identificamos que a infra-estrutura é muito ruim na vigilância hospitalar e talvez um dos maiores problemas esteja relacionado à falta de recursos humanos, tanto na quantidade como na qualidade, “*quando ficam com o que sobra*”²⁵; espaço físico inadequado; falta de equipamento de informática atualizados (quando este é a principal ferramenta para o trabalho da vigilância); sem acesso à internet (o que leva a uma dificuldade enorme na estrutura da informação).

Para resolver o problema dos RH, alguns profissionais da VE alegam a necessidade de uma norma que defina o número de profissionais na vigilância, quando a Portaria nº 2.616/98 estabelece o quantitativo de profissionais na CCIH, e relaciona o número de profissionais ao número de leitos. Mas nem por isso os diretores dos hospitais a seguem; pelo contrário, as condições da estrutura da CCIH parecem ser muito piores com relação à VE. Essa situação se torna mais grave dependendo do perfil da unidade, sendo que a estrutura tem uma representação em nível local, por influência indireta e direta, podendo influenciar de forma positiva, quando permite que a vigilância hospitalar apresente melhores resultados ou negativamente, quando se mostra reativa à vigilância hospitalar.

No entanto, deve-se lembrar que uma boa estrutura pode prover uma linha de base em termos de capacidade, mas isso não assegura que o resultado será de boa qualidade – é necessário avaliar também o processo. A partir desta importância dada à estrutura, entende-se como um serviço de vigilância hospitalar organizado de forma integrada, o conjunto de componentes que atuam de forma não só estrutural, mas de forma relacional, em todo seu processo de trabalho. Assim, na forma como se apresenta a infra-estrutura da VH em nossos hospitais, fica difícil obter resultados melhores e a integração poderia ajudar a somar forças.

²⁵ Expressão que aparece no Grupo Focal 02, componente da VE.

Identificamos, no entanto, o fortalecimento da VH após a criação da Portaria nº 2.529/04 MS, quando os diretores passaram a reconhecer a importância da VE em sua unidade, sobretudo com a chegada do incentivo financeiro, que passou a ajudar a melhorar a estrutura dos núcleos. Para os profissionais, essa portaria teve a função principal de organizar os núcleos de epidemiologia, mas acabou ajudando a reconhecer a importância deste serviço, como também beneficiou a CCIH indiretamente, quando em algumas unidades as vigilâncias estão na mesma estrutura física. Neste caso, a norma contribuiu para melhorias, podendo ajudar a integração.

Existe consenso de que a proposta de integração deva começar pela reorganização do serviço, mas foi identificada a integração a partir da estrutura em algumas unidades, quando alguns estados/unidades instituíram uma nova norma, definindo que a VE e a CCIH devem ficar na mesma estrutura. Foi necessário que o diretor, com perfil diferenciado, fizesse cumprir a regulamentação, facilitando um melhor desempenho da vigilância hospitalar. Quando alguns acreditam na regulamentação que fomente essa idéia, assim fica mais fácil manter a integração, portanto, é importante que o nível central fomente a proposta.

Mesmo que venha a ser normatizada esta idéia, é necessário perceber que toda regra exige consenso para que de fato ocorra, quando algumas vezes é necessário buscar parcerias em todos os níveis, como: representações de profissionais, instituições diversas, criação de comitês, etc., para que após um amadurecimento da idéia, quando todos, senão a maioria, que estão ligados, possam apoiar e possibilitar uma mudança – agora sim, é possível uma mudança de fato.

Uma coordenação na VH pode ser um elo na construção da integração, e quando a direção da unidade permite a descentralização do poder, esta função pode ser realizada com o propósito de ser um elo da VH com a direção e entre as equipes de vigilância, para construção da integração. O coordenador não deve ser estimulado a desenvolver a figura de “chefe”, mas de representante do grupo, com uma coordenação pactuada, na qual se envolve com questões pontuais, a fim de melhorar a organização do serviço de VH. Deve ter cuidado para que a criação dessa função não venha a despertar disputas sobre quem vai “mandar”.

A idéia não é de quem vai mandar e sim de fortalecimento e construção, quando algumas coordenações podem tanto fortalecer como fragilizar a representação de alguma vigilância. Portanto, a figura do coordenador da VH deve ser construída a partir das condições de cada unidade. Talvez a maior resistência de uma coordenação seja encontrada na CCIH, quando esta não possui a cultura de “chefia” no processo de avaliação, desenvolve suas atividades sem uma subordinação, diferentemente da cultura encontrada na VE, que desenvolve suas atividades sempre ligada a uma coordenação, quando obedece a regras, muitas vezes inibindo uma ação mais independente.

A disposição da estrutura organizacional no MS tem influenciado os conflitos no nível local, quando não se discute com os hospitais a criação de novas propostas, sem conhecer a estrutura hospitalar em VH, definem-se implantações de sistemas de informação (SINAIS), ou não se descentralizam sistemas para os hospitais (SINAN). Questões como estas têm levado a conflitos locais.

Alguns acreditam que os conflitos não vêm do MS, mas das SES/SMS, pela imposição e sobrecarga a VH, quanto ao envio de informação, priorizando-se a forma verticalizada das informações, quando não há espaço para se trabalhar as

necessidades locais do hospital. Outra situação que tem gerado desconforto é a falta de articulação entre os programas nas Secretarias de Saúde, quando há superposição das informações solicitadas e propostas a serem implantadas no nível hospitalar na área da vigilância. Assim, a estrutura organizacional, que deveria apoiar um melhor desenvolvimento na VH, acaba dificultando um maior crescimento nessa área.

Quando a reorganização do serviço da VH deve ser levada em consideração, segundo o perfil da unidade, pois algumas são mais complexas: hospitais-escola têm questões acadêmicas; questões financeiras e principalmente a visão da unidade sobre vigilância. Em algumas unidades, com o tempo se formaram verdadeiras muralhas de distanciamento entre as vigilâncias, o que pode dificultar a mudança, assim como a história de cada vigilância da unidade. Portanto, tem sido importante observar em qual tipo de unidade será reestruturado o serviço de VH. Isso nos leva a analisar o cuidado ao se criar uma regulamentação única para todo território.

Indicação da criação de uma portaria que traga a proposta da integração na VH, pois a Portaria nº 2.529/04-MS, por exemplo, tem ajudado a avançar na proposta da VH, e como não contempla todas as vigilâncias hospitalares, deve-se pensar em uma regulamentação que aprimore a idéia de integração. Muitas são as portarias nesta área, mas nenhuma propõe a integração de todas as vigilâncias, mesmo que alguns acreditem que não teríamos luz suficiente para criar uma portaria única para todo o território.

Acreditamos que a reorganização das práticas de forma integrada deva começar pela seleção de um agravo pelo objeto de investigação. Para alguns, desta forma se cria uma sobrecarga para a vigilância; outros discordam e acreditam que a

integração do processo tem ajudado a diminuir a superposição das atividades, atuando de forma muito mais ampla.

Existe consenso de que a discussão sobre integração deva acontecer no nível técnico, quando as vigilâncias são constituídas por questões técnicas – assim devem ser valorizadas questões técnicas. O conhecimento sobre cada vigilância deve ser valorizado e conduzido para uma integração, a partir de um objeto de investigação como eixo para discussão e identificação das múltiplas faces. Desta forma, todas as vigilâncias devem participar da ação de controle desse agravo. Isso leva a se indicar a tuberculose como um dos agravos que apresentam melhor situação marcadora na saúde, como objeto para começar a discussão da integração da VH. A realidade da VH hoje, entretanto, não contemplaria as questões a serem organizadas para controle nas TB em âmbito hospitalar. Portanto, a discussão da integração vincula ao objeto de investigação facilita o processo de reorganização – do contrário, se dispersara muito fácil.

A formação do diretor como elemento desintegrador no processo de integração, quando este apresenta formação diferenciada, faz toda diferença, mas de um modo geral os diretores têm apresentado, conforme encontrado em algumas falas, “uma formação muito biomédica”²⁶, que não prioriza as ações de vigilâncias na gestão hospitalar. Alguns têm necessidades urgentes de melhorar sua qualificação para que se possa perceber a importância de estabelecer metas a partir de um diagnóstico epidemiológico da unidade, e alguns chegam ao ponto de não conhecerem a função da VH na sua unidade.

Algumas profissões têm mais dificuldade para reconhecer o objeto da vigilância, quando percebemos que os médicos têm muito mais dificuldades de

²⁶ Expressão que aparece no Grupo Focal 01, componente da CCIH.

entender o que é vigilância, enquanto que “*na enfermagem este conflito é menor*”²⁷. Na graduação em Enfermagem existe uma formação diferenciada que ajuda a entender objeto de vigilância, quando é difícil um médico da clínica atuar na epidemiologia, sendo mais fácil atuar na CCIH – normalmente quem atua na epidemiologia é quem fez Saúde Pública/Coletiva.

Como possibilidade de mudanças na forma de ver objeto de vigilância, tem-se indicada a educação permanente realizada no serviço, por alguém da universidade, buscando-se uma nova oportunidade de perceber as diversas formas de constituir suas práticas. Assim, as instituições responsáveis pela formação e qualificação, com uma mudança na forma de discutir os conteúdos relacionados à vigilância, poderiam contribuir com o serviço. Para outros, a universidade não é capaz de discutir a prática, pois esta deve ser discutida por quem a vivencia.

A busca ativa tem sido priorizada como metodologia de trabalho da VH, e a CCIH tem percebido ser o momento de maior reconhecimento do seu trabalho. Por outro lado, a VE não sente que exista um reconhecimento de sua atividade pelas equipes hospitalares, que, relatam as dificuldades ao realizarem a busca de informações, quando os registros, principalmente o prontuário, têm qualidade muito ruim, o que dificulta o trabalho e obriga a se buscar informação com o paciente. Não encontramos qualquer relato de que a busca seja feita em conjunto ou de forma integrada entre as vigilâncias – existem divisões de trabalho em algumas situações. Quando apresentam discordância em relação a essa divisão de trabalho, alguns da VE não aceitam que a CCIH fique responsável pelas recomendações e, no caso das DNC, acreditam ser esta uma atribuição da VE.

²⁷ Expressão que aparece no Grupo Focal 01, componente da VE.

Existência de reuniões: estas vêm se desenvolvendo de forma muito diferente de uma unidade para outra. Encontramos relatos positivos, de encontros para se discutirem questões de mudança da prática, enquanto outros, mesmo reconhecendo a necessidade, não conseguem priorizar esta atividade em prol do serviço. Houve ainda relatos de maior distanciamento quando nunca foi feito um encontro entre a VH e que não existe a preocupação com a integração.

O ensino na VH tem sido um ganho para o serviço, quando permite maior reconhecimento da VH, pela equipe do hospital, sobretudo quando este realiza a pesquisa no serviço. Entretanto, mesmo com excelência nas atividades de ensino, o serviço não realiza o ensino em conjunto com outras vigilâncias. Assim, não ajuda o aluno a entender o todo da VH, quando alguns indicam que, antes de receberem alunos no serviço, é necessário oferecer educação permanente, a fim de sensibilizar para uma mudança nas práticas das vigilâncias hospitalares e influenciar de forma positiva os alunos. Estes, ao realizarem suas práticas no serviço, conseguem entender a função da VE/CCIH, mas não têm conseguido perceber o conceito de vigilância em saúde no território hospitalar.

A realização da pesquisa pelo serviço, é o ponto que legitima o serviço, mas este não o vem realizando; ou quando o realiza, é de forma excepcional, com raras exceções. Não se realiza nem mesmo um diagnóstico da unidade, que seria muito importante para o nível local. Solicitou-se a utilização dos dados, para realizarem pós-graduação, muitas vezes até mesmo pelos profissionais do serviço, mas ela não existe como função do serviço, alegam não conseguirem realizá-la. Como reorganizar o serviço hospitalar se não se reconhecem os riscos, pois não existem diagnóstico na unidade? Existem muitas questões que mereceriam a pesquisa, mas esta não tem sido realizada.

A informação na área da saúde: é cada vez mais intenso o debate sobre o papel da informação para o planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes, neste caso, no hospital. Quanto mais consistente a informação, maior a possibilidade de mudanças na unidade. Quando existe indefinição dos indicadores para VH, muitas propostas, mas poucos indicadores vêm sendo acompanhados; outros, que poderiam ser definidos para a VH, não têm sido percebidos.

Não se discute a definição dos indicadores para VH necessários para acompanhar o diagnóstico da unidade. O que é relevante? O sistema de saúde tenta definir, mas não existe uma discussão com o nível local, com quem vai alimentar os bancos de dados dos sistemas – assim, não existe uma boa participação dos técnicos, pois querem entender a importância destas informações para o nível local, quando se vive num país sem informações sobre as infecções intra-hospitalares.

Alguns estão desestimulados, por perceberem que estão gerando dados e não a informação que gostariam. Eles querem muito mais que repassar dados; é necessário que se possa reconhecer a função da VH para analisar seus dados.

Praticamente, a única forma de divulgar a informação tem sido através dos sistemas. Em algumas unidades, o relatório às vezes nem é lido pelo diretor, e há equipes que muito raramente utilizam outras formas de divulgar a informação. Entretanto, o uso dessas informações tem sido muito baixo, quando a utilização da informação dentro do hospital também tem sido muito pouco ou nada utilizada pela gestão, mas acreditam que isso vem mudando e que hoje existe uma busca maior da informação, mesmo que o objetivo da busca da informação não tenha sido ainda objetivo de sua construção. Assim, as informações são geradas pela VH de forma limitada, muito específica, não dão uma visão geral da unidade, pois não são construídas de forma integrada. Alguns acreditam que todas as áreas que trabalham

com informações deveriam estar em uma única gerência, a fim de facilitar a construção da informação.

É necessário, no entanto, fortalecer as equipes para gerar a informação, e em algumas regiões os sanitaristas ainda encontram dificuldades para construir a informações, pois os diretores da unidade ou até mesmo secretários municipais impedem a divulgação das informações que não venham a contribuir para seu sucesso – assim os sanitaristas são vistos algumas vezes como “inimigos do povo”.

A atitude dos profissionais da VH foi analisada a partir do que pensam e dos sentimentos que têm sobre a VH, acreditando que sua atitude está representada em suas crenças e valores.

Ao concluir o sentimento dos profissionais que atuam na VH quanto à vigilância x atuação, observamos que eles sentem um enorme prazer no que fazem, e esse prazer os faz permanecerem, mesmo diante de tantos obstáculos e frustrações. Sonham em alcançar o que almejam um dia: onde será possível, a informação se transformar em ação– assim, seus esforços não terão sido em vão. Sentem que a evolução é muito lenta e isso tem sido sua maior angústia: *“Estou endurecendo meu coração, perdendo a ternura e não vivo sem amor”²⁸*.

Mesmo com este enunciado, concluímos ser este um dos grupos mais otimistas da área hospitalar, quando se sentem envolvidos profundamente com a proposta, embora às vezes sintam desânimo. Sentem, no entanto, que cumpriram sua missão e que hoje não podem mais trabalhar sozinhos.

Concluímos, após estas considerações, que no percurso desta pesquisa muitas percepções foram sendo reconstruídas, e assim concluímos nossa crença na

²⁸Expressão que aparece no Grupo Focal 01, componente da VE.

necessidade e possibilidade de uma reorganização das práticas da vigilância hospitalar: como, por exemplo, na necessidade da efetivação dessa reorganização, criando-se uma regulamentação que aponte para a integração como modelo para todo o território. Temos que parar e repensar nossas práticas, para alcançar nossos objetivos com mais efetividade. Quando todos querem, é possível encontrar o caminho.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Editorial. Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ano XXI, nº 94, p. 2, jun.2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, M.E.B. Desafios éticos-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade In:**Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**.(org).CEPESC, Rio de Janeiro.2006.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Disponível em:** <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/>> Acesso em: 02 jul. 2003.

BRASIL, 1983. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. **Diário Oficial da União**[República Federativa do Brasil], Brasília; DF, v.71, Seção I, .n 122, p. 113/9.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Disponível em:** <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/>> Acesso em: 05 jul. 2003.

BRASIL, 1998. Portaria 2.616 de 13-5-1998. Expede na forma de anexos as diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. **Diário Oficial da União**. de 13.05.1998, seção 1; Brasília; DF, p. 133.

CAMARGO,Jr, Kenneth. Rochel de. Apresentando LOGOS: um gerenciamento de dados textuais. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.286-287, 2000.

COSTA,J.F. Prefacio In: PARKER,R.(org). **A Construção da Solidariedade.Aids, sexualidade e políticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994 (História social da Aids,3).

DIAS, C. A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Revista Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.10, n.2, 12 p, 2000.

FERREIRA,J.H.G. Tendências para a atenção à saúde. Debates GV.Saúde.v.2. Rio de Janeiro. 2006.

GERGEN, K. **The social constructionist movement in modern Psychology**. Em *American Psychologist*, 40(3), 266-275. 1985.

GIDDENS, A. **A Constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 318 p.

GRAZEBROOK, J. Counting the cost of infection. **Nurs. Times**, v.82, n.6, p.24-26, 1986.

GUIZARDI, F.L., STELET, B.P., PINHEIRO, R. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC. 2004.

HORTON, R. Nurses' knowledge of infection control. **Nurs. Stand.**, v.7, n.41, p.25-9, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro, 2003. 543p. 2005.

KASTRUP, V. As políticas da cognição e o problema de aprendizagem. Palestra proferida na semana de psicologia da UFES, na mesa-redonda "Práticas Educacionais". Vitória, 1997.

LACERDA, R.A. et al. As Infecções Hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: Reflexão para análise de sua prática atuais de controle. *Rev. Latini-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.5-n.4, p.13-23, 1997.

LACERDA, Rúbia.A. **Infecções hospitalares no Brasil**. Ações governamentais para o seu controle enquanto expressão de políticas sociais na área de saúde. 1995. 205p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

LANGMUIR, A.D. The surveillance of communicable diseases of national importances. *New Engl. J. Med.*, 268(4):182-192, 1963.

MAGALHÃES, G. R. A. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. In: CURSO DE EPIDEMIOLOGIA DO HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO, 23., 1999, Rio de Janeiro. **Textos didáticos...** Rio de Janeiro: [s. n.], 1999. Mimeografado.

MATTOS, R. A. Ciência, Metodologia e a elaboração de um trabalho científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). s/d. Mimeo.

_____. Responsabilidades intelectuais e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: Mattos, R.A., Barros, F.S., Pinheiro, R. (Org) Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p.129-141.

MELLO JORGE, M.H.P. et al. *A Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: OPS/OMS, 2001.

MENDES, M.F.M, Avaliação da Implantação dos Núcleos de epidemiologia em Hospitais de alta complexidade da Rede Pública de Saúde no Recife-PE. P.108.(dissertação)Mestrado. Fundação Osvaldo Cruz. NESC. Rio de Janeiro. 2001.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 5ª edição. Petrópolis: Vozes, 1995. 80 p.

NETO, O. C., MOREIRA, M. R., SUCENA, L.F.M. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. **Anais do XIII Encontro de Estudos Populacionais da ABEP**. Ouro Preto, 2002, v.1, 26 p.

NYSTRON, B. The role of hospital infection control in the quality system of hospital. **J.Hosp.Inf.** v.21,p. 169-77,1992.

OPS. **Manual Modelo de Organización y Funciones de una unidad de epidemiología Hospitalar**. Ministerio de Salud del Perú y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.v1 2001. <http://www.minsa.gob.pe/pvigia>.

POPPER, R.K.Em busca de um mundo melhor. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1989. **(Coleção Problemas)**.

PRADE, S. S.; OLIVEIRA, S. T.; RODRIGUEZ, R.; NUNES, F. A.; et al., 1995a. Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em hospitais terciários. **Revista do controle de Infecção Hospitalar**, 2:11-25.

PRADE, Sandra Suzana. **Desenvolvimento e Validação de um Instrumento de Informação para a Assessoria do Programa de Controle de Infecção às Decisões do Dirigente Hospitalar**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002.

RODRIGUES, E. A. C.Histórico das infecções hospitalares. In: _____. et al. (Org.). **Infecções hospitalares prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 3-27.

SCHOUT, Denise.**Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica. A Experiência no Estado de São Paulo**.1997.p.122.Dissertação (Mestrado).Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. S.Paulo.1997.

SCHUTZ, A.Collected papers 2: studies in social theory. Haia: Nijhoff, 1974.

SILVA Jr, J.B. **Epidemiologia em serviços:uma avaliação de desempenho do sistema Nacional de vigilância em Saúde**. Campinas.2004.p.125.Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2004.

SPINK, M.J.(org), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo. Cortez,1999.

THACKER, S. B.; BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. **Epidemiol Rev**, 10:164-190, 1988.

WALDEMAN, Eliseu Alves. **Vigilância Epidemiológica** como Prática de Saúde Pública.1991.p. 176.Tese (Doutorado),Faculdade de Saúde Pública. Universidade São Paulo, São Paulo, 1991.

WENZEL, R. P. O controle da qualidade: novo componente da epidemiologia hospitalar. In NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Garantia de qualidade**: acreditação hospitalar para América Latina e o Caribe. Washington: OPAS, 1992. p. 133-145.

WOOLGAR,S. **Psychology, qualitative methods and the idea of science**. In: RICHARDSSON,J.T.E.(org). Handbook of qualitative research methods p.11-24. Leicester, UK: BPS Books.1996.

ZANON, U. O desperdício na assistência à saúde. In: **Indicadores epidemiológicos**. Joinville: Comissão de Avaliação da Assistência Hospitalar (CAAH). 1994.

ANEXOS

RELAÇÃO DE ANEXOS

- 1. Formulário de avaliação dos prontuários;**
- 2. Modelo da OPS para vigilância epidemiológica;**
- 3. Proposta de VH para RJ a partir do modelo da OPS;**
- 4. Formulário de análise de óbito;**
- 5. Relação dos hospitais da rede de referência do subsistema de vigilância epidemiológica do estado de São Paulo;**
- 6. Relação dos hospitais do RJ que pertencem à rede de referência do Subsistema de Vigilância Epidemiológica;**
- 7. Mapa indicativo dos núcleos do subsistema e suas representações quanto ao modelo de vigilância hospitalar implantado.**

ANEXO E - Relação dos hospitais da rede de referência do Subsistema de Vigilância em Âmbito Hospitalar de São Paulo

Núcleos Nível III

- Instituto de Infectologia Emilio Ribas
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo – FMUSP
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
- Hospital de Clínicas – UNICAMP
- Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
- Hospital de Base da Fundação de Medicina de São José do Rio Preto
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Núcleos Nível II

- Hospital São Paulo
- Conjunto Hospitalar do Mandaqui
- Hospital Municipal Mario Gatti - Campinas
- Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini - Mauá
- Conjunto Hospitalar de Sorocaba
- Autarquia Hospitalar Municipal Dr. Cármino Carichio – Tatuapé
- Casa de Saúde Santa Marcelina
- Hospital Regional Sul
- Fundação Ensino Superior de Marília – Hospital de Clínicas I e II
- Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence – São José dos Campos
- Hospital Geral de Guarulhos
- Hospital Guilherme Álvaro – Santos

Núcleos Nível I

- Hospital Municipal Infantil Menino Jesus
- Hospital Infantil Cândido Fontoura
- Centro Hospitalar do Município de Santo André
- Hospital e Maternidade Celso Pierro – Campinas
- Hospital Estadual de Sumaré
- Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho – Ferraz de Vasconcelos
- Hospital Professor Carlos da Silva Lacaz – Francisco Morato
- Hospital Geral de Pirajussara
- Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba
- Santa Casa de Barretos
- Hospital Regional de Assis
- Santa Casa de Misericórdia de São Carlos
- Santa Casa de Misericórdia de Itapeva
- Hospital Regional Vale do Ribeira
- Hospital Universitário de Taubaté
- Hospital Estadual de Bauru
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mococa
- Hospital Municipal de Osasco
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira
- Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca

ANEXO F - Relação dos hospitais do RJ que pertencem à rede de referência do Subsistema de Vigilância Epidemiológica

(RESOLUÇÃO SES Nº 3.155, DE 03 DE OUTUBRO DE 2006)

Nível I

1. Hospital Geral de Bonsucesso-Gestão Federal
2. Hospital Universitário (UFRJ)-Gestão Autarquia Federal
3. Hospital Estadual Carlos Chagas-Gestão Estadual
4. Hospital Estadual Alberto Torres-Gestão Estadual
5. Hospital Geral de Duque de Caxias-Gestão Estadual
6. Hospital Municipal Souza Aguiar-Gestão Municipal
7. Hospital Municipal Miguel Couto-Gestão Municipal
8. Fundação Dr. João Barcellos Martins-Gestão Municipal de Campos dos Goitacazes

Nível II

1. Hospital Estadual Azevedo Lima-Gestão Estadual
2. Hospital Estadual Rocha Faria-Gestão Estadual
3. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas-Gestão Fundação Federal
4. Hospital dos Servidores do Estado-Gestão Federal
5. Hospital Universitário Pedro Ernesto-Gestão Estadual

Nível III

1. Hospital Estadual Getúlio Vargas - Gestão Estadual
2. Hospital Estadual Pedro - Gestão Estadual
3. Estadual de Infectologia São Sebastião - Gestão Estadual