

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**NICE GABRIELA ALVES BAUCHSPIESS
PATRÍCIA AZEVEDO CHAGAS
SÂMIA DE CASTRO HATEM
SANDRO MARTINS DOLGHI
SUZIE MARIE TEIXEIRA GOMES**

**O PERFIL DOS INVESTIGADORES DA REDE NACIONAL DE
INVESTIGAÇÃO DE SURTOS E EVENTOS ADVERSOS EM
SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Brasília
2009**

**NICE GABRIELA ALVES BAUCHSPIESS
PATRÍCIA AZEVEDO CHAGAS
SÂMIA DE CASTRO HATEM
SANDRO MARTINS DOLGHI
SUZIE MARIE TEIXEIRA GOMES**

**O PERFIL DOS INVESTIGADORES DA REDE NACIONAL DE
INVESTIGAÇÃO DE SURTOS E EVENTOS ADVERSOS EM
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Vigilância Sanitária

Orientadora: Profa. Dra. Gilvânia Feijó

**Brasília
2009**

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

perfil dos investigadores da Rede Nacional de Investigação de Surto e
Eventos Adversos em Serviços de Saúde / Nice Gabriela Alves
Bauchspiess; Patrícia Azevedo Chagas; Sâmia de Castro Hatem;
Sandro Martins Dolghi; Suzie Marie Teixeira Gomes — Brasília: [s.n],
2008.

55 f.

Monografia (Especialização em Vigilância Sanitária) – Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília,
2009.

1. Assistência à Saúde. 2. Epidemiologia. 3. Formação de Recursos
Humanos. 4. Pessoal de Saúde. 5. Serviços de Saúde. I. Título.

CDD: 614.40981

**NICE GABRIELA ALVES BAUCHSPIESS
PATRÍCIA AZEVEDO CHAGAS
SÂMIA DE CASTRO HATEM
SANDRO MARTINS DOLGHI
SUZIE MARIE TEIXEIRA GOMES**

**O PERFIL DOS INVESTIGADORES DA REDE NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO
DE SURTOS E EVENTOS ADVERSOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção
do grau de **Especialista em Vigilância Sanitária no
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva** da
Diretoria Regional de Brasília

Brasília, 11 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Gilvânia Feijó, Dra.
Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Camilo Mussi, M.Sc.
Anvisa

Prof^a. Elza Maria de Souza, Dra.
DIREB/FIOCRUZ

Resumo

BAUCHSPIESS, N.G.A., CHAGAS, P.A., HATEM, S.C., DOLGHI, S.M., GOMES, S.M.T. **O perfil dos investigadores da rede nacional de investigação de surtos e eventos adversos em serviços de saúde.** 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Vigilância Sanitária) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

A rede nacional de investigação de surtos de infecção e de eventos adversos em serviços de saúde foi criada em 2004 e possui um papel fundamental na identificação precoce, notificação, investigação, interrupção, prevenção e controle dos surtos relacionados à assistência à saúde. No contexto de uma política nacional de controle de infecção, a rede constitui uma das estratégias para reduzir a incidência de agravos infecciosos relacionados à assistência sob a perspectiva da formação de um grupo de profissionais, distribuídos pelas unidades federadas do país, com formação específica para intervir nessas situações de crise. Este estudo tem como objetivo a identificação do perfil desse grupo de profissionais em 2008, por meio da busca de dados nos bancos disponíveis na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em um estudo seccional descritivo quantitativo.

Os resultados da análise sobre a composição da Reniss mostraram que a rede é composta por 93 investigadores, majoritariamente do sexo feminino (75/93), com idade entre 25 a 60 anos de idade, concentrando a atuação no âmbito estadual (59%) e federal (23%). A rede apresentou perfil multidisciplinar, com maioria de graduados em enfermagem (36/93), seguida por medicina (16/93) e farmácia (13/93). Os dados revelaram que 94% dos investigadores da rede são servidores públicos, com vínculo inferior a 10 anos (47/93) e distribuídos em todas as regiões do país.

As doenças infecciosas e parasitárias foram os assuntos mais investigados para 86% dos integrantes e os problemas relacionados nos serviços de saúde corresponderam a 43% dos surtos em estabelecimentos relacionados à assistência à saúde. Os resultados mostram fragilidade na formação em informática (11%) dos investigadores. Outro fator que se destaca é que 30% dos profissionais possuem pouco ou nenhum respaldo do gestor, geralmente com o caráter político, para desenvolver as atividades de investigação propostas pela Reniss. Por outro lado, é evidente a insuficiência no processo de divulgação dos resultados encontrados pelos investigadores da rede.

Esses elementos sugeriram a necessidade de revisão das diretrizes institucionais para a Reniss, com definição de estratégias que atendam as necessidades da população e para a formação de profissionais de saúde para a prevenção e a contenção de surtos, incluindo a oficialização da rede, educação permanente de seus integrantes, estruturação organizacional e de processos clínicos pela definição de uma política integrada entre as três esferas de governo para a vigilância das infecções nosocomiais.

Palavras-chave: Assistência à Saúde. Epidemiologia. Formação de Recursos Humanos. Pessoal de Saúde. Serviços de Saúde.

Abstract

BAUCHSPIESS, N.G.A., CHAGAS, P.A., HATEM, S.C., DOLGHI, S.M., GOMES, S.M.T. **The profile of participants in the Network for Outbreak and Adverse Events Investigation.** 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Vigilância Sanitária) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

The National Network for Outbreak and Adverse Events Investigation (Reniss) was created in 2004. It has an essential role on the early detection, reporting, investigation, prevention and control of healthcare related outbreaks, constituting one of the national strategies to reducing the incidence of healthcare-associated infections. Reniss goals include setting a multi professional team of investigators, with expertise and specific training to intervene in crisis situations distributed in all federate units in Brazil. The goal of this study is to identify the profile of actual participant professionals in the network, identifying their skills and preparedness to develop activities needed to keep the network functioning. The information was retrieved from the available database in the Brazilian Health Surveillance Agency, in a quantitative descriptive sectional study of the professionals enabled in 2008.

A total of 93 Reniss investigators were identified in the network. Most participants were female (75/93), with age ranging from 25 to 60 years, whose scope of activities were mainly in the state (59%) and federal (23%) levels. The team of investigators had a multidisciplinary background, with the majority being nurses (36/93), physicians (16/93) and pharmacists (13/93). Data shows that 94% of participants are government staff, having worked for less than 10 years (47/93) in the public sector, and distributed in all regions of the country.

Infectious and parasitic diseases were the most frequently investigated subjects accomplishing for 86% of the network's investigation subjects; while health services related problems were present in 43% of the outbreak's inquiries. Low computer literacy among the participants (11%) was detected in this study, and up to 30% of the investigators would not have senior manager's endorsement to develop activities related to outbreak investigations arising from the network. It was also evident that the spread of information from the investigations was insufficient.

The study results suggest a need to review the current model and framework for the network. Further adjustment is necessary to attend the general population's needs and the need for continuing education for healthcare professionals. Adjustments also include an urge to make Reniss an official body, with organizational structure and staffing resources, as well as clinical processes developed in preparedness plans for health services with greater technical improvement. On top of it, the development of integrated policies and practices among municipal, state and federal government regarding surveillance of nosocomial infections are highly recommended.

Key-words: Health Assistance. Epidemiology. Human Resources Training. Healthcare Careers. Health Services.

Lista de Figuras

Figura 1:	Distribuição por faixa etária dos integrantes da Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde, em julho de 2008.	24
Figura 2:	Áreas diretamente correlacionadas às atividades desempenhadas pelos integrantes da Reniss em julho de 2008.	29
Figura 3:	Representatividade dos integrantes da Reniss, conforme o nível governamental e não estatal, em julho de 2008.	30
Figura 4:	Vínculo funcional dos investigadores cadastrados no Banco de Dados da Reniss, em julho de 2008.	32
Figura 5:	Tempo de vínculo, em anos, do investigador da Reniss com a instituição de saúde em que desenvolve suas atividades laborais em 2008.	33
Figura 6:	Distribuição dos investigadores cadastrados na Reniss, por unidade federada.	34
Figura 7:	Habilidade do investigador na utilização de ferramenta de informática ou software.	37
Figura 8:	Distribuição dos investigadores, de acordo com a participação em investigação.	38
Figura 9:	Percentual de respostas afirmativas aos assuntos investigados.	39
Figura 10:	Equipe atual de investigação no respectivo âmbito de atuação.	39
Figura 11:	Composição da equipe ideal apontada pelo investigador da rede.	40
Figura 12:	Forma de divulgação das investigações.	41
Figura 13:	Apoio da gestão para implantar as ações propostas pela Rede.	41

Lista de tabelas

Tabela 1: Distribuição dos investigadores da Reniss, por formação básica, em julho de 2008.	26
Tabela 2: Especialidade, de acordo com a profissão, dos investigadores da Reniss.	27
Tabela 3: Nível de especialização, por categoria profissional, dos participantes da Reniss, em julho de 2008.	29
Tabela 4: Relação de vínculo institucional, em cada esfera governamental e não governamental da Reniss, em 2008.	31
Tabela 5: Relação de vínculo funcional e esfera de atuação dos integrantes da Reniss em 2008.	32
Tabela 6: Área de abrangência de atuação dos integrantes da Reniss em 2008.	34
Tabela 7: Tipos de unidades de atendimento por região.	35
Tabela 8: Utilização de bancos de dados para compilação das informações das investigações.	37

Lista de abreviaturas e siglas

- Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CECIH - Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- Conasems - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
- Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- GGTES - Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
- Gipea - Gerência de Investigação e Prevenção de Eventos Adversos e das Infecções
- IrAS - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- Reniss - Rede Nacional de Investigação de Surtos em Serviços de Saúde
- SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- VE - Vigilância Epidemiológica
- Visa - Vigilância Sanitária
- VS - Vigilância em Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Vigilância Sanitária no Brasil	10
1.2. Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde	11
1.3. Infecção relacionada à assistência à saúde no contexto internacional	13
1.4. Infecção relacionada à assistência à saúde no Brasil	16
1.5. Rede Nacional para Investigação de Surto e Eventos Adversos em Serviços de Saúde	20
2. OBJETIVO	23
2.1. Objetivo Geral	23
2.2. Objetivos Específicos	23
3. METODOLOGIA	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50
ANEXO A: Formulário de cadastro de investigador da Reniss	51
ANEXO B: Minuta de Regulamento Técnico para oficializar a Reniss	53

1. INTRODUÇÃO

1.1. Vigilância Sanitária no Brasil

A Vigilância Sanitária, de acordo com a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, é definida como sendo “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990). Para Lucchese (2001), esses bens (os produtos de saúde) e serviços envolvem uma grande variedade de tipos e de graus de complexidade das tecnologias que eles contêm, conferindo à Vigilância Sanitária, bem como exigindo dela, uma natureza de alta especialização. O trabalho em Vigilância Sanitária, por natureza, é bastante complexo, visto o universo de atuação e as atribuições previstas, o que demanda o aprimoramento constante de saberes em variados campos do conhecimento, sendo valioso o alicerce jurídico-legal, além do científico, como base de suas ações. Assim, para cumprir sua missão, a Vigilância Sanitária necessita desenvolver um amplo conjunto de ações, utilizando diferentes instrumentos e, ainda, guardando uma relação que permita uma abordagem integral acerca da questão objeto de sua intervenção, buscando sempre superação no que tange a recorrente fragmentação do processo de trabalho (LUCCHESE, 2001).

Ainda como definição, Costa (2004) entende a Vigilância Sanitária como componente do setor saúde, com a atribuição de executar ações de proteção à saúde, devendo participar também como apoio técnico e científico ou, ainda, como “agente normalizador”, salientando que suas atribuições não se esgotam “na dimensão do poder de polícia e na regulamentação”, e que estas devem ser inseridas numa concepção mais ampla que inclui, mas não se limita à defesa do consumidor.

A Vigilância Sanitária deve ser concebida como eixo estratégico das políticas públicas para elevar os níveis de saúde da população (COSTA, 2004), tendo em vista a sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos e serviços, dos processos e das relações sociais, o que, por sua vez, exige ação interdisciplinar e interinstitucional (LUCCHESE, 2001).

As ações de Vigilância Sanitária estão assentadas no entendimento sobre o risco – probabilidade de ocorrência de evento adverso ou dano à saúde – noção que, mesmo antes da elaboração do seu conceito, motivavam medidas visando à busca da proteção da saúde da coletividade. O consumo de produtos, tecnologias e serviços podem gerar riscos de danos à saúde – risco intrínseco - ou, estes podem estar relacionados a irregularidades naqueles produtos. O risco está presente também na prestação de serviços, sejam eles direta ou indiretamente relacionados com a saúde, e podem ser “potencialmente multiplicados pelo uso concomitante de várias tecnologias em ambiente exposto a diversos fatores de risco”. (LUCCHESI, 2001; COSTA, 2004)

As possibilidades de riscos à saúde vêm sendo identificadas na história da sociedade e, por turno, tornados objetos de regulamentação e controle sanitário. Nesse entendimento, casos de graves prejuízos à saúde coletiva, com elevados números de mortes ou seqüelas relacionadas ao consumo de muitos produtos e serviços, foram identificados como novas fontes de risco à saúde (LUCCHESI, 2001).

Na busca do fortalecimento do trabalho em Vigilância Sanitária para contenção e conhecimento dos riscos inerentes e potenciais, existe a necessidade da manutenção de um cadastro, real e atualizado, de profissionais, que possibilite um planejamento adequado para cumprimento de ações e metas, sempre com o objetivo de proteção à saúde da população. (LUCCHESI, 2001).

1.2. Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde

Os serviços de saúde podem ser conceituados como “aqueles destinados a prestar assistência à população na promoção da saúde, na recuperação e na reabilitação de doentes, no âmbito hospitalar e ambulatorial”, sendo utilizado também para designar a instituição ou os processos - de promoção, proteção e recuperação da saúde - que neles ocorrem. Constam, ainda, como denominações Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) ou Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (GASTAL & ROESSLER, 2005).

Lucchese (2001) observa que as atividades relacionadas aos serviços de saúde não foram incluídas como atividades submetidas à Vigilância Sanitária na legislação federal dos anos 70 – Legislação Federal:

“que ainda continua em vigor (Decreto-Lei nº. 986, de 21 de outubro de 1969, que “institui normas básicas sobre alimentos”; Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que “dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências”, e o Decreto nº. 74.170, de 10 de junho de 1974, que a regulamenta; Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que “dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências”, e o Decreto 70.094, de 5 de janeiro de 1977, que a regulamenta; Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, que “conFigura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências”).”

O autor salienta que temas como infecções hospitalares, asilos (instituições de longa permanência para idosos) e construções de hospitais e postos de saúde foram normatizados, sendo parte das atividades de saúde pública, mas em outros setores da administração (LUCCHESE, 2001).

Na década de 90, a legislação determinou as atribuições para o nível federal: a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares e o monitoramento de preços dos medicamentos (LUCCHESE, 2001).

Até o advento dessa normatização, alguns estados e as vigilâncias sanitárias estaduais sustentavam que era necessária uma ação na área de serviços e definiram estratégias para o seu controle. Dessa maneira, constituíram equipes e estabeleceram instrumentos para inspecionar os serviços mais críticos, como os de terapia de substituição renal, os de controle de infecção hospitalar e as unidades de hemoterapia, entre outros (LUCCHESE, 2001).

Na esfera da vigilância sanitária municipal, os serviços prestados variam em termos de estrutura, recursos e capacidade de trabalho. Há a regulamentação e execução das ações locais de licenciamento e fiscalização de estabelecimentos comerciais; cemitérios e prestadores de serviços de interesse da saúde, entre outras incumbências. (LUCCHESE, 2001)

Em 1999, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pela Lei Federal nº. 9.782, representou um avanço fundamental na estruturação da Vigilância Sanitária voltada para os serviços de saúde, inserindo por meio do seu art. 6º, como sua finalidade institucional:

“...promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras”.

O controle sanitário dos serviços submetido à vigilância sanitária compreende os serviços de interesse à saúde no que se refere aos seus ambientes, processos, insumos e tecnologias utilizados e aos riscos a eles associados. A infecção hospitalar é um dos agravos que pode ocorrer em decorrência de falhas nesses fatores e deve ser objeto de atuação sistemática da vigilância sanitária.

1.3. Infecção relacionada à assistência à saúde no contexto internacional

As infecções hospitalares são consideradas como um problema grave e cada vez mais freqüente, descritas como:

“evento de abrangência mundial que não está circunscrito a alguma região específica, ou a determinado segmento da população humana, sendo elemento determinante para a tomada de decisões no âmbito da saúde pública, pois de algum modo, afeta a todos” (BRASIL, 2004).

A infecção hospitalar, conceitualmente considerada como toda infecção adquirida ou transmitida no espaço hospitalar, surgiu no período medieval, época em que foram criadas instituições para alojar pessoas doentes, peregrinos, pobres e inválidas constituindo, inclusive, locais de separação e de exclusão (FOUCAULT, 1985, p.101 apud LACERDA & EGRY, 1997). Na ausência de procedimentos terapêuticos, tais infecções apresentavam a mesma forma de transmissão que aquelas nas comunidades: vias aéreas, água, alimentos, etc., caracterizando e reproduzindo as epidemias de caráter eminentemente exógenas e específicas que assolavam a Idade Média: cólera, pestes, dentre outras (LACERDA & EGRY, 1997).

As primeiras práticas de controle dessas infecções somente surgiram, a partir do século XVII, com a transformação do hospital, de um local de assistência aos

pobres, onde as pessoas eram internadas inclusive para morrer, para um local de cura e de medicalização. Neste período surgiram as primeiras práticas para o controle das infecções hospitalares. (LACERDA & EGRY, 1997).

O desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho resultou em uma transformação hospitalar e em uma nova concepção de doença, originando a enfermagem moderna, tendo como representante mais ilustre Florence Nightingale, nos hospitais militares ingleses, em meados do século XIX. (LACERDA & EGRY, 1997).

Florence Nightingale foi a percussora da percepção de doença como um esforço para restaurar a saúde, dando à enfermagem uma dimensão original - a de favorecer esse processo de restauração mediante o uso do "ar puro, da luz, do calor, da limpeza, do repouso e da dieta" (NIGHTINGALE, 1989, p. 5 apud LACERDA & EGRY, 1997). A limpeza, o isolamento, a individualização dos cuidados, a dieta controlada, a redução do número de leitos por enfermagem e da circulação de pessoas evitavam que as infecções se transmitissem do meio para o indivíduo e de um indivíduo a outro, mesmo no espaço fechado do hospital (LACERDA & EGRY, 1997).

O avanço do conhecimento sobre o corpo biológico e as conseqüentes intervenções invasivas, representadas principalmente pelas cirurgias, forçou o desenvolvimento de uma nova abordagem, pois o controle do meio não mais se mostrou suficiente para evitar uma nova forma de infecção que começou a surgir a partir desses procedimentos (LACERDA & EGRY, 1997).

Apesar das conquistas no campo da bacteriologia e conseqüente desenvolvimento dos antibióticos para o controle das infecções hospitalares, elas continuaram a ocorrer e, desta vez, com microrganismos resistentes. A mobilização de esforços para o controle dessa forma predominante de infecção hospitalar iniciou-se concomitantemente ao reconhecimento de sua ocorrência (LACERDA & EGRY, 1997), originando ações em diversos países.

Na década de 40, na Inglaterra, foi sugerida a organização de comissões multiprofissionais para investigar e adotar medidas preventivas contra essas

infecções. Esta sugestão foi reiterada em 1959, durante a pandemia de infecções hospitalares por *Staphylococcus aureus* nos hospitais ingleses (GRAZEBROOK, 1986, p. 24-6 apud LACERDA & EGRY, 1997).

Em 1958, a Associação Americana de Hospitais também recomendou a criação de comissões de controle de infecção hospitalar nos Estados Unidos ao mesmo tempo em que foram adotadas normas, regulamentos e manuais para o controle de infecções hospitalares (ZANON et al., 1979, p.115-19; MEISENHEIMER, 1983, p.35-47 apud LACERDA & EGRY, 1997).

Em seguida, foram realizados diversos eventos nacionais e internacionais especificamente relacionados às infecções hospitalares e ao seu controle e os organismos internacionais de saúde incluíram o assunto em suas pautas.

Em 1976, um Grupo de Trabalho organizado pela Oficina Regional da OMS para a Europa (WAHBA, 1977, p. 73-6 apud LACERDA & EGRY, 1997) reuniu-se em Bucareste, para expor os problemas e os tipos de investigações que estavam sendo conduzidos para o controle das infecções hospitalares nos vários países daquele continente. Este Grupo considerou que as infecções hospitalares, tanto endêmicas como epidêmicas figuram entre as principais causas de morbidade e mortalidade dos doentes hospitalizados e que os trabalhos de investigação das mesmas versavam sobre quatro temas principais: paciente; microrganismos; meio ambiente e estudos sobre a relação custo/benefício.

Em 1979, a OMS apresentou um guia prático sobre controle de infecção hospitalar (OMS, 1981 apud LACERDA & EGRY, 1997). Esse documento considerou uma série de fatores para a sua ocorrência, sempre delimitados ao contexto hospitalar e suas práticas. As recomendações para controle e prevenção da infecção hospitalar compreendem:

“... em primeiro lugar, a fiscalização de certas `barreiras', no sentido de prevenir a transmissão de microorganismos de um paciente para outro, do pessoal auxiliar para o paciente (ou vice-versa) ou do equipamento para o paciente” (OMS, 1981, p. 4 apud LACERDA & EGRY, 1997).

Essa fiscalização, segundo o guia, deve ser efetuada por um comitê de higiene hospitalar multiprofissional estabelecendo funções e normas de trabalho consoante às ações que já vinham sendo recomendadas nos movimentos precedentes.

Segundo Gastal & Roessler (2005) a investigação de surto ou de eventos adversos graves:

“constitui-se na averiguação sistemática, por meio do ferramental epidemiológico, do aumento estatisticamente significativo de uma doença ou evento acima dos índices previamente conhecidos e de seu nexó epidemiológico”.

A investigação deve ser realizada quando da ocorrência de surtos e de eventos adversos graves associados à atenção à saúde. Assim, define-se surto como *“aumento da ocorrência de doença acima dos índices obtidos previamente”*, segundo Jarvis.W.R. (In: Mayhall,C.G., 1996, 1993) ou, segundo Doebbeling (In Wenzel, 1993), *“aumento estatisticamente significativo, de uma determinada infecção, acima do limite superior endêmico”*.

Ainda, segundo Gastal & Roessler (2005), os objetivos principais das investigações de surtos são: a identificação etiológica; a identificação das fontes e modos de transmissão; a identificação de grupos expostos a maior risco e principalmente controlar o evento prevenindo ocorrência de novos casos. Esta investigação deve ser iniciada imediatamente após a notificação do surto ou agravo às autoridades sanitárias ou sempre que as mesmas considerem necessário dispor de informações complementares em casos isolados. Para que a investigação do surto aconteça de forma tempestiva, a existência de uma equipe de investigadores capacitada e multidisciplinar é fundamental.

1.4. Infecção relacionada à assistência à saúde no Brasil

No Brasil, passou-se a dar mais importância à infecção hospitalar a partir de 1980, com o episódio da morte do presidente Tancredo Neves, apesar de o Decreto nº. 77.052, de 19 de janeiro de 1976, já estabelecer, em seu artigo 2º, item IV, que *“Nenhuma instituição hospitalar pode funcionar no plano administrativo se não dispuser de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, pacientes e circunstantes.”* A cobertura dada ao assunto da morte do

presidente pelos meios de comunicação despertou o interesse da população, levando ao surgimento de denúncias e a uma maior preocupação com os riscos relacionados às infecções hospitalares. Essa crescente preocupação com o tema, motivou o governo a tomar algumas medidas, que culminaram com a publicação, em junho de 1983, da Portaria nº. 196 do Ministério da Saúde, que estabeleceu instruções para o controle e a prevenção das infecções hospitalares. (SILVA, 2003)

Tal Portaria estabeleceu critérios para a classificação das infecções hospitalares, determinou que os hospitais criassem comissões de controle de infecção hospitalar (CCIH) e estabeleceu as suas atribuições, que incluíam, dentre outros, a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica, a realização de treinamentos em serviços, a implementação de normas técnicas complementares e a investigação de casos notificados de infecção hospitalar. Foi fixado um prazo de 180 dias para que as instituições hospitalares adotassem as suas disposições (BRASIL, 1983).

Após a publicação da Portaria nº. 196 de 1983, o Ministério da Saúde iniciou então, em nível nacional, cursos de introdução ao controle de infecção hospitalar e criou 44 centros de treinamento com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde. Além das ações governamentais, no final da década de 80, ampliaram-se as discussões sobre controle das infecções hospitalares, o que levou à formação de várias associações profissionais, tais como a Associação Paulista de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), que se iniciou como núcleo, em 1982, e transformou-se em associação em 1987; a Associação Mineira de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar (AMECIH) e a Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecção Hospitalar (ABIH), fundada em 1987. Essas associações permanecem ativas e têm como objetivo o estudo e o controle das infecções hospitalares, por meio de cursos básicos e congressos sobre o assunto (SILVA, 2003).

Em 1992, a Portaria nº. 196 de 1983 foi substituída pela Portaria nº. 930, que estabeleceu normas para o controle das infecções hospitalares no país. Essa Portaria determinava que todos os hospitais mantivessem um programa de controle de infecções hospitalares, que fosse composto por um conjunto de ações desenvolvidas e deliberadas sistematicamente, com vistas à redução da incidência e

da gravidade das infecções hospitalares; estabeleceu a organização e as competências do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH); normas específicas para limpeza, desinfecção, esterilização e anti-sepsia; além de possuir um anexo específico sobre vigilância epidemiológica (BRASIL, 1992).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 1994 deixou evidente que a frequência média de hospitais executando procedimentos de risco para infecção hospitalar corretamente foi de 42,5%, sendo que a menor qualidade e frequência média de ações corretas foram encontradas nos procedimentos da via circulatória (26,5%). Já a frequência média de hospitais executando procedimentos invasivos corretamente foi de 51,5% dos procedimentos cirúrgicos e apenas 14,1% utilizavam a antibioticoterapia profilática dentro dos critérios adequados (PRADE et al, 1995 apud SILVA, 2003).

As taxas de infecção hospitalar nesse ano foram de 13%, enquanto a Organização Mundial de Saúde apontava para uma taxa máxima de 5%. Tais números, apesar de oficiais, são questionáveis e expõem a fragilidade gerencial sobre o tema. Apenas 7% dos hospitais utilizavam critérios diagnósticos validados (INFECTOLOGIA, 2004).

Em 1995, o Ministério da Saúde realizou uma avaliação da qualidade das ações de controle de infecção hospitalar com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das ações de assistência direta hospitalar e orientar um plano de diretrizes brasileiras para essa área. Os dados divulgados apontaram uma incidência nacional média de infecções hospitalares de 15,5%, numa razão de 1,18 infecções por paciente. Os resultados mostraram também que a média de pontos na avaliação dos hospitais foi de um terço do máximo esperado ($35\% \pm 17\%$). (PRADE et al, 1995 apud SILVA, 2003)

Tendo em vista esse panorama, em 12 de maio de 1998, o Ministério da Saúde revogou a Portaria nº. 930 de 1992 e expediu a Portaria nº. 2.616 que, no âmbito nacional, regulamenta o controle de infecção hospitalar. Essa Portaria manteve o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, estabelecendo que os membros do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) devem exercer a função de membros executores, e que os membros da Comissão de Controle de Infecção

Hospitalar (CCIH) passam a ser os membros consultores (BRASIL, 1998; SILVA, 2003). Atualmente, a definição de infecção hospitalar adotada é estabelecida por essa legislação: “É aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998).

Apesar das medidas e esforços adotados, o Brasil ainda apresenta diversos problemas que contribuem para manter as taxas de infecção hospitalar elevadas, o que representa não somente um problema importante de saúde pública e uma preocupação não somente dos órgãos governamentais, mas também um problema social, ético e jurídico devido às conseqüências na vida dos usuários e o risco a que estes estão submetidos ao utilizarem os serviços de saúde (SOUSA, 2007).

As infecções relacionadas à assistência à saúde, também conhecida como infecção hospitalar, representam também um problema econômico envolvendo custos diretos e indiretos, com prejuízos que vão além da esfera institucional e atingem o próprio paciente e a sociedade como um todo. Infere-se, então, que o controle da infecção hospitalar tornou-se uma questão econômica, além das questões legais e éticas, principalmente em países como o Brasil, onde os recursos destinados à saúde são escassos (SILVA, 2003).

Especialmente a infecção do sítio cirúrgico pode ser muito dispendiosa. Reilly, Twaddle e Kean (2001) realizaram um estudo de coorte prospectivo com os objetivos de quantificar o custo do agravo para o hospital, para a comunidade e para o paciente, e avaliar o custo-benefício de um programa de auditoria de infecção do sítio cirúrgico.

Os custos para o hospital encontrados nesse estudo envolveram um aumento nos dias de internação devido à drenagem de secreção purulenta, um aumento na readmissão de pacientes e mudança nas práticas da instituição que implicavam em maiores custos como, por exemplo, o banho com clorexidina. Já para os serviços públicos, o custo aumentado estava relacionado ao número de consultas médicas devido à infecção do sítio cirúrgico e ao número de consultas/visitas de enfermagem. Quanto aos gastos para o paciente, estes estavam relacionados ao número de

curativos feitos em casa devido à infecção e aos gastos com antimicrobianos (REILLY, TWADDLE, KEAN, 2001).

Sob o ponto de vista de Estado, sabe-se que o impacto social dos surtos de infecção podem ser devastadores sobre a saúde de uma população, assim como um desvio (im)previsto para a destinação de recursos financeiros empregados para combatê-los. Não somente pela mortalidade, mas particularmente pela morbidade e pelo desgaste em seu enfrentamento. Um exemplo que vem se tornando uma representação clássica dessa situação é o crescente aumento no número de infecções causadas por micobactérias atípicas em diversos estados brasileiros.

1.5. Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde

Sabe-se que a efetiva intervenção em um agravo de saúde coletiva ocorre a partir da avaliação e do gerenciamento do risco. Por outro lado, não há como gerenciar, desconsiderando elementos mínimos, como a informação, para a definição de estratégias e diretrizes institucionais.

A informação é de extrema importância para a efetividade das ações de vigilância sanitária para que possa subsidiar o monitoramento dos fatores de risco à saúde da população (COSTA, 2004). É também um dos componentes fundamentais para a atuação dos profissionais de saúde na minimização dos riscos associados a surtos, bem como na redução dos custos financeiros envolvidos na profilaxia e tratamento. Sabe-se que a informatização proporciona uma melhor qualidade de informação e poupa o tempo do controlador de infecção, inclusive na coleta e análise de dados (INFECTOLOGIA, 2004).

Nesse sentido a implantação de redes sobre o tema propicia o tratamento adequado da informação, além de agilidade na tomada de decisão e das respectivas medidas de contenção. Ainda, a variabilidade dos aspectos relacionados aos surtos em estabelecimentos de assistência à saúde demanda atuação de equipe multiprofissional capacitada e experiente.

A Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss) foi formada por demanda dos profissionais participantes do I Curso

de Investigação de Surtos em Serviços de Saúde promovido pela Anvisa em 2004 (INFORMES, 2004). Inicialmente ela contou com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontologistas, epidemiologistas, nutricionistas, administradores, estatísticos, engenheiros e arquitetos oriundos das vigilâncias sanitárias de todo o país e da Anvisa. Esse grupo constituiu o núcleo de formação da rede. Atualmente, a Reniss está em expansão, e ampliou para a participação de técnicos de vigilância epidemiológica, de profissionais dos Hospitais-Sentinela e de outros serviços de saúde, dos laboratórios centrais dos estados e dos centros de referência em vigilância sanitária no país. No entanto, até o momento não houve a publicação de um ato formal da Anvisa para a constituição da Rede.

O impacto social e econômico da ocorrência de surtos e eventos adversos no país, aliado à necessidade de resposta imediata (controlar, investigar e conter) e de orientação das mudanças nas práticas assistenciais e das regulamentações constituem o fundamento para a formação da rede de investigação. A estratégia do trabalho em rede justifica-se, haja vista o elevado custo de manutenção de uma equipe exclusiva à investigação de surtos, sobretudo pela necessidade de se ter uma estrutura de profissionais habilitados e capacitados em investigar surtos.

Faz-se necessário, então, identificar elementos para o direcionamento das ações de investigação em vigilância sanitária e para o fortalecimento do trabalho em rede, abordando aspectos de formação de recursos humanos, estratégias políticas e econômicas, estratégias de divulgação e informação, legislação e investigação.

Segundo Maia (2004) há importantes avanços nos estudos sobre formação e gestão de redes de cooperação e inovação entre pequenas e médias empresas principalmente aqueles estudos voltados para o aumento de competitividade no mercado. No entanto, quando o objeto de estudo é a ação de órgãos públicos que atuam na área social e, em particular, no setor saúde o mesmo não acontece, portanto, este estudo vem contribuir para o tema.

São várias as abordagens empregadas que, dependendo do fundamento teórico utilizado, podem conduzir a um referencial conceitual diferente para a definição de rede. Segundo Saravia (2003) “a rede é um conceito largamente operacional que permite construir novas realidades e modificar sistemas já existentes.” (SARAVIA,

2003 apud MAIA, 2004). Dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária a Reniss representa uma inovação na operacionalização das investigações de surtos em serviços de saúde no Brasil.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar o perfil dos profissionais que compõem a Rede Nacional para Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde, que possibilitará a ampliação dos estudos e das ações de planejamento de modo a atender as necessidades nacionais, seja pelo direcionamento dos cursos de formação de recursos humanos, seja pela implementação de estratégias de ampliação e fortalecimento.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Identificar o perfil dos investigadores que integram a Rede Nacional para Investigação de Surtos em Serviços de Saúde da Anvisa em 2008.

2.2. Objetivos Específicos

- identificar as categorias profissionais e o nível de especialização dos investigadores;
- identificar a distribuição geográfica dos investigadores de referência da Rede;
- definir o âmbito de atuação dos investigadores, as principais características funcionais e tempo de vinculação dos integrantes da rede;
- identificar as ferramentas estatísticas e de softwares de investigação freqüentemente utilizadas pelos investigadores, bem como a estrutura organizacional para a realização de investigação;
- identificar os assuntos mais frequentemente investigados;
- identificar a composição da equipe atual nos estados de origem e a formação desejada;
- identificar a participação dos investigadores da Rede, como referência em investigações, e mecanismos de divulgação dos resultados das investigações realizadas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo seccional descritivo quantitativo, com levantamento de dados acerca dos profissionais capacitados, em 2004, para investigação de surtos em estabelecimentos de assistência à saúde. Os dados foram coletados quatro anos após a realização do primeiro curso de aperfeiçoamento em Investigação de Surtos, promovido pela Anvisa.

A estratégia adotada implicou em consulta às fontes pré-existentes de informações. O instrumento de coleta de dados (Anexo A) foi enviado para o endereço eletrônico dos participantes do primeiro curso de investigação e das atualizações cadastrais subsequentes.

Foi adotado um Formulário/inquérito de recadastramento dos colaboradores, disponível via web, e utilizados bancos de dados do FormSUS/DataSUS.

Os resultados que serão apresentados são relativos aos dados fornecidos pelo banco de dados que abriga o instrumento de coleta daqueles profissionais cadastrados em julho de 2008.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo levantou o perfil dos investigadores da Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (Reniss) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em julho de 2008, 93 profissionais ligados à saúde, distribuídos pelas cinco regiões do país integravam a Reniss. Conforme Junqueira (2000), a articulação de diversos atores sociais, para gerar conhecimento e intervir numa realidade social, também pode ser entendida como rede. Segundo o autor, “os indivíduos são inseridos em redes sociais, nas quais deixam de ser objetos para serem atores, responsáveis pela construção de um SUS, que se reproduz para garantir direitos de cidadania.” (JUNQUEIRA, 2000 apud MAIA, 2004). Dentro deste contexto estão inseridos os investigadores da Reniss.

A maioria dos investigadores da Reniss (42%) tem entre 41 e 50 anos, seguida por profissionais na faixa etária de 31 a 40 anos de idade (27,2%), conforme apresentado na Figura 1. A média de idade é de 41 ± 12 anos, variando de 25 a 60 anos. O resultado encontrado é semelhante ao encontrado na Pesquisa Mensal de Empregos do IBGE que mostra que 65,2% das pessoas ocupadas em atividades do grupo “Educação, saúde, serviços sociais, administração pública, defesa e seguridade social” encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos (BRASIL, 2008a).

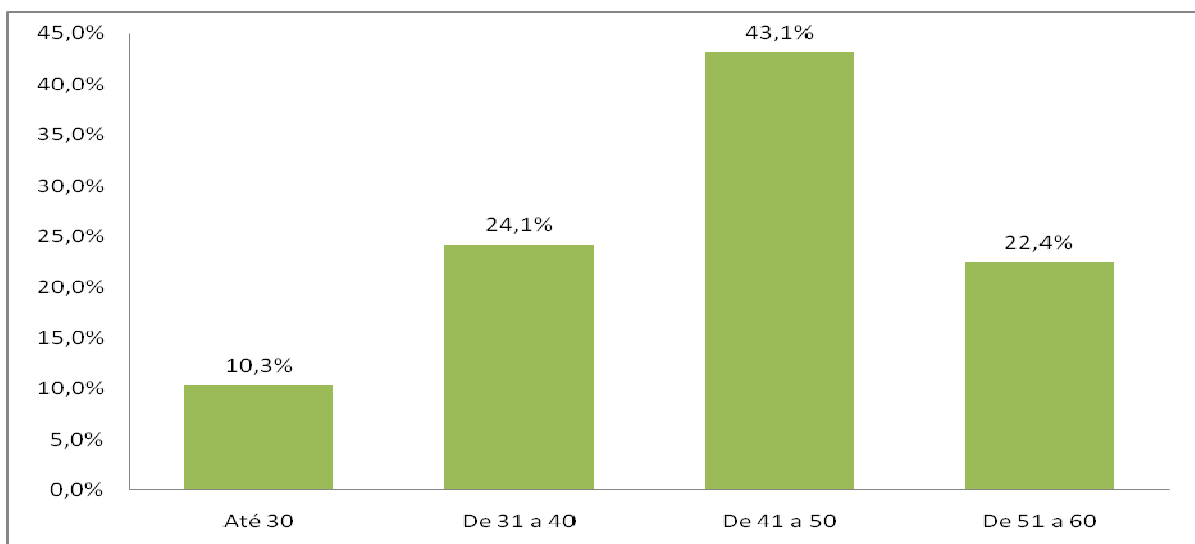


Figura 1: Distribuição por faixa etária dos integrantes da Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde, em julho de 2008.

Os dados mostram que a Rede é composta majoritariamente por mulheres, representando 81% (75/93) do universo estudado. A Pesquisa Mensal de Emprego realizada pelo IBGE (2008) mostra que a proporção de mulheres inseridas no mercado de trabalho tem aumentado nos últimos cinco anos, sendo que em janeiro de 2008, 22,0% das mulheres ocupadas estavam atuando em atividades ligadas à Administração Pública, Educação, Defesa, Segurança ou Saúde (BRASIL, 2008b), sendo que, em 2007, dentre as pessoas ocupadas nesse ramo de atividades 63,2% eram mulheres (BRASIL, 2008a).

Quanto à escolaridade, verificou-se que todos os profissionais da rede possuem nível superior em áreas, direta ou indiretamente, ligadas à saúde, sendo a maior parte formada por enfermeiros (38,7%), seguida por médicos (17,2%) e farmacêuticos (12,9%). A Tabela 1 mostra a distribuição dos colaboradores por ordem decrescente de representatividade profissional por formação básica. Destaca-se que a prevenção e o controle das infecções hospitalares constam como incumbências do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, previsto no Art. 8º do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

Entretanto, o perfil dos investigadores reflete a composição multiprofissional da Rede, estando, desta forma, em conformidade ao determinado na Portaria nº 2.616 de 1998, que estabelece que a CCIH deva ser composta por um elenco mínimo de profissionais de diversas categorias. O perfil atual dos investigadores da Rede aproxima-se do ideal, haja vista a crescente complexidade das investigações e conseqüente necessidade de junção de conhecimentos de diversas áreas de atuação.

Tabela 1: Distribuição dos investigadores da Reniss, por formação básica, em julho de 2008.

Formação básica	N	%
Enfermagem	36	38,7%
Medicina	16	17,2%
Farmácia	12	12,9%
Odontologia	8	8,6%
Biologia	4	4,3%
Medicina Veterinária	3	3,2%
Nutrição	3	3,2%
Estatística	2	2,2%
Biomedicina	1	1,1%
Administração	1	1,1%
Outro	7	7,5%
Total	93	100,0%

Constatou-se, ainda, que a rede é composta por grande variedade de categorias profissionais, nas mais diversas especialidades, como mostra a Tabela 2, destacando-se a prevalência de profissionais de saúde de nível superior elencados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 287 de 08 de outubro de 1998. Cabe dizer que a participação de profissionais de outras áreas é fundamental uma vez que se busca desenvolver um trabalho multiprofissional, tendo em vista a necessidade dos diversos campos do conhecimento, tais como estatística, administração, engenharia, entre outros.

Em países como a Holanda, um controlador de infecção demanda um ano e meio de estudos teóricos e práticos (SANTOS, 2004), mostrando a importância dos programas de formação de recursos humanos na investigação de surtos infecciosos no Brasil.

Tabela 2: Especialidade, de acordo com a profissão, dos investigadores da Reniss.

Profissão	Especialidade	N	%
Enfermagem	Cirurgia Cardíaca	1	1,1%
	Cirurgia-Geral	1	1,1%
	Clínico (Farmacêutico; Médico; Engenheiro; Outros)	4	4,3%
	Epidemiologia	5	5,4%
	Infectologia/ Doenças Infecciosas	3	3,3%
	Obstetrícia	1	1,1%
	Vigilância Sanitaria	18	19,4%
	Hemoterapia	1	1,1%
	Neonatologia	1	1,1%
	Oncologia	1	1,1%
Medicina	Cirurgia Pediátrica	1	1,1%
	Cirurgia-Geral	1	1,1%
	Clínico (Farmacêutico; Médico; Engenheiro; Outros)	1	1,1%
	Doenças Infecciosas	3	3,2%
	Epidemiologia	1	1,1%
	Infectologia	4	4,3%
	Vigilância Sanitaria	3	3,2%
	CTI – Pediátrico	1	1,1%
Neur/cirurgia	1	1,1%	
Farmácia	Clínico (Farmacêutico; Médico; Engenheiro; Outros)	4	4,3%
	Doenças Infecciosas	1	1,1%
	Epidemiologia	1	1,1%
	Farmacologia	1	1,1%
	Microbiologia	1	1,1%
	Vigilância Sanitaria	4	4,3%
Odontologia	Cirurgião Dentista	4	4,3%
	Vigilância Sanitaria	4	4,3%
Biologia	Epidemiologia	1	1,1%
	Microbiologia	2	2,2%
	Vigilância Sanitaria	1	1,1%
Medicina Veterinária	Clínico (Farmacêutico; Médica; Engenheiro; Outros)	1	1,1%
	Epidemiologia	2	2,2%
Nutrição	Vigilância Sanitaria	3	3,2%
Estatística	Epidemiologia	1	1,1%
	Anatomia Patológica	1	1,1%
Biomedicina	Microbiologia	1	1,1%
Administração	Vigilância Sanitaria	1	1,1%
Outro	Clínico (Farmacêutico; Médico; Engenheiro; Outros)	1	1,1%
	CTI – Adultos	1	1,1%
	Vigilância Sanitaria	4	4,3%
	Anatomia Patológica	1	1,1%
Total		93	100,0%

Verifica-se que 40,9% (38/93) daqueles atuantes na rede, e que desenvolvem as atividades de investigação de surto, aprofundaram seus conhecimentos, e têm como campo de trabalho, a vigilância sanitária, seguida da vigilância epidemiológica (11,8%) e da atividade clínica assistencial (11,8%).

A vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica estão inseridas dentro de um campo maior que é a vigilância em saúde (TEIXEIRA & PAIM & VILASBÔAS, 1998), sendo que, um dos objetivos desse campo é justamente a identificação de surtos, momento em que são necessárias a intervenção e a tomada de medidas imediatas de proteção à saúde de trabalhadores e de usuários do serviço de saúde (WALDMAN, 2002).

É na ação tempestiva da vigilância sanitária que é possível, mediante o poder de polícia, realizar a investigação e concretizar as medidas de controle independente da natureza jurídica da instituição onde ocorreu o surto (COSTA, 2004). Segundo Waldman (2002), “a investigação de surtos constitui atividade que, obrigatoriamente, deve ser incorporada por qualquer sistema de vigilância”.

O controle de infecção relacionada à assistência à saúde (IrAS) é área de atuação de 16,1% dos investigadores cadastrados, sendo infectologia (6,5%), doenças infecciosas (5,4%) e microbiologia (4,3%) as especialidades que se destacam na atividade. A Figura 2 mostra as áreas diretamente relacionadas às atividades exercidas pelos investigadores. As atividades mais freqüentes são ligadas à vigilância sanitária (78%) e controle de infecção (38%), seguido das atividades de inspeção (26%) e saúde coletiva (26%).

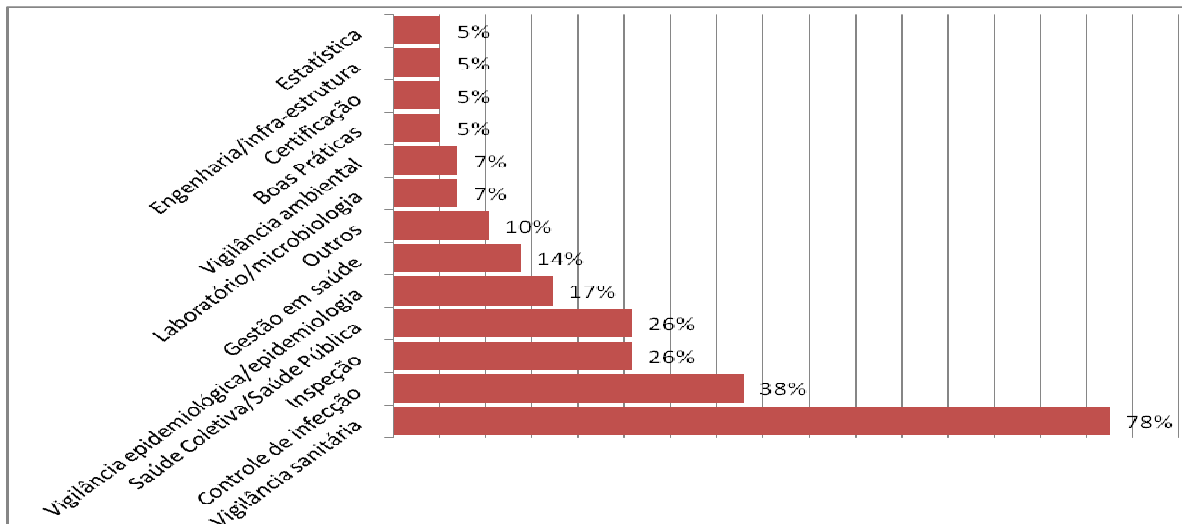


Figura 2: Áreas diretamente correlacionadas às atividades desempenhadas pelos integrantes da Reniss em julho de 2008.

Segundo Tálamo & Carvalho (2004), as informações e a transmissão dos conhecimentos no interior da rede de cooperação fluem por processos de aprendizado formais ou informais. Esta pesquisa mostra que a Reniss tem um alto índice de aquisição de conhecimentos por meio do aprendizado formal.

Ainda em relação à formação profissional, do total de profissionais registrados na rede, 68% possuem, pelo menos, 01 curso de pós-graduação *Lato sensu*. Cerca de 20% do total de colaboradores da Reniss já concluíram a pós-graduação *stricto sensu*, destes 85% com título de mestre, o que representa 17% do total, e o restante com o título de doutor, o que representa 3% do total, como mostrados na Tabela 3.

TABELA 3: Nível de especialização, por categoria profissional, dos participantes da Reniss, em julho de 2008.

PROFISSÃO	Superior	Especialização	Mestrado	Doutorado	Total
Enfermeiro	3	27	6		36
Médico	1	9	4	2	16
Farmacêutico	1	10	1		12
Odontologista	3	5			8
Nutricionista	1	1	1		3
Estatístico		1	1		2
Biólogo		2	2		4
Administrador		1			1
Veterinário	1	1	1		3
Biomédico				1	1
Outro	1	6			7
Total	11 (11,83%)	63 (67,74%)	16 (17,20%)	3 (3,23%)	93 (100)

Em relação ao vínculo, os dados mostram que a Rede possui representantes nas três esferas de governo, tendo maior representatividade nos governos estaduais (59,1%), seguida pelo nível federal (22,6%), possibilitando o processo de descentralização, que é um dos princípios do SUS (BRASIL, 1990), como mostrado na Figura 3.

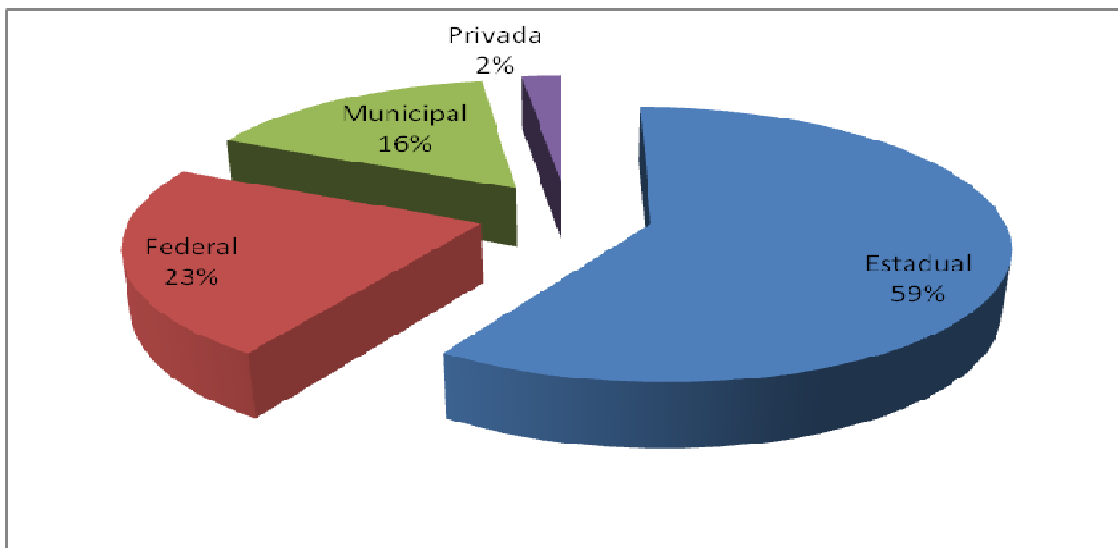


Figura 3: Representatividade dos integrantes da Reniss, conforme o nível governamental e não estatal, em julho de 2008.

Verifica-se que, além do âmbito governamental, existem 2,2% de investigadores ligados à iniciativa privada e que colaboram com as atividades investigativas.

A Tabela 4 mostra que, no nível estadual, há investigadores ligados principalmente às vigilâncias sanitárias e aos hospitais, totalizando 87,27% dos investigadores desse âmbito. Na esfera governamental em todas as esferas observa-se a predominância de investigadores ligados principalmente à vigilância sanitária. Como segundo vínculo institucional de destaque observa-se no âmbito estadual estão os hospitais e no federal as universidades. Segundo Maia (2004):

“o que se observa é que, independente do conceito de rede que se adote, verificam-se algumas tendências como, por exemplo, a consolidação da cultura de cooperação. Nota-se também a busca da universalização da cooperação científica e

tecnológica. Um número cada vez maior de atores é incorporado aos processos de inovação, sejam públicos ou privados e nos esquemas de cooperação. Essas tendências têm como consequência aumentar o papel estratégico da cooperação e seus impactos entre os elos de integração das redes.”

Tabela 4: Relação de vínculo institucional, em cada esfera governamental e não governamental da Reniss, em 2008.

Esfera	Entidade	Total (%)
Federal	Anvisa	14 (66,67)
	Hospital	1 (4,76%)
	Ministério da Saúde	2 (9,52%)
	Universidade	4 (19,05%)
Federal Total		21 (100%)
Estadual	CECIH	1 (1,82%)
	Hospital	4 (7,27%)
	SES	2 (3,64%)
	Universidade	1 (1,82%)
	VE	1 (1,82%)
	VISA	44 (80%)
	VS	2 (3,64%)
Estadual Total		55 (100%)
Municipal	VE	3 (20%)
	VISA	12 (80%)
Municipal Total		15 (100%)
Privada	Privada	2 (100%)
Privada Total		2 (100%)
Total geral		93 (100%)

Os dados evidenciam a participação de profissionais ligados à vigilância sanitária, em todas as esferas de governo. Por outro lado, identifica-se a tendência de reorganização da vigilância em saúde, e 3,64% dos investigadores estaduais já mostram que suas atividades laborais estão ligadas à vigilância em saúde, não estabelecendo distinção entre vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental ou saúde do trabalhador.

Apenas 7,5% dos profissionais atuantes na rede são contratados e 92,5% são servidores públicos. Do total de investigadores, 83,9% são servidores de carreira, enquanto o vínculo dos profissionais com a atividade pública mostra que do total, 4,3% é comissionado. A Figura 4 indica o vínculo funcional do investigador da rede.

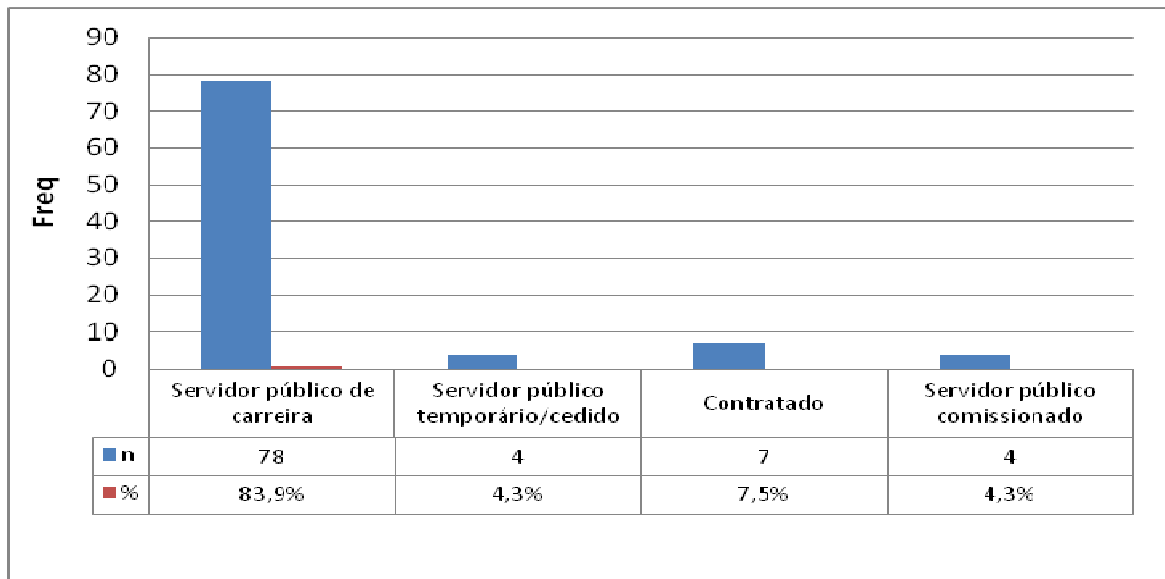


Figura 4: Vínculo funcional dos investigadores cadastrados no Banco de Dados da Reniss, em julho de 2008.

A Tabela 5 mostra que todos os colaboradores da Reniss que atuam na esfera municipal de saúde são servidores públicos de carreira, o que representa 16,1% de todos os integrantes da rede. No nível estadual, 91% dos investigadores são servidores de carreira, representando 54% do total de profissionais cadastrados. No âmbito federal 67% dos integrantes da rede são servidores de carreira, totalizando 14% do total de integrantes da rede. Esse resultado representa um dado importante para o planejamento a curto, médio e longo prazo das ações conjuntas, bem como para o processo de continuidade.

Tabela 5: Relação de vínculo funcional e esfera de atuação dos integrantes da Reniss em 2008.

Esfera	Vínculo Funcional	N	%
Federal	Contratado	2	2,2
	Servidor público comissionado	3	3,2
	Servidor público de carreira	13	14,0
	Servidor público temporário/cedido	3	3,2
Estadual	Contratado	3	3,2
	Servidor público comissionado	1	1,1
	Servidor público de carreira	50	53,8
	Servidor público temporário/cedido	1	1,1
Municipal	Servidor público de carreira	15	16,1
Privada	Contratado	2	2,2
Total		93	100,0

Quanto ao tempo de vínculo, os dados coletados mostram que 51% (40/93) dos investigadores da Reniss têm menos de 10 anos na atual instituição em que trabalham, sendo que apenas 5,4% (5/93) possuem menos de um ano e 2,2% (2/93) têm mais de 30 anos, como mostra a Figura 5.

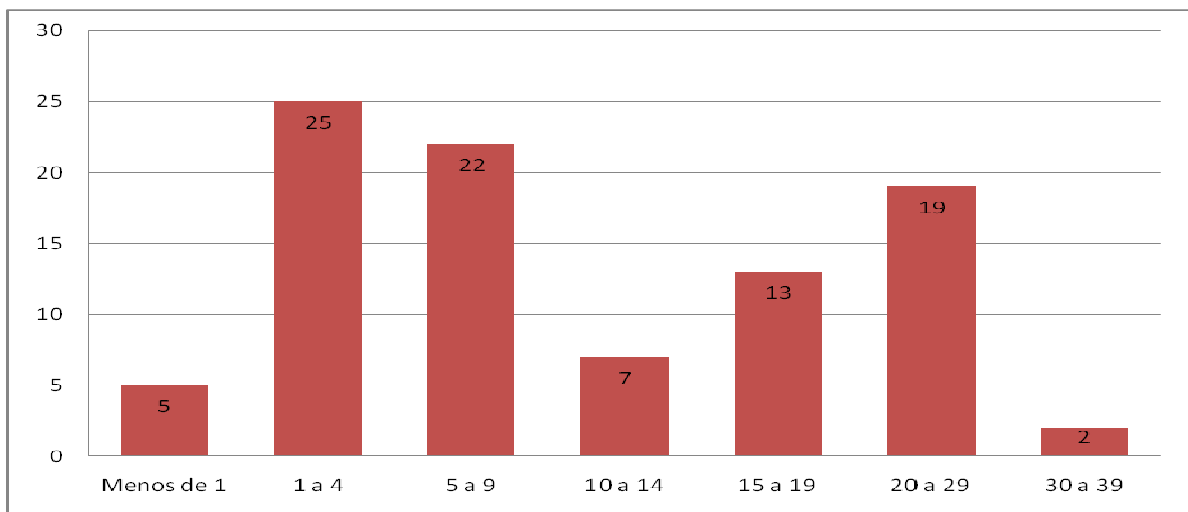


Figura 5: Tempo de vínculo, em anos, do investigador da Reniss com a instituição de saúde em que desenvolve suas atividades laborais em 2008.

A distribuição dos investigadores no que diz respeito à abrangência de atuação é mostrada na Tabela 6. Constatou-se que 41,9% dos investigadores atuam em todo o âmbito estadual. Cerca de 46% exercem suas atividades apenas na capital das respectivas unidades federadas, e que 3,2% possuem atuação, direta e indireta, nas atividades investigativas na jurisdição do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul). Portanto, a abrangência de atuação concentra-se mais dentro do território estadual, o que corrobora com a noção de que a ação de vigilância sanitária em serviços de saúde está consolidada nesta esfera (GASTAL & ROESSLER, 2005), uma vez que as ações de média e alta complexidade ficaram a cargo, inicialmente, no processo de descentralização, do nível estadual. No entanto, atualmente, a organização do sistema de saúde brasileiro está voltada para o fortalecimento do âmbito municipal (TEIXEIRA, 2002).

Localidade da atuação	N	%
No Brasil e no Mercosul	3	3,2
Em todo o país	4	4,3
Em todo o Estado de origem	39	41,9
Apenas na capital	43	46,2
Apenas no interior	4	4,3
Total	93	100

A distribuição dos investigadores da Reniss, por Estado, é mostrada na Figura 6. Verifica-se que há, pelo menos, um representante da rede em cada um dos estados brasileiros.

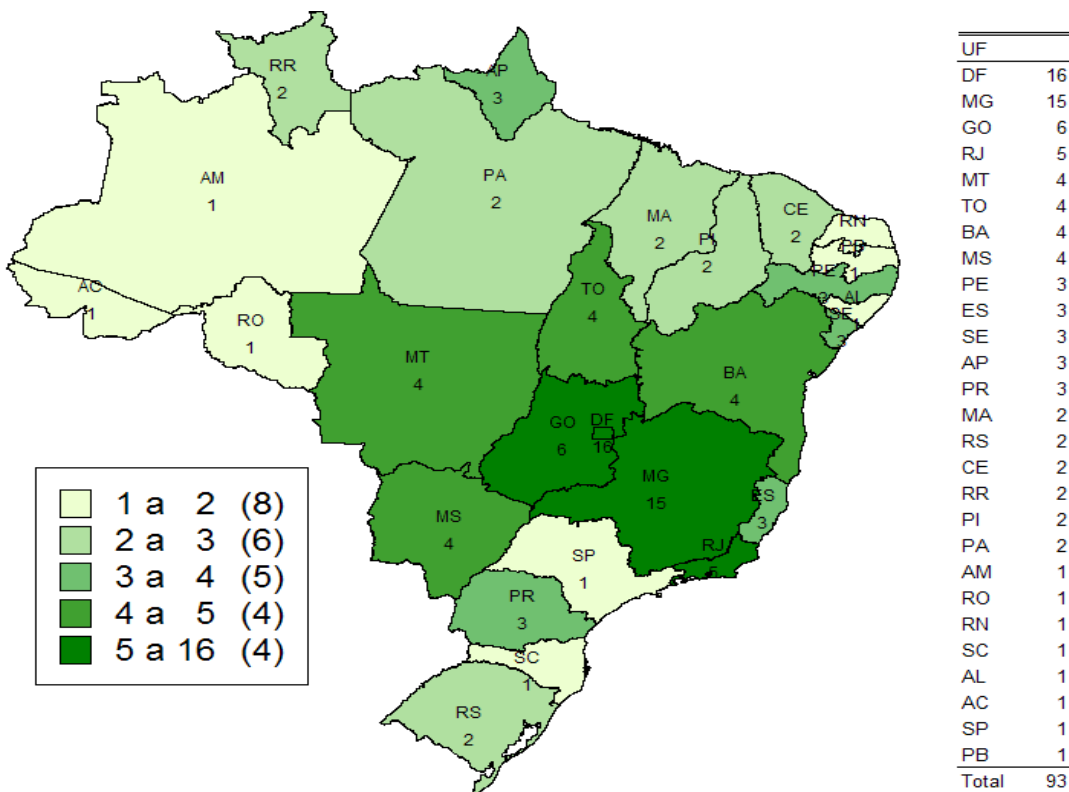


Figura 6: Distribuição dos investigadores cadastrados na Reniss, por unidade federada.

O Distrito Federal (17,2%) e Minas Gerais (16,1%) são os Estados que apresentam, proporcionalmente ao número de serviços de saúde, o maior quantitativo de investigadores na rede, sendo que o Distrito Federal possui maior concentração de integrantes do nível federal.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2008), o país possui 182.145 serviços de saúde. A análise deste estudo está restrita aos 1.166 serviços de saúde, distribuída entre tipos de unidades de atendimento, descritos na Tabela 7 a seguir:

Tabela 7: Tipos de unidades de atendimento por região.

Estabelecimentos de saúde	CO	N	NE	S	SE	Total
Central de regulação de serviços de saúde	5	6	10	3	4	28
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	5	4	3	2	5	19
Centro de parto normal – isolado	0	0	7	0	3	10
Clinica especializada/ambulatorio de especialidade	28	24	60	32	45	189
Hospital especializado	16	17	35	12	24	104
Hospital geral	27	24	59	28	33	171
Hospital/dia – isolado	7	4	19	10	12	52
Laboratório central de saúde pública IACEN	7	6	7	4	9	33
Policlínica	21	20	39	23	34	137
Posto de saúde	13	15	35	21	23	107
Pronto socorro especializado	4	3	13	6	12	38
Pronto socorro geral	8	5	19	13	18	63
Unidade de apoio diagnóstico e terapia (sadt isolado)	24	20	45	25	34	148
Unidade mista	10	9	26	11	11	67
Total	175	157	377	190	267	1166

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2008.

A região nordeste é a que possui o maior número do tipo de unidades mencionadas anteriormente, totalizando 377, seguida pela região sudeste (267), sul (190), centro-oeste (175) e norte (157).

A distribuição territorial dos investigadores mostra que, na região centro-oeste há 01 investigador para cada 6 serviços de saúde, enquanto a maior desproporção entre o número de serviços de saúde para cada colaborador ocorre na região sudeste (1:38). Ressalta-se que o nordeste é o que apresenta o maior quantitativos dentre os serviços de saúde listados, apresentando em julho de 2008 a proporção 1:20. Não foi considerado, para essa comparação, o porte ou número de leitos do serviço de saúde. Conforme Santos (2004), os hospitais de pequeno porte, ou menores de 50 leitos, representam o perfil mais freqüente de instituição.

Sabe-se que manter uma equipe de investigação, com um perfil diferenciado e altamente especializado, tem um custo elevado de manutenção e operacionalização. Embora seja evidente a desproporção entre o número de serviços de saúde e o quantitativo de investigadores de referência por unidade federada, verifica-se a importância do trabalho em rede para suprir as dificuldades técnicas e financeiras, unificando a informação e a conservação permanente de um grupo de especialistas.

Um dos pontos relevantes dessa distribuição geográfica, não é necessariamente a concentração em locais de maior número de serviços, mas pela facilidade na localização e deslocamentos de profissionais, que podem ser solicitados para compor equipes de investigação de surto, seja no estado de origem, seja em outro estado no qual esteja ocorrendo um surto, permitindo flexibilidade à rede.

A investigação do surto deve priorizar a coleta dos dados e sua análise, com o objetivo de desencadear rapidamente as ações de controle (WALDMAN, 2002). Em decorrência das atividades estatísticas que envolvem a investigação de surto, foram correlacionadas algumas das ferramentas informatizadas de maior acesso pelos investigadores. Verificou-se que 78,5% dos investigadores da rede têm habilidade algum programa estatístico, sendo o Microsoft Office Excel® (77%) e o programa estatístico EpiInfo (25%) os mais utilizados.

Constatou-se que apenas 1,1% dos integrantes possuem conhecimento de todos os softwares apresentados, como indica a Figura 7. Um dado que se destaca é a reduzida aptidão relatada por 10 investigadores (11%), que afirmaram não conhecer nenhum dos programas listados. A falta de acesso e prática dos investigadores na utilização de programas estatísticos mostra-se, em um processo de harmonização de informações nas diversas regiões do país, como um obstáculo para coleta dos dados sobre as investigações realizadas. Além disso, essa limitação torna mais ainda difícil a padronização das informações coletadas e a análise dos dados no âmbito local.

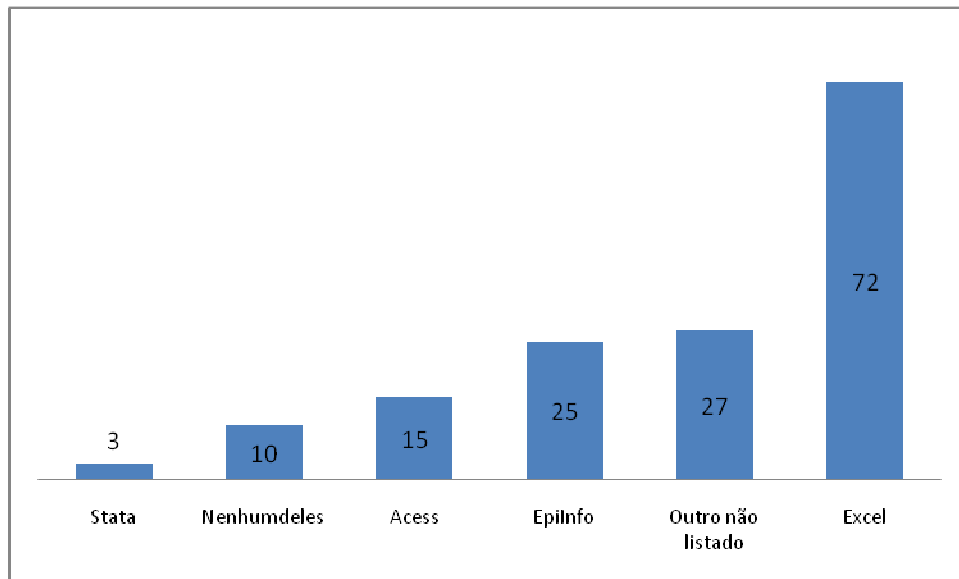


Figura 7: Habilidade do investigador na utilização de ferramenta de informática ou software.

Constatou-se que os todos os investigadores dispõem de ambiente de rede, ou com conexão rápida (98,9%) ou com conexão discada (1,1%) de acesso à internet.

Em linhas gerais, 42% dos investigadores da rede dispõem de algum suporte de informática da instituição à qual estão ligados para compilar as informações coletadas nas investigações efetuadas, conforme demonstra a Tabela 8.

Tabela 8: Utilização de bancos de dados para compilação das informações das investigações.

Utiliza algum Banco de Dados (BD) para compilar dados da investigação?	n	%
Disponho de algum suporte de informática	29	31,2%
Disponho de todo o suporte de informática a contento	10	10,8%
Me "viro" bem com o que sei fazer em BD utilizando Excel ou Acess	17	18,3%
Não Utiliza BD; mas faz a compilação dos dados manualmente	4	4,3%
Não utilizo BD; porque não tenho habilidade nenhuma (alguém faz)	2	2,2%
Não utilizo BD; porque não tenho habilidade nenhuma (ninguém faz)	3	3,2%
Nenhuma das respostas acima é aplicável a minha realidade	28	30,1%
Total	93	100,0%

A Figura 8 mostra que 59 (63,4%) investigadores da Reniss participaram de pelo menos uma investigação de surto, atuando em sua maioria como integrante da equipe. Enquanto 34 (36,6%) integrantes da Rede nunca participaram de uma investigação e, destes, dois nunca souberam da ocorrência de surtos em sua região. Gastal e Roessler (2005) consideram que a notificação e investigação de eventos

adversos associados à prestação da assistência à saúde são de especial relevância para retro-alimentação do sistema quanto à qualidade dos serviços de saúde, uma vez que o controle de risco e a qualidade são inseparáveis.

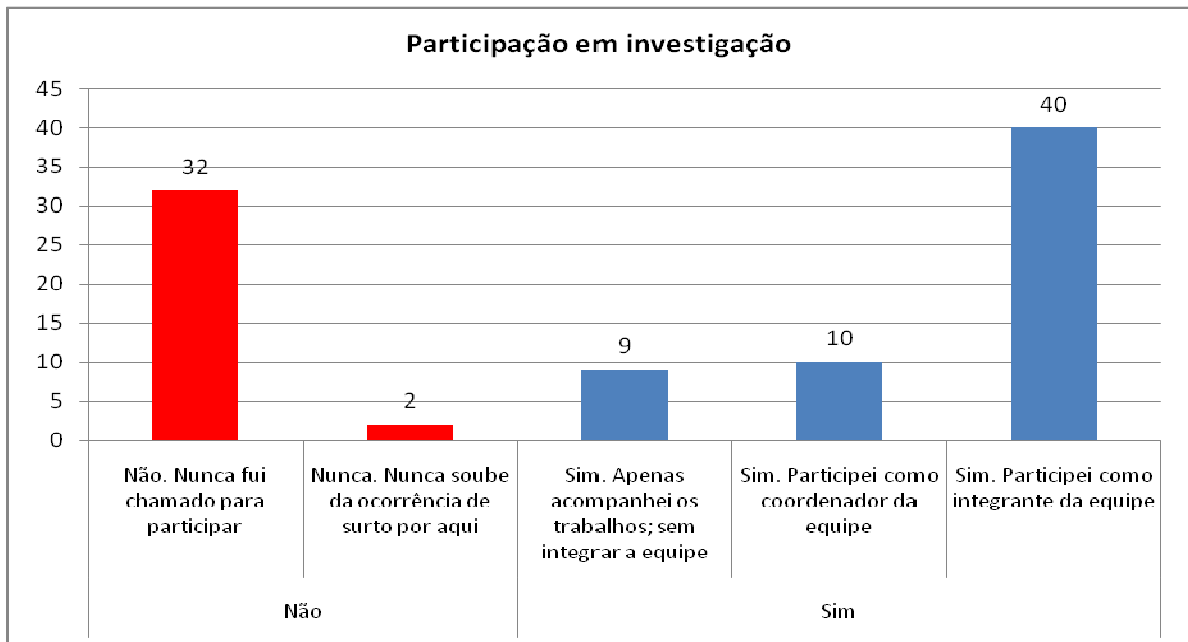


Figura 8: Distribuição dos investigadores, de acordo com a participação em investigação.

Em relação aos assuntos mais frequentemente investigados, verificou-se que as doenças infecciosas e parasitárias foi tema predominante para 86% das investigações realizadas, sendo que problemas ligados aos serviços de saúde correspondem a 43% das investigações. A Figura 9 mostra que as doenças da pele e do tecido subcutâneo corresponderam a 10% das investigações.

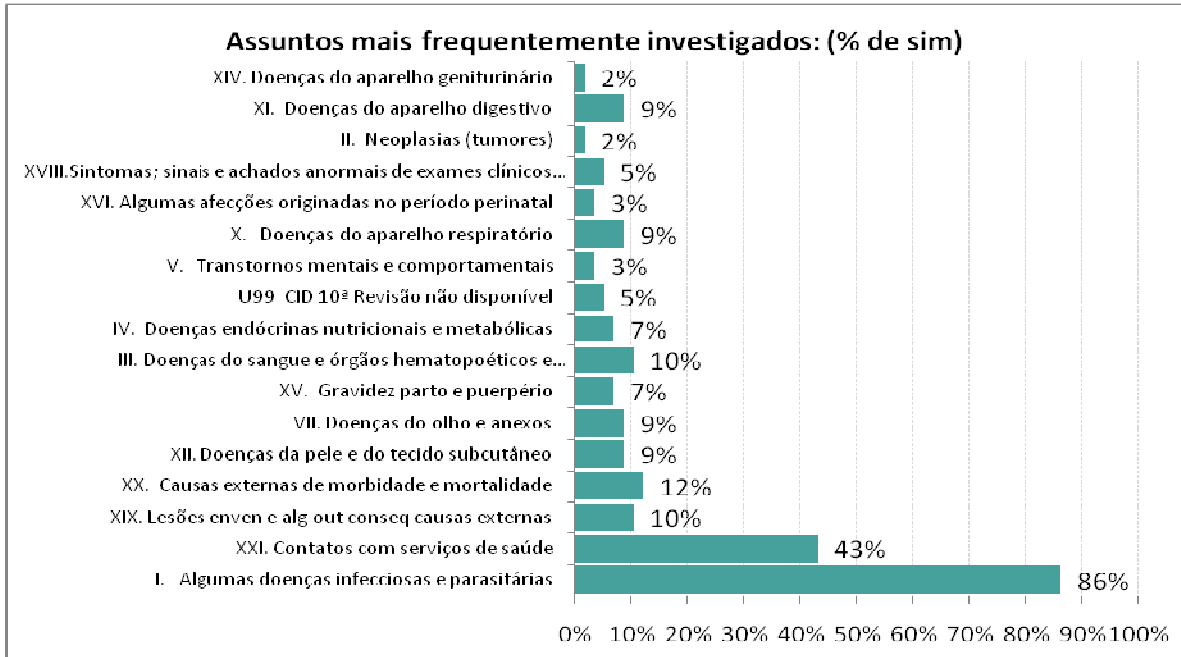


Figura 9. Percentual de respostas afirmativas aos assuntos investigados.

Quanto aos profissionais que atualmente compõem a equipe vê-se na Figura 10 uma prevalência de enfermeiros (59%), seguidos por médicos (38%) e farmacêuticos (28%). Do total, 13% dos investigadores afirmaram não haver uma equipe, respondendo sozinhos pelas investigações no respectivo âmbito de atuação.

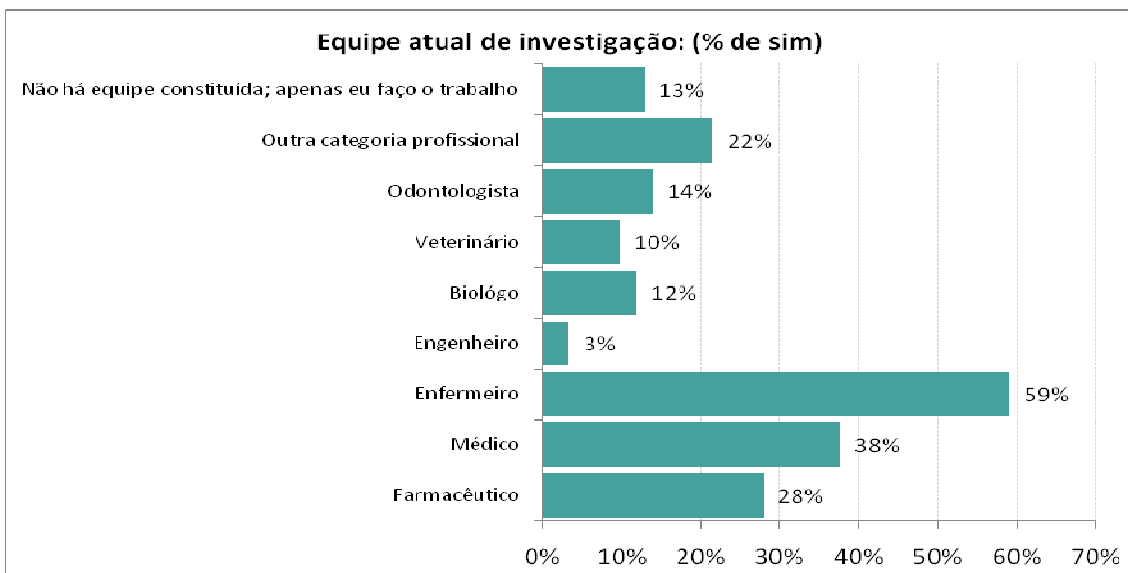


Figura 10. Equipe atual de investigação no respectivo âmbito de atuação.

Em relação à equipe ideal, apontada pelos próprios investigadores, verificou-se a mesma tendência da atual composição de equipe, sendo o enfermeiro (85%) o

profissional mais citado. Outras categorias citadas foram epidemiologistas (77%), estatísticos (63%) e farmacêutico-bioquímicos (59%), conforme mostra a Figura 11.

Embora o investigador tivesse incluído o profissional com a mesma formação acadêmica como sendo um integrante da equipe, verifica-se que o epidemiologista (77%) e o estatístico (63%) foram as formações profissionais mais freqüentes, indicando a deficiência do investigador nesses campos.

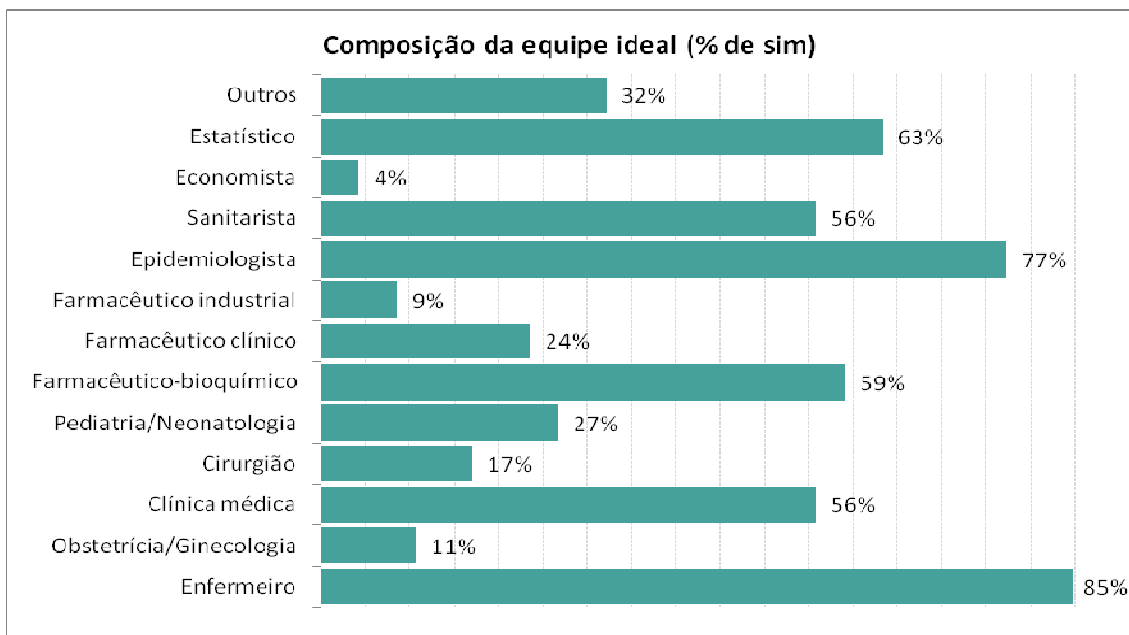


Figura 11: Composição da equipe ideal apontada pelo investigador da rede.

Quanto à forma de divulgação das investigações realizadas pelos integrantes da rede, nota-se pela Figura 12, que 35,5% dessas foram divulgadas apenas por relatórios. 23,7% foram divulgadas por outros meios e 12,9% das investigações foram divulgadas pela Anvisa-Reniss. Segundo Waldman (2002), a última etapa da investigação de surtos é a divulgação dos resultados da investigação. É de extrema relevância a elaboração e divulgação do relatório final da investigação, acompanhado de recomendações pertinentes. Essa é a forma de difundir os conhecimentos produzidos a partir de uma análise que abrange todas as etapas da investigação, inclusive aqueles resultantes das pesquisas por ela induzidas. Esse procedimento cria um elo entre os serviços de saúde e a produção do conhecimento, estabelecendo condições para o contínuo aperfeiçoamento da assistência à saúde.

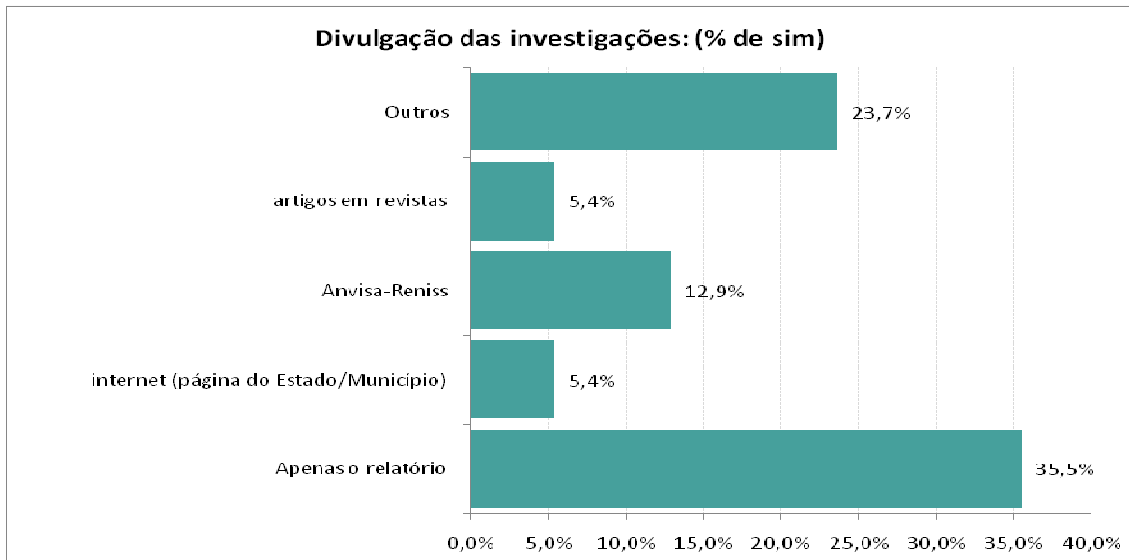


Figura 12: Forma de divulgação das investigações.

Em relação ao apoio para implantação das ações propostas pela Rede a Figura 13 mostra que 56% (52/93) dos investigadores da Reniss possuem total apoio do gestor de saúde para desenvolver as atividades de investigação propostas pela Reniss, enquanto 30% (28/93) possuem pouco ou nenhum respaldo. A falta de respaldo prejudica a necessidade de tomada de ações imediatas para o controle do surto.

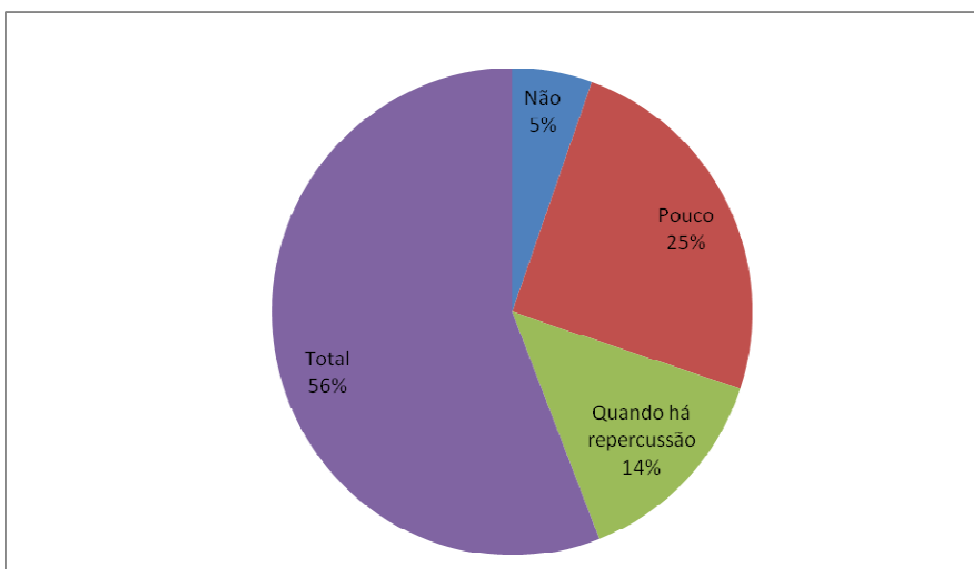


Figura 13: Apoio da gestão para implantar as ações propostas pela Rede.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de organização da Rede Nacional de Investigação de Eventos Adversos e Surtos em Serviços de saúde para prevenir, investigar e interromper surtos em Estabelecimento de Assistência à Saúde é uma alternativa relevante num cenário que requer a otimização do tempo e de recursos, sejam eles financeiros ou humanos.

De acordo com o perfil levantado neste estudo, podemos concluir que, atualmente, a Reniss conta com profissionais de nível superior de diferentes formações, englobando diversas especialidades de saúde, aproximando-se do perfil desejado para uma rede multidisciplinar com atribuições na área da saúde dada a crescente complexidade das ações de vigilância que envolve assuntos diversos tais como a ocorrência, investigação e prevenção de novos agravos à saúde. A diversidade do próprio perfil dos investigadores da Rede e a interface existente entre a vigilância sanitária e epidemiológica, tanto em sua atuação investigativa como na fundamentação das suas ações torna a Reniss um grupo flexível em termos de conhecimentos científicos e técnicos para a atuação na investigação de surtos em serviços de saúde. No entanto, a discussão da competência da investigação de surto ainda existente entre a vigilância epidemiológica e a sanitária caracteriza-se como um entrave à efetiva implantação das ações investigativas.

Por outro lado, os dados apontam fragilidades importantes, dentre elas, à atual proporção entre os investigadores da Reniss e o número de estabelecimentos de saúde existentes em cada unidade federada. Os dados confirmam a necessidade de ampliação da Rede e do desenvolvimento de ações preventivas de controle de infecção e de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde, aumentando a participação de profissionais dos serviços, da rede de Hospitais Sentinela, dos laboratórios de análises clínicas e dos laboratórios centrais, Ministério Público, órgãos de proteção e defesa do consumidor, da sociedade civil organizada, das entidades profissionais, entre outros.

O número de investigadores com experiência comprovada ainda é insuficiente em certas regiões, particularmente nas regiões norte e nordeste. Esses dados reforçam a necessidade de uma política de formação de recursos humanos voltada para a

investigação de surto, tanto teórica, quanto para o treinamento de campo. Para viabilizar essa proposta é imprescindível a parceria com as instituições de ensino e pesquisa por uma demanda institucional dos estados e municípios e estimulada pela coordenação nacional da rede.

Visando a consolidação da Rede, infere-se que o vínculo empregatício dos colaboradores deve ser fortalecido, pois a existência de profissionais efetivos é salutar. Dessa forma, ainda que sejam transferidos de setor, permanecerão como referência para a Rede, independentemente do local de atuação. Além disso, a estabilidade conferida ao servidor público favorece a realização de um processo investigativo menos propenso a interferências externas, corroborando para a manutenção do caráter eminentemente técnico da investigação.

Outro elemento fundamental para o fortalecimento e consolidação das atividades da Rede é a sua oficialização mediante a publicação de ato formal por parte da Anvisa, a formação de um grupo de profissionais das diversas entidades parceiras para auxiliar na coordenação nacional e estabelecer as diretrizes gerais da Reniss, dentre essas a implantação de um sistema nacional de notificação de surtos e a sua integração com outros sistemas existentes. A minuta de regulamento técnico que oficializa a Reniss foi proposta pelo grupo (Anexo B).

Já no nível local, torna-se necessária a autonomia dos integrantes da Rede para a realização de investigações quando demandados em razão dos eventos ocorridos em estabelecimentos de saúde, tendo em vista que as atividades de investigação e inspeção, principalmente nos estados e municípios, são realizadas pelo mesmo agente. Faz-se necessária uma maior articulação e interação com outras instâncias e entidades, tais como Conass e Conasems para formalizar a participação dos servidores locais na Reniss e aumentar o apoio no âmbito local, permitir que os investigadores participem de capacitações, ações de investigação e demandas específicas em outros Estados.

Apesar do alto grau de especialização dos investigadores da Reniss, observa-se ainda uma não apropriação do uso de ferramentas de informática, sendo que o software Microsoft Office Excel® é o mais utilizado pelos integrantes da Rede. Considerando que existem softwares mais apropriados e específicos para trabalhar

com Bancos de Dados e que os mesmos são necessários para uma adequada condução das investigações de surto, faz-se necessário o fomento de uma ação para reverter esse quadro.

Apesar dessas considerações, pode-se considerar que a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde é uma iniciativa pioneira e de suma importância para a Saúde Pública no país, devendo ser ampliada e fortalecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Decreto nº 77052, de 19 de janeiro de 1976*. Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de janeiro de 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 196*. Dispõe sobre a obrigatoriedade de todos os hospitais do País manterem a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Diário Oficial da União 1983 24 junho.

BRASIL. *Lei nº 8080 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. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 930*. Dispõe sobre controle de prevenções de infecções hospitalares. Diário Oficial da União 1992 27 agosto.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2616*. Dispõe sobre a regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da União 1998 12 maio.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa enhances infection control in health services. *Rev. Saúde Pública*, Jun. 2004, vol. 38, nº 3, p. 475-478. acesso em 04/05/07 <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20669.pdf>>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa – Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Pesquisa Mensal de Emprego 2003-2007*. Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Retrospectiva2003_2007.pdf. Acessado em 25/07/2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho. Pesquisa Mensal de Emprego 2003-2008*. Rio de Janeiro, 2008b. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_mulher/Suplemento_Mulher_2008.pdf. Acessado em 25/07/2008.

COSTA, Ediná Alves. *Vigilância Sanitária – Proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. SOBRAVIME: São Paulo-Brasília, 2004. 494 p.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível pelo endereço eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acessado em 15/09/2008.

GASTAL, Fábio Leite; ROESSLER, Ione Fuhrmeister (org.). *Licenciamento Sanitário - Módulo 3. Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação – TALSA Multiplicadores*, 2005.

GRAZEBROOK, J. Counting the cost of infection. *Nurs. Times*, v.82, n.6, p.24-26, 1986. In: LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

INFECTOLOGIA: Novo recurso para controle de infecções hospitalares, *Prática hospitalar*, Nov-Dez 2004, Ano VI, nº 36, acesso em 05/05/07 <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2036/paginas/materia%2002-36.html>>

JUNQUEIRA Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública* 2000; 34:35-45. In: MAIA, Paulo Ricardo da Silva et. al. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1700-1708, nov-dez, 2004

INFORMES Técnicos Institucionais. Brasil forma rede de investigadores de surtos de infecção em serviço de saúde. *Rev. Saude Publica*, 2004; 38 (5): 750

LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

LUCHESE, Geraldo. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Tese de conclusão Curso de Doutorado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, 2001.

MAIA, Paulo Ricardo da Silva et. al. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1700-1708, nov-dez, 2004

MEISENHEIMER, C. Interpreting and clarifying the JCAH Infection Control References. *Hosp.Topics*, v. 61, n. 3, p. 35-47, 1983. In: LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989. In: LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

OMS. Infecções hospitalares. Manual de recomendações da Organização Mundial de Saúde. Sociedade Brasileira de Infectologia/UP John Produtos Farmacêuticos, 1981. 44p. In: LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

PRADE SS, FELIX J, MENDES A, GADELHA MZ, PEREIRA M. Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares em hospitais terciários. *Rev Controle de Infecção Hospitalar* 1995 mar/jul; 2:11-24.

REILLY J., TWADDLE J., KEAN. An Economic Analysis of Surgical Wound Infection. *J Hosp Infect.* Vol 49: 245-249, 2001.

SARAVIA H. Redes, organizações em rede e organizações virtuais. As novas configurações organizacionais. <http://www.indeg.org/rbpg/index.html>, acessado em 30/Jun/2003. In: MAIA, Paulo Ricardo da Silva et. al. Bases conceituais para uma estratégia de gestão: o caso da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1700-1708, nov-dez, 2004.

SANTOS. A.A.M. O modelo brasileiro de controle das infecções: após 20 anos de legislação, após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? Dissertação (Mestrado). Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006, 135p.

SILVA, Ruvani Fernandes da. A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 janeiro-fevereiro; 11(1):108-14.

SOUSA, Cristina Maria Miranda de; FEITOSA, Maria do Socorro; MOURA, Maria Eliete Batista; SILVA, Antonia Oliveira. Representações Sociais das implicações legais da infecção hospitalar e de seu controle. *Rev. bras. enferm.* vol.60 no.4 Brasília July/Aug. 2007

TÁLAMO, José Roberto; CARVALHO, Marly Monteiro de. Seleção dos objetivos fundamentais de uma rede de cooperação empresarial. *Gest. Prod.* vol.11 no.2 São Carlos May/Aug. 2004

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L., 1998. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE – UNIDAS. Notícias da área da saúde, *RJ: Surto de infecção em hospital contamina 401 pessoas*, Folha de São Paulo 14/04/2004, acesso em 05/05/07.

WAHBA, A.H.W. Las infecciones hospitalarias, amenaza permanente para los enfermos y el personal médico. *Crônica de la OMS*, v. 31, p. 73-6, 1977. In: LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

WALDMAN, Eliseu Alves. *Vigilância em Saúde Pública*. 2 ed. Série Saúde & Cidadania. IDS – NAMH/FSP/USP:São Paulo, 2002. 253p.

ZANON, U. et al. Diretrizes para a organização e implantação de uma comissão de controle de infecções hospitalares. *Rev. Paul. Hosp.*, v.27, n.4, p.115-9, 1979. In: LACERDA, Rúbia A.; EGRY, Emiko Yoshikawa. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.5 no.4 Ribeirão Preto Oct. 1997.

ANEXOS

4) Habilidades de Informática

Tem alguma habilidade em lidar com: *

Mais de uma opção = CTRL + opções

No trabalho, o ambiente de rede é: *

- Conexão discada
- Computadores em rede
- Internet/intranet
- Nenhum dos anteriores, pois não tenho sequer um computador disponível

5) RENISS

Participantes do primeiro curso de investigação de surtos em serviço de saúde

Já participou de alguma investigação? *

- Sim. Participei como coordenador da equipe
- Sim. Participei como integrante da equipe
- Sim. Apenas acompanhei os trabalhos, sem integrar a equipe
- Não. Nunca fui chamado para participar
- Nunca. Nunca soube da ocorrência de surto por aqui

Equipe atual de investigação: *

Mais de 01 = CTRL + Opções/ Se euquipe, não marque nenhuma das opções anteriores

Assuntos mais frequentemente investigados: *

Conforme Capítulos CID 10 (marcar mais de uma opção: CTRL+opções)

Utiliza algum Banco de Dados para compilar dados da investigação? *

Área de Interesse: *

A equipe ideal seria composta por: *

Mais de uma opção = CTRL + opções

Divulgação das investigações: *

Tem apoio para implantar as ações propostas da rede? *

- Tenho respaldo apenas quando há alguma repercussão
- Tenho total respaldo para fazer as ações investigativas

ANEXO B:**MINUTA DE REGULAMENTO TÉCNICO PARA OFICIALIZAR A RENISS****RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº. , DE XX DE XX DE 2008.**

Cria a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2006.

considerando que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, nos termos dos artigos 196 e 197 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988;

considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, conforme previsto no art. 2º da Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

considerando que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do art. 4º da Lei n.º 8.080, de 1990;

considerando que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas são objetivos do SUS, nos termos do art. 5º, da Lei n.º 8.080, de 1990;

considerando que a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos constituem princípios do SUS, nos termos do art. 7º da Lei n.º 8.080, de 1990;

considerando a finalidade institucional da ANVISA de proteger da saúde da população e o seu dever de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, conforme estabelecido no art. 6º e nos incisos I, III e XXII do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999;

considerando a Portaria n.º 675, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País;

considerando a necessidade de adoção de medidas estruturantes para as Comissões Estaduais e Municipais de Controle Infecção relacionada à assistência e de estratégias conjuntas para o aprimoramento e otimização da gestão e o fortalecimento da sua interface com os estabelecimentos de assistência à saúde, a vigilância em saúde e os laboratórios públicos;

Adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde - Reniss.

Art. 2º A Reniss será formada por investigadores de referência nos estados, municípios e no distrito federal, com formação específica em investigação de surtos em estabelecimentos de Assistência à saúde, e outros profissionais colaboradores de áreas afins.

§ 1º A inclusão de investigadores e colaboradores será baseada em critérios harmonizados e pactuados no âmbito do Comitê Gestor da referida Rede.

§ 2º Para efeito desta Resolução, são considerados investigadores de referência os profissionais de órgãos ou entidades constituídos ou mantidos pelo Poder Público, vinculados a órgãos ou entidades públicas federais, estaduais, do Distrito Federal ou municipais, da Administração direta e indireta.

Art. 3º O Regimento interno da Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde - Reniss será aprovado por consenso do Grupo Gestor da Rede Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde, cujos objetivos principais são:

I - desenvolver ações voltadas para a estruturação, organização e consolidação da rede, em busca da excelência técnico-científica de suas ações;

II - contribuir para a garantia da segurança do paciente, priorizando o efetivo comprometimento com as necessidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de estratégias que visem garantir e ampliar o acesso a serviços de qualidade no país;

III - promover a interface da Reniss com outras entidades de defesa da saúde; e

IV – tornar a assistência à saúde mais efetiva por meio da detecção, prevenção e controle da emergência epidemiológica em serviços de saúde no país e outras ações governamentais relacionadas.

Art. 4º A atuação da rede abrange todos os estabelecimentos de assistência à saúde no país;

Art. 5º Fica criado o Grupo Gestor da Reniss, a quem compete:

I - planejar, prospectar, coordenar e distribuir os estudos de surtos e eventos adversos em serviços de saúde, provenientes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer outras parcerias;

II - promover medidas que contribuam para o suprimento regular e adequado de ferramentas necessárias à execução das atividades das equipes que compõem a Rede;

III - promover ações de cooperação entre as instituições que compõem a Rede para detecção, prevenção e interrupção de emergências epidemiológicas em estabelecimentos de assistência à saúde e o cumprimento da legislação sanitária;

IV - viabilizar e gerir sistemas de informação e bancos de dados, contemplando materiais e equipamentos especializados para a área de atuação;

V - promover e divulgar a capacidade técnico-científica dos parceiros que compõem a Rede;

VI - estimular a participação das coordenações estaduais e municipais de controle de infecção, ou outra que a substitua, que compõem a Rede em programas e projetos, de acordo com as políticas públicas vigentes;

VII - promover a elaboração de projetos e parcerias no âmbito dos acordos internacionais adotados pelo Brasil, relacionados com a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a realização de estudos de interesse.

Art. 6º O Comitê Gestor da Reniss será composto por 10 (dez) representantes titulares, e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) representantes titulares do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e 05 (cinco) representantes titulares de entidades parceiras, todos com termos de cooperação junto a ANVISA, observando-se a representatividade regional, por região do país.

Art. 7º A ANVISA apoiará a estruturação e o funcionamento da Reniss em parceria com o Ministério da Saúde, mediante suporte técnico e administrativo para o seu desenvolvimento e atuação, bem como contribuirá com a capacitação dos investigadores de referência em assuntos de investigação e regulação sanitária, visando o alcance dos objetivos relativos às Políticas Públicas de Saúde.

Parágrafo único. No primeiro ano de exercício, a Reniss será coordenada por um Comitê Gestor Provisório, eleito pelos representantes dos estados no I Encontro Nacional da Reniss, ocorrido em Natal/RN.

Art. 8º Os casos omissos serão dirimidos pela Comissão Interinstitucional a ser criada no âmbito da ANVISA.

Art. 10º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO