

“Diagnóstico situacional da capacidade de resposta da rede hospitalar de emergência a eventos associados a viajantes internacionais em cidade-sede da Copa de 2014 - estudo de caso de Brasília”

por

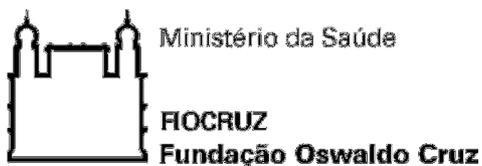
Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Mayumi Duarte Wakimoto

Segundo orientador: Prof. Dr. Andrey Moreira Cardoso

Rio de Janeiro, setembro de 2013.



Esta dissertação, intitulada

“Diagnóstico situacional da capacidade de resposta da rede hospitalar de emergência a eventos associados a viajantes internacionais em cidade-sede da Copa de 2014 - estudo de caso de Brasília”

apresentada por

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Regina Fernandes Flauzino

Prof.^a Dr.^a Inês Echenique Mattos

Prof.^a Dr.^a Mayumi Duarte Wakimoto – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 03 de setembro de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237 Santos, Ana Clara Ribeiro Bello dos
Diagnóstico situacional da capacidade de resposta da rede hospitalar de emergência a eventos associados a viajantes internacionais em cidade-sede da copa de 2014: estudo de caso de Brasília / Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos -- 2013.
101 f. : tab. ; graf.

Orientador: Wakimoto, Mayumi Duarte
Cardoso, Andrey Moreira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde do Viajante. 2. Eventos de massa. 3. Hospitais de Emergência. 4. Vigilância. 5. Avaliação. 6. Emergências em Desastres - prevenção & controle. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.11



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 03 de setembro de 2013.

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo - Mangunhos-RJ - 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

A Deus, que me permitiu realizar
mais este sonho;

A minha mãe e ao meu pai, Maria
Reinildes e Dival, por sua dedicação e
apoio incondicional em todos os
momentos;

A Caio, meu filho amado, pedindo-
lhe perdão pelos momentos que lhe
foram roubados;

A meus irmãos, Cláudio, Flaviana e
Flávio pelo incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Profa. Mayumi Duarte Wakimoto e Andey Moreira Cardoso, pela orientação, incentivo e apoio, diante das circunstâncias difíceis para a realização do trabalho;

Ao George Dimech, profissional de excelência e pessoa extraordinária, sem a qual não teria a oportunidade realizar este sonho, minha gratidão eterna;

A Magda, Fabiana, Helen, Heiko e Suzie, pelo apoio diário e consistente, e por fazerem parte da minha vida. Sinto-me honrada e agradeço a Deus por fazer parte da equipe GVIMS/ANVISA;

A Elizabeth Chaves, pela sua sabedoria e apoio nos momentos difíceis;

A Gisele, sempre querida e disponível para dirimir minhas dúvidas, cujas orientações foram cruciais para o desenvolvimento do meu trabalho.

A Eliana Nogueira, da UT-SINAN, pela paciência e esclarecimentos.

A Shirley e à equipe do CIEVS pela atenção e informações que possibilitaram o entendimento da realidade;

A todos os profissionais dos hospitais de Base, HRAN e HMIB que deixaram seus afazeres por alguns minutos para responder a minha pesquisa e em especial ao Dr. Carlos Vaugrand, por viabilizar de maneira tão generosa a coleta de dados no HRAN;

A todos os professores pelos ensinamentos que me transmitiram durante o curso de mestrado;

A todos os colegas do curso pelo apoio, em especial à Patrícia Vasconcelos, Matheus Cerroni e Raquel Lima por me permitirem adentrar no mundo em que trabalham e compartilharem seus conhecimentos;

A todos que direta ou indiretamente colaboraram na realização do presente trabalho, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
I.INTRODUÇÃO	14
II.REVISÃO DE LITERATURA.....	17
II.1.Vigilância epidemiológica de eventos de interesse à saúde pública.....	17
II.2.Vigilância Epidemiológica no âmbito do DF.....	27
II.3.Avaliação de sistemas de vigilância.....	32
II.4. Risco à Saúde Pública associado a viagens internacionais.....	37
II.5.Eventos internacionais no Brasil e riscos sanitários.....	38
III.JUSTIFICATIVA.....	41
IV. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	41
V.OBJETIVOS.....	42
VI.MÉTODOS.....	42
VII.RESULTADOS.....	47
VIII.DISSCUSSÃO.....	72
IX.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
X.LIMITAÇÕES.....	84
XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
XIII.ANEXOS.....	91

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1- Fluxo de Vigilância das Doenças de Notificação Compulsória - Ministério da Saúde, 2013.

Diagrama 2- Fluxo de notificação compulsória imediata segundo a Portaria MS 104/11.

Diagrama 3- Manejo de Informações pelo CIEVS/MS.

Diagrama 4- Manejo de Informações pela Rede CIEVS/MS.

Diagrama 5- Fluxo de notificação e manejo de eventos de notificação compulsória nas Regionais de Saúde do Distrito Federal.

Diagrama 6- Fluxo de notificação compulsória nos Hospitais com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia no Distrito Federal.

Diagrama 7- Fluxo de Notificação e manejo de eventos de notificação compulsória das Regionais de Vigilância Epidemiológica Norte e Sul.

Diagrama 8- Fluxo de notificação de eventos de notificação compulsória no hospital 1.

Diagrama 9- Fluxo de notificação compulsória imediata relatado pelos profissionais da assistência.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Quadro demonstrativo da distribuição das Regiões Administrativas das Regiões de Saúde do DF. Fonte: Plano Diretor de Regionalização, GDF, 2005.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Frequências Absolutas de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória imediata no DF, nas regionais Norte e Sul e nos hospitais do estudo. DF, 2005-2011.

Gráfico 2- Proporção de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória notificados pelo Distrito Federal segundo classificação do tempo para notificação. Distrito Federal, 2005-2011.

Gráfico 3- Proporção de notificações realizadas pelas regionais norte e sul em relação ao total de notificações do Distrito Federal, 2005 - 2011.

Gráfico 4- Proporção das notificações realizadas pelos hospitais da pesquisa em relação ao total das notificações das regionais norte e sul. DF, 2005-2011.

Gráfico 5- Distribuição das doenças notificadas pelo DF no período de 2005 a 2011.

Gráfico 6- Distribuição das principais doenças notificadas pelas regionais Norte e Sul no período de 2005 a 2011.

Gráfico 7- Distribuição das principais doenças notificadas pelos hospitais no período de 2005 a 2011.

Gráfico 8- Distribuição dos casos de dengue notificados no DF, regionais Sul e Norte e hospitais do estudo no período de 2005 a 2011.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características gerais dos hospitais do estudo. Brasília, 2012.

Tabela 2- Provas diagnósticas mínimas ou preliminares de eventos que possam se constituir em problemas para a Saúde Pública. Brasília, 2012.

Tabela 3- Número e categoria profissional dos entrevistados nos hospitais do estudo. Brasília, 2012.

Tabela 4- Número de anos de formados dos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Tabela 5- Realização de cursos para atualização dos médicos e enfermeiros em Saúde Pública. Brasília, 2012.

Tabela 6- Conhecimento da Lista de Notificação Compulsória por Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Tabela 7- Atendimento a paciente com DNC nos últimos 15 dias pelos Médicos e Enfermeiros do Estudo. Brasília, 2012.

Tabela 8- Atendimento a paciente com DNC no último ano pelos Médicos e Enfermeiros do Estudo. Brasília, 2012.

Tabela 9- Atendimento de pacientes estrangeiros pelos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012

Tabela 10- Suspeita de DNC em pacientes estrangeiros pelos Médicos e enfermeiros do estudo. Brasília, 2012.

Tabela 11- Notificação de DNC em pacientes estrangeiros pelos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Tabela12- Comunicação com pacientes estrangeiros pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Tabela 13- Necessidade de ajuda no atendimento de pacientes estrangeiros pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Tabela 14- Frequências absolutas de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória de relevância nacional no DF, nas regionais Norte e Sul e no conjunto dos hospitais do estudo no período 2005 a 2011.

Tabela 15- Frequências absolutas e relativas das doenças, agravos e eventos de relevância nacional no DF, nas regionais Norte e Sul e no conjunto dos hospitais do estudo no período de 2005 a 2011.

Tabela 16- Frequência e proporção de notificações pelas categorias de unidades notificantes da Regional Sul no período de 2005 a 2011.

Tabela 17- Frequência e proporção de notificações pelas categorias de unidades notificantes da Regional Norte no período de 2005 a 2011.

Tabela 18- Eventos ocorridos no Distrito Federal comunicados ao Sistema de Monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

Tabela 19- Relevância dos eventos ocorridos no Distrito Federal notificados ao Sistema de Monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

Tabela 20- Registro no SINAN dos eventos ocorridos no Distrito Federal notificados ao Sistema de Monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

Tabela 21- Fonte de notificação dos eventos ocorridos no Distrito Federal no Sistema de Monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIEVS- Centro de Informações Estratégicas de vigilância em Saúde

DIVEP- Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal

DNC- Doença de Notificação Compulsória

DF- Distrito Federal

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESPIN- Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional

ESPII- Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

NHE- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAS- Regiões Administrativas

RSI- Regulamento Sanitário Internacional

SES- Secretaria de Estado de Saúde

SIME- Sistema de Monitoramento de Eventos

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SVS/DF- Subsecretaria de Vigilância à Saúde do Distrito Federal

RESUMO

DOS SANTOS, Ana Clara Ribeiro Bello. Diagnóstico Situacional da Capacidade de Resposta de Hospitais de Emergência de Brasília a eventos associados a viajantes internacionais em cidade- sede da Copa do Mundo de 2014 – estudo de caso de Brasília. Dissertação (Mestrado profissional em epidemiologia aplicada ao serviço de saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca –ENSP/FIOCRUZ do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A detecção oportuna de doenças em viajantes internacionais é primordial para que novas patologias sejam identificadas antes de se tornarem um risco em potencial à população. A iminência dos eventos de massa no país e o consequente aumento do fluxo de viajantes internacionais acarretarão um provável aumento dos riscos de saúde pública relacionados à disseminação de doenças. Para isso, torna-se fundamental a estruturação dos serviços de saúde, em especial daqueles que realizarão atendimentos aos turistas, para que estejam aptos a identificar eventos de interesse à saúde pública e a manejá-los de forma segura e oportuna, a fim de evitar disseminação e/ou introdução de doenças no país. O estudo foi realizado em três hospitais da rede pública de saúde da cidade de Brasília, por ser uma das cidades-sedes da Copa do Mundo de 2014 e também da Copa das Confederações, em 2013, concentrando grande número de jogos desses eventos. Foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam na emergência, responsáveis técnicos de laboratório, com os coordenadores dos Núcleos de Vigilância Hospitalar e das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. Foram coletados dados sobre a estrutura dos hospitais e sobre o fluxo e organização da vigilância de eventos, doenças e agravos de notificação para diagnóstico da capacidade instalada dos hospitais e do sistema de vigilância. Observou-se que os hospitais necessitam de adequações na sua infraestrutura para realizar as ações de vigilância oportunamente e para desenvolver medidas de controle eficientes. O principal problema diz respeito aos fluxos de notificação, que necessitam ser revistos e divulgados aos profissionais de saúde. Dentre os 27 profissionais (40,3%) que afirmaram conhecer os fluxos, oito (29,6%) não o descreveram,

quando solicitado. Dos 19 profissionais que desenharam o fluxo, apenas 2 (10,5%) o descreveram de forma correta do ponto de vista das instâncias envolvidas. Com relação às notificações realizadas no período de estudo, foi observado que a maior parte das notificações realizadas no Distrito Federal referia-se a eventos de relevância local ou que não constam dos anexos I e II da Portaria MS nº 104/11. Nas regionais de saúde sul e norte, onde se localizam os hospitais do estudo, destacam-se as proporções elevadas de notificações imediatas, enquanto nos hospitais do estudo, sobressaem-se as proporções de doenças de notificação compulsória não imediatas. Dos eventos notificados, 53,8% dos eventos não foram notificados ao SINAN. Após análise, foi verificado que dos 2570 eventos notificados ao SINAN, menos de 1% (0,4) foi notificado ao CIEVS através do SIME.

Palavras- Chave: viajantes, eventos de massa, vigilância.

ABSTRACT

DOS SANTOS, Ana Clara Ribeiro Bello. Situational Diagnosis of Response Capacity of Emergency Hospital Brasilia in events associated with the international travelers in the host city of the 2014 World Cup - a case study of Brasilia. Dissertação (Mestrado profissional em epidemiologia aplicada ao serviço de saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca –ENSP/FIOCRUZ do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The timely detection of diseases in international travelers is paramount that new diseases are identified before they become a potential risk to the population. The imminence of mass gatherings in the country and the consequent increase in the flow of international travelers likely will lead to increased public health risks related the spread of diseases. For this, it is crucial to organize health services, especially those who attend tourists, to those services are able to identify events of interest to public health and to manage them safely and timely in order to avoid spreading and / or introduction of disease in the country. The study was conducted in three hospitals of the public health system of the city of Brasilia to be one of the host cities of the 2014 World Cup and also the Confederations Cup in 2013, concentrating a large number of games these events. Interviews were conducted with professionals working in emergency, responsible laboratory technicians, coordinators of the Epidemiological Surveillance Hospital Core and Monitoring and Control Committee Hospital Infection Data were collected on the structure of hospitals and on the flow and organization of monitoring events, diseases and illnesses notification for diagnostic capacity of hospitals and surveillance system. It was observed that hospitals need to be adjusted in its infrastructure to conduct surveillance actions in due course and to develop control measures efficiently. The main problem concerns the notification flows that need to be reviewed and shared health professionals. Among 27 professionals (40,3%) who claimed to know the flow, 8 professionals (29,6%) not described the flow; 19 professionals who designed the flow, only 2 (10,5%) described it correctly from the point of view of the actors involved. With respect to notifications in the period of study, it was observed that most of the notifications made in the Federal District were related to events of local

relevance or not listed in annexes I and II of the Portaria MS n° 104/11. In the southern and northern regional health, the locations of hospitals in the study, we highlight the high proportions of immediate notification, while among the hospitals in the study, the largest number of proportions were related to not immediate reportable diseases. Among the events notified, 53.80% of the events were reported to SINAN. After analysis, it was found that of the 2570 events reported to SINAN, less than 1% (0.42) was reported to CIEVS by SIME.

Key words: travelers, mass gatherings, surveillance.

I-INTRODUÇÃO

As epidemias de cólera que se alastraram na Europa no século XIX, desencadearam um processo de de cooperação mútua para enfrentamento dos riscos de disseminação internacional de doenças entre países. Assim, em 1851, ocorreu a primeira Conferência Internacional Sanitária em Paris (WHO, 2009). Em 1892, os países elaboraram um documento com recomendações para monitorar doenças que pudessem representar riscos em seus territórios. Em 1951, após a instituição da Organização Mundial de Saúde (OMS-1948), os Estados-Membros¹ atualizaram o Regulamento elaborado em 1892, o qual passou a integrar a Constituição da OMS em 1969 e que por isso, ficou conhecido como Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969. Este RSI apontava a importância de realizar a a vigilância de seis doenças infecciosas graves: cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo, porém priorizou apenas três: cólera, peste e febre amarela. Além da lista restrita de doenças monitoradas, a notificação dos países como única fonte de captação das informações, a inexistência de fluxos e redes de cooperação nos países e de critérios definidos para a adoção de medidas de enfrentamento às emergências de importância a saúde pública internacional evidenciaram-se como limitações do RSI de 1969. Por outro lado, a velocidade de disseminação das informações e a maior circulação de viajantes e cargas no século XIX ressaltaram para os países a necessidade de adequar e atualizar o Regulamento (WHO 2007; 2009).

O RSI passou por um processo de extensa revisão, iniciado em 1995, tendo sua nova versão aprovada por todos os Estados-Membros da Assembléia Mundial da Saúde (WHA), em maio de 2005. O novo RSI trouxe alterações principalmente no que diz respeito à forma como lidar com emergências de importância internacional (WHO, 2009). Assim, o documento recomenda o monitoramento pelos estados partes¹ de eventos de saúde pública que possam ser considerados emergências de importância à saúde pública internacional e dos

¹Segundo o RSI 2005, estados partes ou estados membros é a denominação utilizada para os países signatários do documento (WHO, 2005b).

riscos de disseminação internacional de doenças associados à circulação de casos humanos, vetores e mercadorias contaminadas (WHO, 2005b).

O RSI de 2005 traz como premissa a necessidade de prevenção da propagação internacional de doenças, sem causar interferências exarcebadas ao comércio ou viagens. Além disso, constam a obrigação de notificação à OMS de potenciais emergências de saúde pública dentro de 24 horas; a possibilidade de acesso mais rápido à informação por meio da consulta às fontes não-oficiais; a previsão de aplicação de recomendações e medidas preventivas pela OMS, independente da autorização dos países envolvidos e a exigência para que os países signatários desenvolvam capacidades de múltiplos níveis para detectar e responder aos riscos de relevância à saúde pública (WHO, 2005b). Além disso, o RSI de 2005 determina a utilização de algoritmo para identificação dos eventos que se constituem Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O algoritmo é uma espécie de *check list*, onde as assertivas simultâneas da classificação como um evento grave, inusitado ou inesperado, com risco de disseminação internacional, e que traga restrições ao comércio e às viagens internacionais determinam a condição de ESPII (WHO, 2007; 2009).

A partir da revisão do RSI (2005), revelou-se a necessidade de avaliação das capacidades de vigilância e resposta a eventos que possam constituir emergências em saúde pública de interesse internacional, pelos países-membros da OMS. Devido à maior extensão dos riscos monitorados pelo RSI e à velocidade das informações, foi estabelecida a necessidade de manutenção de um Centro em cada país, denominado ponto focal, para gerenciar a informação de maneira que o país possa se proteger ou demandar resposta aos riscos de forma rápida e eficaz, servindo de elo com a OMS.

O ponto focal deve possuir uma equipe capaz de consolidar informações dos eventos ocorridos no país; avaliar se os eventos constituem emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) segundo algoritmo de decisão (Anexo II do RSI); notificar a OMS as ESPII detectadas em território nacional no prazo de 24 horas; desencadear uma resposta rápida e eficaz diante de eventos de importância à saúde pública; monitorar os eventos internacionais; e consultar a OMS acerca de rumores de eventos ocorridos em âmbito internacional (WHO, 2010b).

A revisão do Regulamento Sanitário Internacional trouxe novas diretrizes para a vigilância em saúde, promovendo a necessidade de reorganização dos serviços e

procedimentos adotados. Este processo de reestruturação no Brasil, culminou com a Publicação da Portaria MS nº 2471/10 que amplia o escopo da lista de notificação compulsória imediata, adequa as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no RSI e determina a utilização do algoritmo do RSI para definição de Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) ou Emergências de Saúde Pública de importância Internacional (ESPIN) (Brasil, 2010a).

Atualmente, os eventos de interesse à saúde pública detectados no país são notificados à Secretaria de Vigilância à Saúde-SVS/Ministério da Saúde através do *Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS* (Brasil, 2005), que tem como finalidades *fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados*. A SVS foi estabelecida como ponto focal nacional para a OMS em 2006 (Brasil, 2006a). Desde então, coube ao CIEVS desempenhar todas as funções inerentes a esta atribuição (Brasil, 2006 a) e congrega as notificações dos eventos listados no anexo II da Portaria nº104, de 25 de janeiro de 2011 (Anexo 1). Neste anexo, constam eventos de interesse à saúde pública nacional e internacional, que devem ser avaliados prioritariamente pelo algoritmo de decisão, que consta no Anexo II do RSI (Anexo 2).

A detecção oportuna de doenças em viajantes internacionais é primordial para que novas patologias sejam identificadas antes de se tornarem um risco em potencial à população. Muitas vezes, os viajantes apresentam-se assintomáticos ao adentrarem o país, já que o tempo para o aparecimento dos sinais e sintomas clínicos varia de acordo com a patologia, período de incubação e tempo decorrido desde a exposição. Isto amplia a responsabilidade do profissional de saúde que posteriormente preste atendimento ao mesmo nas unidades da rede de atenção à saúde, sobretudo as de emergência. Considerando os riscos envolvidos em uma viagem internacional, que promove a exposição de indivíduos a novas condições ambientais, hábitos e, conseqüentemente, a diferentes patógenos (Grisotti, 2009), a detecção e notificação de casos pelos profissionais de saúde dessas unidades desencadearão as ações a serem implementadas para o controle e vigilância das doenças infecciosas.

Este trabalho realizou um diagnóstico situacional da capacidade de resposta de hospitais de emergência de Brasília a eventos de interesse nacional e internacional descritos como de notificação compulsória imediata e associados aos viajantes internacionais, tendo

em vista o alto fluxo de turistas e a aproximação de eventos esportivos internacionais de grande importância e magnitude, como a a Copa do Mundo de 2014, que demandarão dos serviços de emergência, capacidade e oportunidade na identificação e notificação de eventos de importância à saúde pública.

II - REVISÃO DE LITERATURA

II. 1. Vigilância epidemiológica de eventos de interesse à saúde pública

Segundo a Lei 8080/90 (Brasil, 1990):

“Vigilância epidemiológica é o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

São funções da vigilância epidemiológica: coleta de dados; manejo e avaliação dos dados, indicação e promoção das medidas de prevenção e controle pertinentes; avaliação da eficácia e efetividade das medidas aplicadas e publicação de informações que sejam propícias à tomada de decisões. A adoção de medidas oportunas está intrinsicamente relacionada ao monitoramento do contexto epidemiológico, incluindo a verificação de aumento de número de casos de doenças endêmicas ou importação de novas patologias. Em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Lei 8080/90, cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) apresenta atribuições distintas que se inserem em todas as funções de vigilância epidemiológica. Dessa forma, cabe ao nível municipal a execução de ações, considerando o conhecimento e análise do contexto epidemiológico local e aos níveis nacional e estadual a coordenação dessas ações, podendo atuar também na sua complementação, ou de forma suplementar, quando necessário (Brasil, 2009).

A notificação de doenças e agravos deve ser realizada pelos profissionais de saúde preconizada pela Lei nº 6259/75 (Brasil, 2004). Considerando a importância das notificações, é essencial que os profissionais realizem um diagnóstico acurado, além de manterem os registros (fichas de notificação, declarações, boletins de atendimento etc.) detalhadamente preenchidos, a fim de melhor conduzir a investigação dos eventos (Mota, Carvalho, 2003). A coleta de dados confiáveis e com alto percentual de completude deve se constituir em

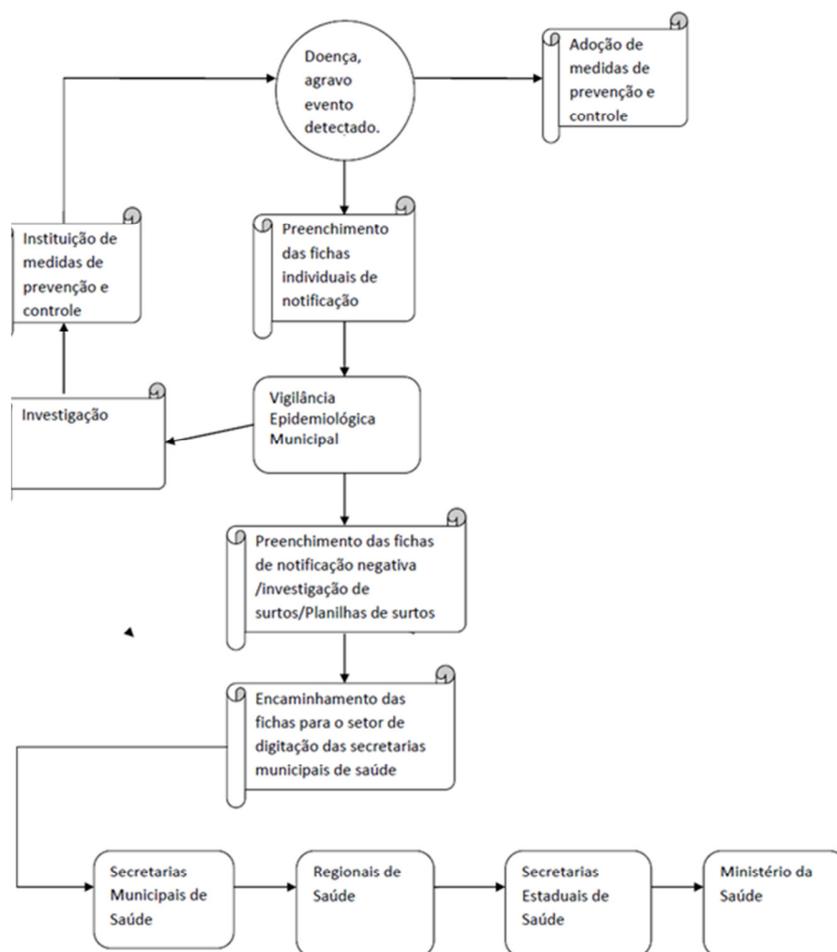
prioridade para a vigilância epidemiológica, e deve ser estimulada na rotina dos profissionais de saúde. A subnotificação dificulta o monitoramento dos eventos de forma eficiente, já que os dados coletados podem não ser representativos e abrangentes para um determinado contexto epidemiológico (Oliveira et al, 2003).

Implantado em 1993, o Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN) foi estabelecido com o intuito de coletar e gerir informações acerca de agravos de importância nacional e internacional. Os dados coletados referem-se às doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, além de outros eventos de importância local estabelecidos por estados e municípios como de notificação compulsória (Brasil, 2009).

Os fluxos de notificação de doenças, agravos e eventos são estabelecidos pelas portarias de notificação compulsória e reforçados pelo Guia de Vigilância Epidemiológica, pelos manuais e instrutivos do SINAN e, mais recentemente, pelo Protocolo da Rede CIEVS. Esses documentos definem as etapas da vigilância específicas para os diferentes eventos de interesse, bem como estabelecem os procedimentos e as medidas a serem adotados pelos níveis locais, municipais, estaduais e federais.

De 2005 a 2011, período de referência para este estudo, foram publicadas algumas portarias de notificação compulsória: Portaria MS nº 33/2005, Portaria MS nº 05/2006, Portaria MS nº 2742/2010 e a Portaria MS nº 104/2011, vigente nos dias atuais. Os eventos de notificação compulsória imediata seguem o fluxo abaixo estabelecido pela Portaria MS nº 104/11, manuais do SINAN e Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2009):

Diagrama 1- Fluxo de Vigilância das Doenças de Notificação Compulsória - Ministério da Saúde, ano 2013.



Para a coleta e inserção de dados no SINAN, são utilizados os seguintes formulários padronizados (Brasil, 2006c):

1. Ficha de Notificação- estão disponíveis fichas de notificação específicas para os agravos de notificação compulsória. Há ainda uma ficha individual de notificação inespecífica, que pode ser utilizada para agravos para os quais não haja fichas exclusivas, surtos e inquérito de tracoma. É também utilizada para a notificação negativa.
2. Ficha de Investigação Epidemiológica - também é específica para cada agravo e a recomendação é que deve ser preenchida pelos profissionais com o mesmo número da ficha de notificação do caso suspeito de doença de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal.
3. Ficha de investigação de surtos – é inespecífica e pode ser aplicável aos surtos de forma geral. Há também uma ficha específica para surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos. Os dados destas fichas buscam a identificação da fonte de infecção, de

acordo com os mecanismos de transmissão da doença, devendo também ser preenchidas planilhas de acompanhamento dos surtos, com dados de todos os casos.

4. Planilha e boletim de acompanhamento de surto.
5. Boletins de acompanhamento de hanseníase e de tuberculose.
6. Boletim de Inquérito de Tracoma.

Após a detecção dos casos pelos profissionais de saúde nas unidades assistenciais, as mesmas devem manter uma segunda via arquivada das fichas de notificação individual, sendo as originais remetidas para o serviço de vigilância epidemiológica responsável pelo desencadeamento das medidas de controle necessárias. Este, por sua vez, é responsável pelo preenchimento das fichas de notificação, incluindo a notificação negativa, de investigação e conclusão. As fichas são encaminhadas das unidades de saúde para as secretarias municipais, que, em geral, centralizam a digitação dos dados no SINAN. Posteriormente, os arquivos de transferência são enviados por e-mail às secretarias estaduais e, em seguida, ao Ministério da Saúde. A periodicidade de envio dos dados deve ser semanal das secretarias municipais de saúde para as regionais, quando houver, e no mesmo prazo destas para as secretarias de estado, que devem enviar a cada quinze dias para o Ministério da saúde (1º ao 3º dia útil e 15º ao 18º dia útil de cada mês) (Brasil, 2006c).

Os casos de hanseníase e tuberculose devem ser notificados na ficha de investigação específica e devem ser registrados no boletim de acompanhamento até o encerramento para avaliação da efetividade do tratamento (Brasil, 2006c).

O encerramento das investigações referentes aos casos notificados como suspeitos e/ou confirmados deve ocorrer geralmente até o prazo máximo de 60 dias da data de notificação (Brasil, 2006c).

Além da notificação ao SINAN, as áreas técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde realizam o monitoramento dos casos, solicitando aos estados o preenchimento de planilhas com periodicidade semanal para acompanhamento dos casos detectados de doenças de notificação compulsória (Brasil, 2006c).

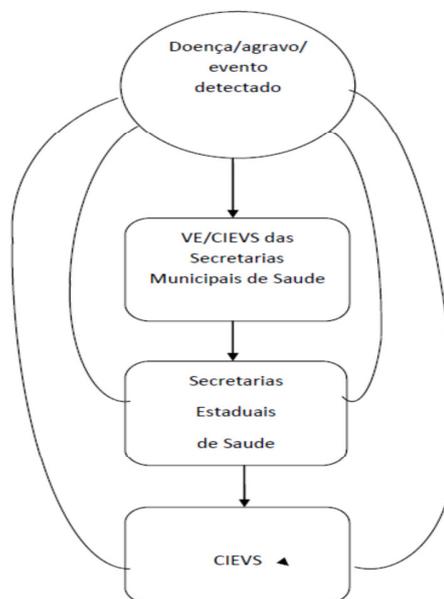
As medidas de controle e prevenção dos casos seguem alguns critérios pré-estabelecidos, como a descentralização e autonomia administrativa, preconizadas pela Lei 8080/90, e variam de acordo com a magnitude, abrangência e relevância dos eventos.

Instituídas pelos níveis locais, essas medidas podem ser complementadas e suplementadas pelo nível estadual e federal, quando necessário, conforme a Lei 8080/90, cabendo às unidades de saúde a aplicação das mesmas. O apoio técnico é solicitado dos municípios para os estados e dos mesmos, para o governo federal, sendo respeitados os níveis administrativos na sua área de abrangência. Os níveis hierarquicamente superiores apenas podem intervir mediante solicitação das instâncias locais, exceto quando se tratarem de eventos de relevância internacional ou quando forem decretadas emergências em saúde pública de importância nacional ou internacional (Brasil, 1990; Brasil, 2011).

As emergências de importância nacional são definidas pelo Decreto nº 2616/11, como aquelas ocasionadas por situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população, devendo ser declaradas por ato do Ministro da Saúde. As situações epidemiológicas são descritas como *surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada; apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde- SUS* (Brasil, 2011).

As emergências de Saúde Pública Internacional são definidas pela aplicação do algoritmo, que consta no Anexo II do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Para a grande maioria das doenças e agravos de notificação compulsória, são bem estabelecidas as condutas e protocolos para a vigilância epidemiológica, de acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica, publicação elaborada pelas áreas técnicas da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde e divulgada aos estados e municípios. Quando os eventos não apresentam medidas de controle, investigação e prevenção bem definidas, os municípios solicitam apoio aos estados e estes ao nível federal.

Diagrama 2- Fluxo de notificação compulsória imediata segundo a Portaria MS nº 104/11.



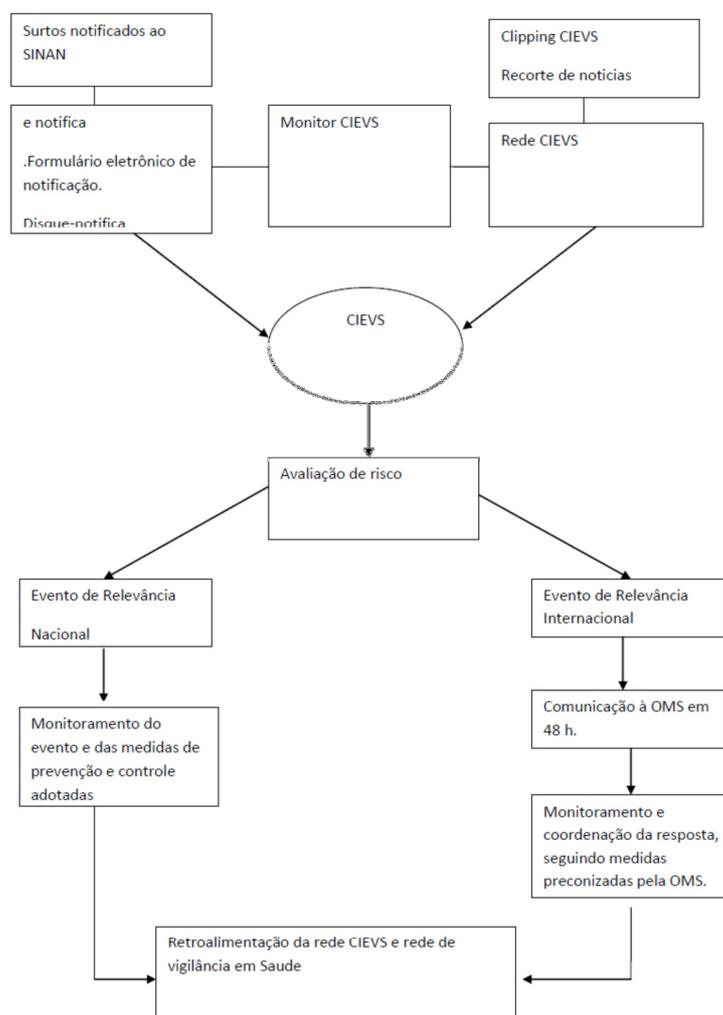
Os eventos de notificação compulsória imediata seguem o fluxo estabelecido pela Portaria MS nº 104/11. Dessa forma, os casos suspeitos detectados nas unidades de saúde devem ser notificados imediatamente à vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde. Esta, por sua vez, deve notificar à Secretaria Estadual de Saúde, para que a mesma notifique ao CIEVS. O meio de comunicação entre as instâncias é o telefone e o prazo para que o CIEVS seja notificado é de 24 horas após a detecção do caso. As secretarias devem manter um telefone com número amplamente divulgado respectivamente entre os profissionais e os municípios de sua abrangência. Caso a secretaria municipal não possua telefone disponível no período noturno, fins de semana e feriados deverá ser realizada a comunicação à secretaria estadual e caso a mesma também não possua disponibilidade de telefone nesses horários, os profissionais deverão notificar diretamente o CIEVS através do Disque- Notifica exclusivo para fins de notificação dos eventos, do formulário disponível no site do Ministério da Saúde ou através do e-mail notifica@saude.gov.br. Além da comunicação ao CIEVS, esses eventos devem ser notificados ao SINAN no prazo de até 7 dias (Brasil, 2011).

O CIEVS reúne, dessa forma, informações de várias fontes e com periodicidades variadas: notificações de surtos a partir do SINAN, com prazo de 15 dias para envio das informações; notícias detectadas diariamente na mídia; notificações recebidas através do e-mail, disque-notifica

e formulário de notificação disponível no site. Além disso, a utilização do Sistema de Monitoramento de Eventos- SIME permitiu o registro e atualização dos eventos captados pelas áreas técnicas do Ministério e Rede CIEVS e a disseminação da informação entre as unidades de resposta rápida espalhadas pelo país (Brasil, 2012).

Após a análise das informações recebidas são selecionados os eventos de relevância nacional e internacional a serem monitorados e que irão compor boletins semanais (por semana epidemiológica, estabelecida como convenção internacional). Antes da divulgação das informações acerca dos eventos e alertas epidemiológicos às secretarias estaduais e municipais de saúde para conhecimento e adoção de medidas pertinentes, são realizadas reuniões semanais para discussão e atualização dos eventos. Nas reuniões semanais com as áreas técnicas do Ministério e demais órgãos envolvidos, chamadas reuniões do Comitê CIEVS, também é resolvido, a partir das informações disponíveis, o desfecho dos eventos e em que momento devem sair dos boletins. O gerenciamento dessas informações permite a detecção dos eventos, a adoção de medidas oportunas e a atuação do CIEVS enquanto ponto focal da OMS, comunicando-lhe as possíveis emergências em saúde pública de importância internacional no prazo de 48h, conforme estabelecido pelo Regulamento Sanitário Internacional (Brasil, 2010a). A partir de janeiro de 2012, o CIEVS tem utilizado uma avaliação de risco baseada em critérios como magnitude, população acometida e vulnerabilidade, buscando assim, aumentar a sensibilidade dos eventos detectados no país e incluindo, entre os eventos monitorados, alguns que não constam no anexo II da Portaria MS nº 104/11.

Diagrama 3- Manejo de Informações pelo CIEVS/MS.



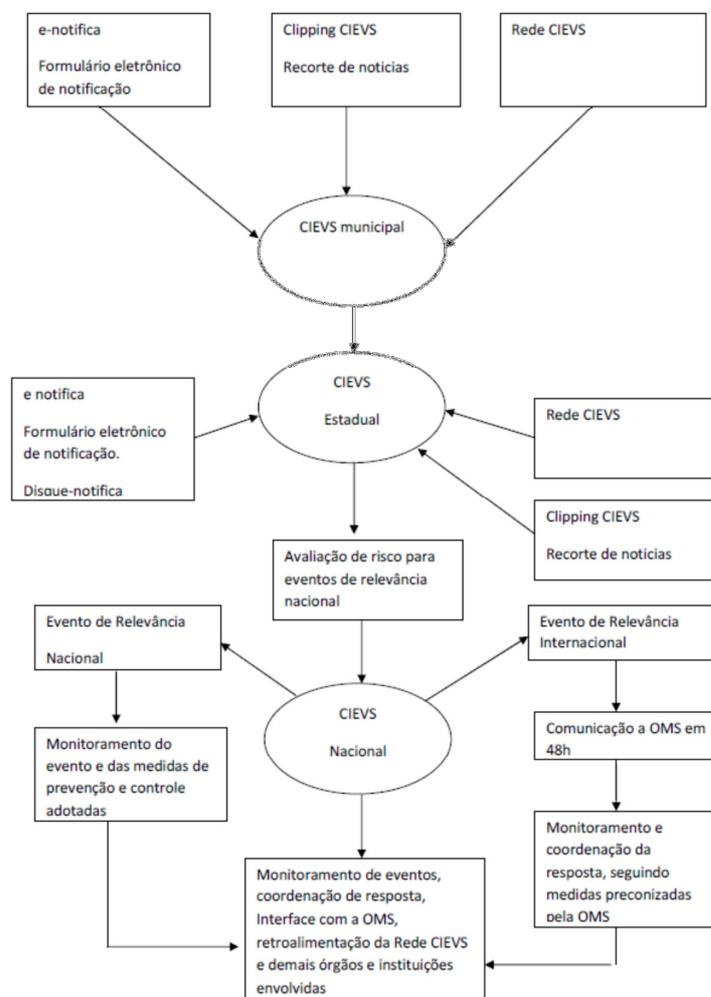
Dada a sua importância, a estruturação da Rede CIEVS, fez parte da 3ª Diretriz do Pacto pela Saúde “Mais Saúde”, medida 2.14.1, que previa a implantação de 56 *Centros de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS)*, assim distribuídos: 53 nas SES e SMS (capital), além de 1 no Instituto Evandro Chagas (IEC/PA), 1 na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ) e um no Paraguai - MERCOSUL, até 2011 (Brasil, 2010a). Atualmente, os CIEVS estão presentes em todos os estados e Distrito Federal, capitais e 2 municípios de fronteira, totalizando 55 unidades.

O CIEVS apresenta como atividades inerentes à sua função de Ponto Focal no Ministério da Saúde: a disponibilização às Áreas Técnicas da SVS/MS de estrutura física, dotada de equipamentos que permitam a comunicação e resposta eficiente aos riscos de importância à saúde pública; monitoramento de boatos na mídia relacionados aos eventos de

notificação compulsória imediata, comprovação da veracidade das informações divulgadas pela mídia junto aos estados e municípios; avaliação de todas as informações relativas aos eventos de relevância nacional e internacional e notificação à OMS no período de 48h, quando a avaliação por meio do algoritmo do RSI apontar para um ESPII ou ESPIN; fomento ao trabalho integrado entre a SVS/MS, SES, SMS, outros órgãos e/ou instituições, para o desencadeamento de respostas aos Eventos de Saúde Pública de Relevância Nacional; fomento à estruturação da *Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências de Saúde Pública* e elaboração de *Protocolos de Atividades de Detecção, Alerta, Monitoramento e Resposta de Saúde* do CIEVS/Nacional entre outras ações, de acordo com o art. 15 da Portaria nº 3.252/GM/MS.

Os CIEVS municipais devem manter em seu âmbito de atuação as atividades do CIEVS nacional no que diz respeito ao monitoramento dos eventos de notificação compulsória imediata, de maneira a disponibilizar os dados em até 24 horas da detecção de um caso suspeito (sinais clínicos, resultados laboratoriais, fatores de risco, número de casos suspeitos, confirmados e óbitos e descrição das medidas de controle adotadas) à VE regional, quando houver, ou VE estadual. Aqui deve atuar também o *Comitê de Monitoramento de Eventos – Comitê CIEVS*, composto por membros da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, laboratório e outros órgãos, que tenham interface com os eventos em questão. O Comitê deve se reunir, ao menos a cada 15 dias, para monitorar os eventos, devendo ser elaborados os *Protocolos de Atividades de Detecção, Alerta, Monitoramento e Resposta de Saúde* do CIEVS/SMS. Os CIEVS estaduais apresentam todas as funções dos CIEVS municipais, além da responsabilidade de avaliar se o evento notificado é considerado de Relevância Nacional, segundo o algoritmo do RSI, em até 48 horas; bem como garantir apoio regional e municipal, quando necessário, inclusive nas investigações dos eventos. Os Comitês Estaduais e Municipais de Emergência de Saúde Pública, compostos pelas instâncias estaduais da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, laboratório e outros órgãos, que tenham interface com os eventos em questão, devem se reunir semanalmente, cabendo aos CIEVS estaduais, assim como aos municipais, a elaboração dos seus *Protocolos de Atividades de Detecção, Alerta, Monitoramento e Resposta de Saúde* (Brasil, 2010a).

Diagrama 4- Manejo de Informações pela Rede CIEVS



II. 2. Vigilância Epidemiológica no âmbito do DF

Conforme Constituição Federal, o Distrito Federal não pode ser dividido em municípios e, dessa forma, é organizado em regiões administrativas. Em 1964, era composto por oito regiões administrativas (RAS). Com o crescimento da população e ampliação da cidade, passou a 12 RAS. Atualmente são 19 RAS. Em 2002, a SES elaborou o Plano Diretor de Regionalização da Assistência (PDR), em conformidade ao proposto pela Norma Operacional da Assistência – NOAS/SUS 01/2002. O plano pretendia uma reorganização das 15 Diretorias Regionais de Saúde existentes em 6 (seis) Macro Regiões de Saúde (regiões Centro Norte, Centro Sul, Leste, Oeste, Sul e Norte), tendo como critérios a *capacidade instalada da rede de serviços de saúde, o perfil social, demográfico e epidemiológico da*

população; os problemas de saúde prioritários; a demanda das unidades de saúde, a localização e a distância entre as RAS. Em 2004, considerando o aumento populacional na região oeste, o funcionamento de uma nova unidade hospitalar na região administrativa de Samambaia e os fluxos migratórios observados nas RAS de Recanto das Emas, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, foram criadas as 7 macro regiões de saúde, incluindo a Sudoeste.

Figura 1- Quadro demonstrativo da distribuição das Regiões Administrativas das Regiões de Saúde do DF.

Denominação	Regiões Administrativas (RA's)	Diretorias Regionais de Saúde (DRS)	Regiões de Saúde	
RA I	Brasília (Asa Sul)	DRS Asa Sul	Módulo I	REGIÃO CENTRO SUL
RA XVI	Lago Sul			
RA XVII	Riacho Fundo	DRS Núcleo Bandeirante	Módulo II	
RA XIX	Candangolândia			
RA VIII	Núcleo Bandeirante	DRS Guarã	Módulo I	
RA X	Guarã			
RA I	Brasília (Asa Norte)	DRS Asa Norte	Módulo I	REGIÃO CENTRO NORTE
RA XVIII	Lago Norte			
RA XI	Cruzeiro			
RA IX	Ceilândia	DRS Ceilândia	Módulo I	REGIÃO OESTE
RA IV	Brazlândia	DRS Brazlândia	Módulo II	
RA III	Taguatinga	DRS Taguatinga	Módulo I	REGIÃO SUDOESTE
RA XII	Samambaia	DRS Samambaia	Módulo II	
RA XV	Recanto das Emas	DRS Recanto das Emas		
RA V	Sobradinho	DRS Sobradinho	Módulo I	REGIÃO NORTE
RA VI	Planaltina	DRS Planaltina	Módulo II	
RA VII	Paranoá	DRS Paranoá	Módulo I	REGIÃO LESTE
RA XIV	São Sebastião	DRS São Sebastião		
RA II	Gama	DRS Gama	Módulo I	REGIÃO SUL
RA XIII	Santa Maria	DRS Santa Maria		

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, GDF, 2005.

As macrorregiões podem englobar um ou mais módulos assistenciais que compreendem o primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), bem como ações de saúde coletiva, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica básicas, conforme definido pela NOAS 01/2002. Dentro das macrorregiões, há serviços de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade assistencial, como cardiologia e aqueles especializados em Saúde Mental.

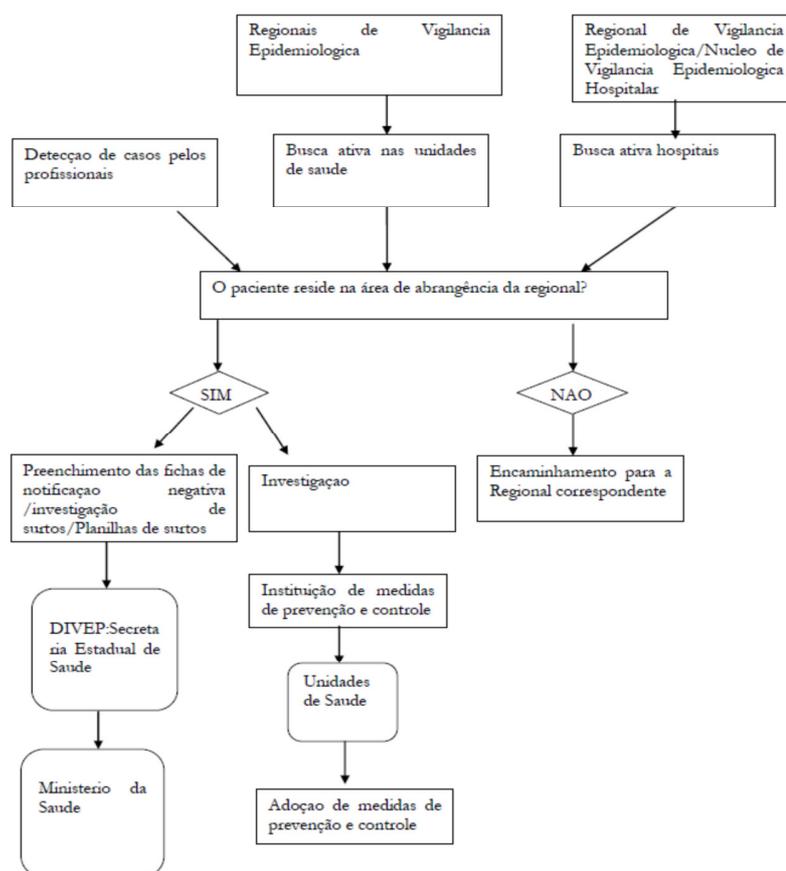
As Regiões Centro Norte e Centro Sul formam o pólo referencial distrital, abrangendo maior número de serviços de média complexidade e os de alta complexidade (Ex: TRS,

oncologia, leitos de UTI, etc.), serviços especializados e ações especializadas de saúde coletiva, vigilância sanitária e epidemiológica.

O Sistema de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF é de competência da Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS. A SVS é constituída pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica- DIVEP, pela Diretoria de Vigilância Sanitária – DIVISA, pelo Laboratório Central– LACEN e pela Diretoria de Vigilância Ambiental – DIVAL.

Buscando contemplar a divisão territorial do Distrito Federal, a vigilância também atua de forma descentralizada, com 15 Núcleos Regionais de Vigilância Epidemiológica e Imunização. Estes Núcleos estão situados nos hospitais regionais e em centros de saúde nas localidades que ainda não dispõem de hospital, como Santa Maria, Recanto das Emas e São Sebastião. Os núcleos regionais de vigilância epidemiológica são responsáveis pela vigilância de agravos de notificação, eventos inusitados e pela adoção de medidas de controle de forma oportuna em relação aos eventos que ocorrem na sua área de abrangência. O envio das notificações das unidades de saúde que fazem parte das regionais também é ao SINAN é de competência dos núcleos, assim como a vigilância epidemiológica hospitalar, caso estejam situados em hospitais regionais.

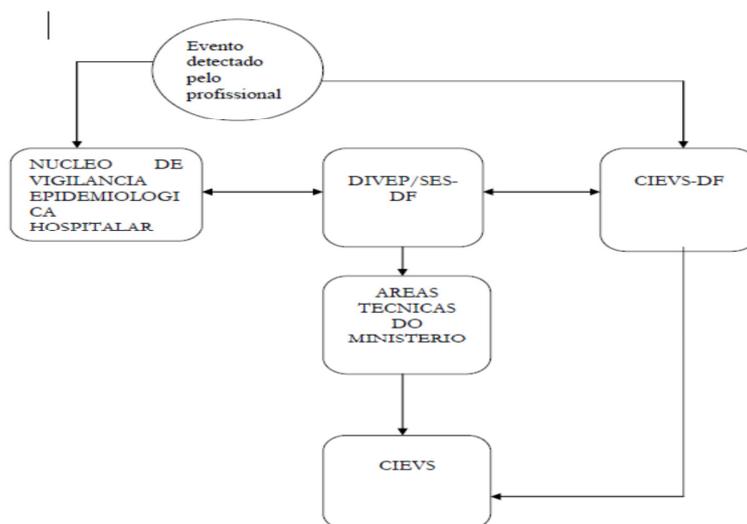
Diagrama 5 – Fluxo de notificação e manejo de eventos de notificação compulsória nas Regionais de Saúde do Distrito Federal.



Como o Distrito Federal assume as características de estado e a vigilância epidemiológica do Distrito Federal também está inserida nas regionais de saúde, o fluxo para envio das notificações ao SINAN envolve algumas particularidades. Os casos suspeitos são detectados pelos profissionais ou pela busca ativa diária nas unidades de saúde, realizada pela vigilância epidemiológica regional/ núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar. Quando o núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar assume as funções de regional, a busca ativa se restringe ao ambiente hospitalar. Se os casos suspeitos detectados são procedentes da área de abrangência das regionais, é realizada a investigação, monitoramento dos casos e instituição de medidas de prevenção e controle. Quando os pacientes residem em áreas de responsabilidade de outras regionais, a ficha é preenchida e encaminhada à regional correspondente para vigilância dos casos. As fichas de notificação individual são preenchidas e digitadas diariamente nas vigilâncias epidemiológicas regionais de saúde, com o envio semanal à Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde, que deve enviar a cada quinze dias para o Ministério da Saúde (1º ao 3º dia útil e 15º ao 18º dia útil de cada mês), sendo de responsabilidade exclusiva das regionais o preenchimento das fichas de investigação, notificação negativa e conclusão dos casos, além dos boletins de hanseníase e

tuberculose. Estes boletins são encaminhados às unidades de referência para complementação e posteriormente digitados para envio à DIVEP/SES e ao Ministério da Saúde.

Diagrama 6- Fluxo de notificação compulsória nos Hospitais com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia no Distrito Federal.



Os eventos de notificação compulsória imediata seguem o fluxo estabelecido pela Portaria 104/11. Dada a sua importância nacional e internacional, os eventos devem ser notificados dentro de 24h da sua detecção ao CIEVS, para que o evento seja monitorado e desencadeadas as medidas de controle pertinentes. Ao detectarem os casos suspeitos, os profissionais devem comunicar o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia-NHE, que notifica o evento, via telefone, à DIVEP/SES, que por sua vez, notifica as áreas técnicas do Ministério responsáveis pelos agravos detectados e ao CIEVS nacional. Todos os profissionais são orientados pela Secretaria de Saúde-DF para notificar diretamente ao CIEVS-DF, especialmente à noite ou fins de semana e feriados, já que os NHE não funcionam nesses dias ou horários. A DIVEP, ao receber a notificação, a envia também ao CIEVS local, que mantém um sistema de notificação de eventos de notificação compulsória imediata, incluindo também os eventos que são apenas de relevância local. O CIEVS-DF é classificado como um Centro de respostas rápidas implantado, funcionando em regime de plantão e sobreaviso e que dá suporte também às investigações. O CIEVS-DF por sua vez, notifica o CIEVS-MS acerca dos eventos que são de relevância nacional.

II. 3. Avaliação de sistemas de vigilância.

Segundo o “*Guidelines for Evaluating Surveillance Systems*” publicado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a avaliação dos sistemas de vigilância em saúde promove uma melhor utilização dos recursos públicos, observando se os problemas de saúde prioritários estão sendo satisfatoriamente monitorados e contribuindo para a eficiência e qualidade do sistema. Os atributos utilizados para a metodologia de avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica pelo CDC são: simplicidade, flexibilidade, qualidade dos dados, aceitabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade, estabilidade e oportunidade (CDC, 2001).

A simplicidade de um sistema de vigilância em saúde pública está relacionada à sua estrutura e execução. Indicadores que podem ser utilizados para avaliar este atributo incluem: o número de dados necessários para identificar o evento de saúde; o número de organizações envolvidas nas notificações; a possibilidade de interação com outros sistemas de informação; os procedimentos envolvidos no método de coleta de dados, incluindo o número de atualizações sobre o caso, dentre outros (CDC, 2001).

A flexibilidade está relacionada à possibilidade de adequação às alterações, como a ocorrência de eventos desconhecidos, novas definições de caso ou métodos diagnósticos (CDC, 2001).

A qualidade dos dados refere-se à abrangência (aspecto quantitativo) e fidedignidade dos registros (componente qualitativo). Um dos seus indicadores é o percentual de incompletitude (Mello- Jorge, 1993; CDC, 2001).

A aceitabilidade reflete a adesão ao sistema de vigilância pelas pessoas e instituições. A sensibilidade de um sistema de vigilância pode ser avaliada considerando o percentual de casos suspeitos identificados. Dessa forma, seus indicadores estão relacionados à ocorrência de doenças e incluem a qualidade da assistência e a sensibilidade da triagem e testes diagnósticos; a detecção de casos importados; o monitoramento dos casos inicialmente investigados e descartados e da disseminação do agente patológico. Pode ser mensurada, observando-se: a ocorrência de determinadas doenças ou outros eventos relacionados à saúde na população sob vigilância e o diagnóstico/identificação dos eventos relacionados à saúde (CDC, 2001).

O valor preditivo positivo (VPP) é a proporção de casos suspeitos que são confirmados. Já a representatividade de um sistema de vigilância em saúde pública diz respeito à relação entre a ocorrência do evento, a população e o lugar, considerando aspectos como a distribuição etária, aspectos socioeconômicos; acesso aos cuidados de saúde, padrões de evolução clínica da doença ou evento de saúde, entre outros (CDC, 2001).

A estabilidade se refere a execução de todo o processo de manejo de dados de maneira satisfatória. Medidas de estabilidade do sistema podem incluir o número de interrupções não programadas, os custos envolvidos com qualquer reparação de computador do sistema, a porcentagem de tempo que o sistema está operando plenamente e a quantidade desejada e real de tempo necessário para que o sistema colete e gerencie os dados (CDC, 2001).

A oportunidade reflete a velocidade entre as etapas da vigilância em saúde pública do sistema, podendo ser avaliada em termos de disponibilidade de informações para o desenvolvimento de ações imediatas para o controle, prevenção da exposição continuada e para o planejamento do programa (CDC, 2001).

Os sistemas de vigilância em saúde pública podem apresentar diferentes metodologias e objetivos. Dessa forma, a partir dessas características, devem ser avaliados quais são os atributos que têm relevância para o sistema e que, portanto, devem ser avaliados (CDC, 2001).

Com relação aos processos de informação, é importante avaliar a entrada e análise de dados e garantir que todos os integrantes do sistema tenham acesso aos dados e possam compreender facilmente as implicações da informação. Opções para a divulgação de dados incluem e-mails, arquivos de dados de uso público, boletins, relatórios, publicações científicas, revistas, cartazes e apresentações orais (reuniões individuais, comunidade e profissionais). Realizar a avaliação de um sistema de vigilância de saúde pública envolve determinar a finalidade específica de avaliação, identificar as partes interessadas que receberão as conclusões e recomendações da avaliação (ou seja, os usuários pretendidos), especificar as perguntas que serão respondidas pela avaliação e determinar padrões para avaliar o desempenho do sistema (CDC 2001).

A aplicação do RSI nos países signatários requer a manutenção de um sistema de vigilância eficiente e que possa adotar medidas de resposta oportunas. Segundo Baker e Fidlert, em 2006, o desenvolvimento de todos os atributos são necessários para garantir o

cumprimento das recomendações do RSI. Dessa forma, a utilidade, sensibilidade, a oportunidade e a estabilidade são os principais atributos requeridos, enquanto os demais são necessários para manutenção satisfatória do sistema de vigilância (simplicidade, aceitabilidade e flexibilidade) e identificação do perfil epidemiológico e surtos (qualidade dos dados, valor preditivo positivo e representabilidade) (Baker & Fidlert, 2006).

O Regulamento Sanitário Internacional recomenda o desenvolvimento das chamadas capacidades básicas, que consistem nas habilidades para detectar, avaliar e notificar eventos, por cada país, para que possam promover uma barreira às ameaças e aos eventos inusitados. Com a finalidade de orientar os estados partes na implementação das capacidades básicas previstas no anexo I do RSI, a OMS publicou, em 2010, o documento denominado “*Protocol for Assessing National Surveillance and Response Capacities for the International Health Regulations*” (2005). Segundo esse protocolo, no nível nacional devem ser desenvolvidas as capacidades para detectar e analisar todas as notificações de eventos dentro de 48 horas e notificar à OMS imediatamente através do Ponto Focal Nacional do RSI, quando necessário; estabelecer as medidas de controle necessárias para impedir a disseminação nacional e internacional dos eventos; fornecer apoio (recursos humanos, análise laboratorial, equipamentos, etc.), inclusive nas investigações de campo; otimizar a comunicação com os gestores para a rápida aprovação e implementação de medidas de contenção e controle; providenciar mecanismos eficientes para a comunicação de risco, incluindo recomendações estabelecidas pela OMS às unidades de saúde e pontos de entrada, laboratórios e outras áreas estratégicas e estabelecer um plano nacional de resposta às emergências em saúde pública (WHO, 2010b).

No nível intermediário, devem ser desenvolvidas as capacidades para verificar a veracidade das informações, comunicando-as de imediato ao nível nacional, além de suplementar medidas de controle, quando necessário. No nível local, as capacidades devem detectar surtos, comunicando ao nível hierarquicamente superior todas as informações coletadas, e executar as medidas de controle apropriadas. (WHO, 2010b).

O *Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases* foi desenvolvido como guia para que os países do Sudeste Asiático e oeste do Pacífico implementassem as capacidades básicas para a prevenção, e controle das doenças infecciosas que ameaçam a saúde nacional, regional e internacional, em consonância com as diretrizes do RSI 2005. Além disso, estão previstos no

documento o monitoramento e avaliação como componentes do plano de ação e a utilização de indicadores. Para isto, os indicadores-chave devem ser identificados o mais rapidamente possível após a adoção da estratégia. Dessa forma, são citados como indicadores de entrada: os recursos necessários para estabelecer e implementar atividades de vigilância e resposta; os indicadores de processo, que se constituem naqueles relacionados às atividades como treinamento, supervisão, desenvolvimento e diretrizes básicas de vigilância; os indicadores de resultado, que dizem respeito aos objetivos da vigilância e resposta, incluindo a qualidade dos sistemas de vigilância e a adequação da resposta às características dos eventos, além dos indicadores relacionados à redução do impacto de algumas doenças identificadas. A sensibilidade e oportunidade das notificações e as simulações e exercícios periódicos são citados, respectivamente, como atributos e importantes ferramentas de avaliação do sistema de vigilância (WHO, 2005a).

Após a revisão do Regulamento Sanitário Internacional, foi estabelecido um prazo para adequação dos países e estabelecimento das capacidades básicas de resposta e controle de eventos de importância à saúde pública. Dessa forma, foi proposto um instrumento elaborado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia-ISC/UFBA em colaboração com a SVS/MS entre julho de 2008 a janeiro de 2009, a fim de avaliar as capacidades básicas de acordo com o Anexo 1A do RSI (2005). Direcionado ao nível central, estadual e municipal, o instrumento contempla aspectos como a legislação nacional, política e financiamento, a coordenação pelo nível central, vigilância, resposta em saúde pública, oportunidade, comunicação de risco e capacidade de recursos humanos (Teixeira *et al.*, 2012).

No que diz respeito à vigilância das doenças de notificação compulsória, o Ministério da Saúde mantém o monitoramento da regularidade das notificações do SINAN, bem como o envio das notificações negativas (Brasil, 2006c).

II. 4. Risco à Saúde Pública associado a viagens internacionais

O conhecimento epidemiológico é fundamental para a tomada de decisão e articulação de ações no controle das doenças infecciosas emergentes e reemergentes. As doenças emergentes são doenças novas, que têm aparecido nas duas últimas décadas e as reemergentes são já conhecidas, mas apresentam alterações nas suas características

epidemiológicas, no comportamento da doença, ou aumento da incidência e abrangência geográfica (Rouquayrol & Façanha & Veras, 2003; Schmidt, 2007).

Alguns fatores estão associados à sua ocorrência, como a urbanização desenfreada, a devastação do meio ambiente, possibilitando o contato de microorganismos com indivíduos suscetíveis e a disseminação de algumas doenças até então desconhecidas, como por exemplo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e as infecções causadas por Arbovírus (Santos, 2006). Outros fatores incluem a resistência microbiana, a exposição do homem a novos agentes físicos e químicos e razões de ordem genética (Rouquayrol & Façanha & Veras, 2003; Schmidt, 2007; Grisotti, 2009). Além disso, a utilização de novas técnicas para o diagnóstico e vigilância possibilitam a detecção de diferentes padrões epidemiológicos de doenças já conhecidas ou novos patógenos (Grisotti, 2009). Nas décadas de 70 a 90, trinta novas doenças causadas por microorganismos tinham sido identificadas, incluindo AIDS, Hepatite C, Ebola, Rotavírus, Síndrome da Angústia Respiratória Grave (SARS) (WHO, 2005a).

A globalização, com a intensificação do intercâmbio internacional, representa um risco potencial de introdução de patógenos exóticos e de disseminação das doenças infecciosas emergentes (Teixeira *et al.*, 2009). A vigilância dessas doenças representa um desafio para os sistemas de vigilância dos países, à medida que exige respostas oportunas frente a epidemias ou agravos inusitados, que podem se constituir em emergências de saúde pública de importância internacional, conforme definido pelo RSI 2005 (Barradas, 1998; Carmo *et al.*, 2008).

Outro fator importante diz respeito ao contexto epidemiológico de cada país, onde o controle de uma determinada doença transmissível pode se constituir prioridade ou não, dependendo de fatores políticos, econômicos ou sociais. É o caso do Brasil, que devido à eliminação da transmissão autóctone de sarampo nas Américas em 2001, busca manter esta condição, sendo investidos muitos recursos na imunização de crianças e vigilância de casos importados da doença (Barros & Silva, 2006; Brasil, 2009). Da mesma forma, campanhas desenvolvidas pela OMS têm buscado reduzir ou eliminar a incidência de malária em países africanos, onde 124 milhões de pessoas vivem em áreas endêmicas. De acordo com a Publicação da OMS denominada *World Malaria Report 2010*, foram detectados 225 milhões de casos de malária e estimadas 781.000 mortes em 2009 (WHO, 2011).

Uma viagem internacional pode representar sérios riscos para a saúde. Segundo Wilson (1995), *quando as pessoas viajam, transportam suas particularidades genéticas, patógenos, vetores, seqüelas imunológicas de infecções passadas, vulnerabilidade a infecções, questões culturais e costumes*. Além disso, há os comportamentos de risco, que envolvem desde modificações ecológicas e da agricultura, que favorecem ou promovem os meios para disseminação e resistência de microorganismos, até a adoção de hábitos que podem propiciar o contato com vetores, como dormir em acampamentos (Pramoth, 2003). A facilidade e a velocidade das viagens modernas também tem contribuído para a disseminação internacional de doenças, já que um agente infeccioso pode transmitir a doença ainda no seu período de incubação e, concomitante à sua circulação, atingir um maior número de contatos. Exemplos de disseminação internacional de doenças emergentes incluem a meningite por *Neisseria Meningitidis* do grupo A, levada por peregrinos a Meca, ou casos importados de malária em países onde não havia registro de ocorrência da doença (Pramoth, 2003).

II. 5. Eventos internacionais no Brasil e riscos sanitário

Os eventos de massa são atividades coletivas, que por motivos esportivos, religiosos, lúdicos ou laborais entre outros, movimentam e/ou atraem um elevado contingente de pessoas vindas de diversas partes de um país ou de diferentes regiões ou países (OMS, 2010a).

A grande concentração de pessoas nesses eventos pode facilitar a disseminação de doenças infecciosas. Como exemplos de eventos de massa podemos citar a Hajj (razões religiosas), o G20 (razões políticas) e Jogos Olímpicos (atividades desportivas). Os eventos de massa podem ainda ser classificados entre aqueles que são planejados com bastante antecedência (casamento real) e os que são espontâneos ou tomam lugar num prazo muito curto (funeral do papa). Podem se repetir regularmente, mas em locais diferentes, tais como os Jogos Olímpicos, ou podem ser realizados regularmente no mesmo local, como a Hajj (OMS, 2010 a; Khan *et al.*, 2010). De maneira geral, os eventos de massa representam situações em que a aglomeração em locais públicos, hotéis e alojamentos e a sobrecarga dos serviços de alimentação, dentre outros aspectos potencializam os riscos à saúde, ao promover

condições propícias à disseminação de doenças infecciosas (Hadjichristodoulou *et al*, 2006). Doenças de origem alimentar e hídrica, como a diarreia dos viajantes e doenças de transmissão respiratória, são as mais comumente observadas (Hadjichristodoulou *et al*, 2005).

Hajj, a peregrinação anual de muçulmanos para a Arábia Saudita é um dos maiores eventos de massa do mundo, atraindo pessoas de mais de 160 países. Com periodicidade anual, a Hajj atrai mais de 2,5 milhões de peregrinos, com o objetivo de visitar os lugares santos de Meca e refazer o percurso do profeta Maomé. Durante o longo percurso, os participantes compartilham barracas e banheiros e ao final, devem aparar ou raspar os cabelos, procedimento realizado por barbeiros, que geralmente reutilizam as navalhas. Devido às características do evento, os riscos associados incluem doenças transmitidas por alimentos, surtos de meningite, doenças respiratórias, exaustão, hepatite B, C e lesões não intencionais, dentre outras (Ahmed & Arabi & Memish, 2006). A transmissão de doenças infecciosas assume importância internacional, quando os visitantes retornam aos seus países de origem (Ahmed & Arabi & Memish, 2009).

Para a realização da vigilância efetiva e aplicação de medidas de controle pertinentes a doenças, agravos e eventos de interesse à saúde pública, os sistemas de vigilância locais devem estar preparados para atender as demandas dos eventos de massa (Franke *et al.*, 2006). Nestes casos, a vigilância pode abranger medidas para a detecção e o controle de surtos, comunicação de risco, procedimentos de quarentena, isolamento hospitalar e demais medidas coletivas para prevenir a disseminação de doenças, como vacinação em massa e introdução de novos tratamentos. Cabe ao país sede a organização e planejamento dos recursos humanos e financeiros, de forma a estruturar uma vigilância efetiva e a resposta oportuna aos possíveis riscos à saúde pública, durante os eventos de massa (Thompson, 2008). Dessa forma, os profissionais de saúde que atuam na assistência e a rede pública de saúde devem se adequar às possíveis demandas e alterações no número de pessoas atendidas, de forma a permitir um diagnóstico preciso e a adoção de medidas de prevenção e controle necessárias.

Para o enfrentamento dessas situações, é importante desenvolver e implantar um sistema de vigilância mais sensível aos eventos para detectá-los de forma oportuna. Fatores como a localização e tipo de evento, número de participantes, duração, clima, além de fatores

relacionados diretamente à organização da vigilância devem ser considerados para o planejamento das ações (Thackway, 2009).

Tendo em vista o elevado risco sanitário global, medidas, regulamentos e acordos multilaterais têm sido firmados, a fim de monitorar e controlar a circulação internacional dessas doenças. No RSI 2005, estão previstas as capacidades básicas para otimizar a resposta a eventos de importância à saúde pública. O Ministério da Saúde tem realizado avaliações das capacidades instaladas nos níveis central, estadual e municipal no sentido de adequá-las às diretrizes do RSI.

Com relação aos eventos de massa, um Comitê Interministerial elaborou um plano de preparação e resposta para os 5º Jogos Militares, que ocorreram na cidade do Rio de Janeiro, em julho de 2011, subsidiando o planejamento dos eventos de massa subsequentes: Copa das Confederações, em 2013; Copa do Mundo, em 2014 e Olimpíadas, em 2016. No plano estão previstos a definição de hospitais de referência para atendimento e vigilância dos eventos de importância à saúde pública associados, bem como o detalhamento das ações a serem executadas, que devem estar presentes nos planos estaduais e municipais elaborados especificamente para os eventos de massa. Durante os eventos esportivos, as unidades de saúde devem seguir os fluxos de notificação pré-estabelecidos na rotina. Os eventos de importância à saúde pública a serem notificados constam da Portaria MS nº 104/11.

III. JUSTIFICATIVA

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005) prevê o compartilhamento de informações a partir de fontes não governamentais e organizações intergovernamentais quando necessário, para habilitar respostas a riscos de saúde pública. Neste sentido, a ANVISA, por meio da Gerência-Geral de portos, aeroportos e fronteiras (GGPAF) e, particularmente por sua subunidade, a Gerência de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes (GCOVI), adotou estratégias conjuntas com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no que tange à implementação do monitoramento de eventos internacionais de interesse sanitário.

O monitoramento diário das fontes não-oficiais e oficiais por parte do CIEVS permite acompanhar e disseminar informações sobre áreas com risco de transmissão de doenças e

agravos de interesse à saúde dos viajantes. Assim, considerando o fluxo de turistas internacionais, que em 2008 ultrapassou o número de 922 milhões, de acordo com estatísticas da OMS; os riscos de introdução e disseminação de doenças associados às viagens internacionais; os eventos de massa que serão sediados no Brasil (Copa das Confederações, em 2013; Copa do Mundo, em 2014; Copa América de Futebol, em 2015; e Olimpíadas, em 2016); o dever do Estado de reformular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e a importância das notificações para a prática da vigilância epidemiológica, com o papel primordial das notificações oportunas para adoção de medidas rápidas e eficazes no controle de doenças, torna-se muito propícia a avaliação dos hospitais no que diz respeito à capacidade e oportunidade na identificação e notificação de eventos de importância à saúde pública, principalmente aqueles associados a viajantes internacionais.

IV. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Os serviços de emergência dos hospitais, considerados prováveis portas de entrada para agravos à saúde de viajantes, estão preparados e seguem normas e fluxos para garantir a vigilância das doenças, agravos e eventos de notificação compulsória e cumprir as determinações do Ministério da Saúde e das organizações internacionais?

V. OBJETIVOS

a. Objetivo geral:

Realizar diagnóstico situacional da capacidade de resposta nos hospitais da rede de emergência de Brasília a doenças, agravos e eventos de notificação compulsória imediata de interesse nacional e internacional.

b. Objetivos específicos

1. Descrever fluxos internos e normas para atendimento de pacientes com suspeita de doença de notificação compulsória em emergências de hospitais de Brasília.
2. Comparar os fluxos internos e normas desses hospitais com aqueles estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela legislação internacional.

3. Descrever doenças de notificação compulsória imediata de interesse nacional e internacional identificadas pelos hospitais de Brasília e registradas no SINAN, no período de 2005-2011.
4. Estimar a proporção das doenças de notificação compulsória imediata atendidas nos hospitais do estudo que foram notificadas pelos hospitais ao CIEVS.
5. Avaliar as capacidades básicas dos hospitais para a detecção e controle de eventos de relevância nacional e internacional.

VI. MÉTODOS

VI. 1. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa das doenças, agravos e eventos de notificação compulsória imediata descritos no anexo II da Portaria n° 104/11, atendidos nos hospitais municipais de emergência da cidade de Brasília. Foi investigada a capacidade de resposta e a organização dos hospitais, por ocasião do atendimento dos casos, por meio da descrição dos fluxos e medidas adotados.

VI. 2. População e área de estudo

A cidade de Brasília foi selecionada por ser uma das 12 cidades-sede para a Copa do Mundo de 2014. Nela serão realizados sete dos sessenta e quatro jogos planejados para a Copa do Mundo de 2014 (FIFA, 2011) bem como a abertura da Copa das Confederações, em 2013. Além disso, trata-se da capital federal, onde se localizam as embaixadas de 116 países, fato que contribui para o elevado fluxo de viajantes e cidadãos estrangeiros (MRE,2011). Portanto, Brasília é considerada uma cidade estratégica para a vigilância de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória imediata de interesse nacional e internacional.

Considerando que os serviços de emergência dos hospitais de Brasília serão as prováveis portas de entrada para agravos à saúde em viajantes, particularmente durante os eventos de massa que ocorrerão na cidade, definiu-se como campo dessa investigação os hospitais cadastrados no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Inicialmente, foram selecionados os estabelecimentos de saúde registrados no CNES como hospitais gerais e pronto-socorros gerais da cidade de Brasília, com base nas seguintes

definições: “*Hospital Geral é o hospital destinado à prestação de serviços nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviços de urgência/emergência.*” “*Pronto Socorro Geral é a unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de tratamento imediato*” (Brasil, 2006b). Os critérios de inclusão dos hospitais gerais com emergência ou pronto-socorros gerais foram: (1) número de leitos de clínica geral superior a 20, já que o número de leitos de clínica geral é o maior em uma unidade hospitalar, sendo um indicador do seu porte, portanto permitindo selecionar possíveis unidades de referência para a assistência durante os eventos de massa; (2) localização nas asas sul e norte da região metropolitana de Brasília, conhecida como plano piloto. Dada a configuração planejada da cidade de Brasília em setores, os hospitais elegíveis para o estudo encontram-se estrategicamente concentrados nos setores hospitalares e setores de grandes áreas das asas norte e sul, próximos aos setores hoteleiros, ao estádio e ao aeroporto, pontos geográficos que provavelmente concentrarão a maior parte dos eventos de interesse à saúde pública.

Foram excluídos por não atenderem aos critérios do estudo: uma unidade que, embora classificada como hospital geral, não apresentava leitos; e um estabelecimento que, embora possuísse registro no CNES como pronto-socorro geral, utilizava a mesma infraestrutura de um dos hospitais já participante da pesquisa.

Com base nos critérios apresentados, foram selecionados para o estudo quatro hospitais públicos - Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Hospital Universitário de Brasília (HUB) e três hospitais privados - Hospital Santa Lúcia, Hospital Santa Luzia e Hospital Prontonorte.

Buscando avaliar as capacidades básicas (objetivo 5), descrever fluxos internos e normas (objetivo 1) e compará-los aos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela legislação internacional (objetivo 2), foi selecionada uma amostra de conveniência de profissionais de saúde lotados nos hospitais selecionados. Participaram como sujeitos do estudo os profissionais das seguintes categorias, que atuam no atendimento de emergência adulto e pediátrico, em cada hospital: médicos (28), enfermeiros de assistência (18) e enfermeiros da classificação de risco (21)². Estas categorias foram incluídas no estudo pelo

² Nos hospitais públicos do DF, é realizado um procedimento de triagem dos pacientes, conhecido como classificação de risco (Protocolo de Classificação de Manchester).

potencial de atendimento a pacientes com suspeita de doenças de notificação compulsória. A fim de captar a diversidade de situações cotidianas que permitisse realizar um diagnóstico situacional da realidade de cada hospital, foi selecionado um trabalhador de cada categoria profissional por dia, em turnos alternados (segunda pela manhã, terça à tarde, quarta à noite e assim por diante). Esses profissionais foram convidados a preencher os questionários no horário de início de plantão (7h, 13h e 19h), a fim de reduzir a recusa.

Além dos profissionais descritos, participaram da pesquisa os coordenadores dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica (3); coordenadores das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (3); responsáveis técnicos pelos Laboratórios dos hospitais (3); e os diretores dos hospitais, para o eventual esclarecimento de questões relacionadas a planos de ação e protocolos, que envolvem vários setores no hospital. Adicionalmente, foram incluídos o Diretor de Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal (DIVEP/SES/GDF), representado pelos técnicos designados para atender às demandas do trabalho e o Coordenador do CIEVS/SVS/MS. Esses profissionais foram entrevistados em horários previamente agendados, de acordo com sua disponibilidade. No total, foram entrevistados 78 profissionais.

Para descrever as doenças de notificação imediata identificadas pelos hospitais e registradas no SINAN (objetivo 3) e estimar a proporção de notificação ao CIEVS (objetivo 4), foram acessados o Sistema de Monitoramento de Eventos - SIME do CIEVS/SVS/MS e as fichas individuais desses registros no SINAN, referentes ao Distrito Federal e aos hospitais do estudo, no período de 2006-2011 (já que o CIEVS apenas consolidou as suas atividades no ano de 2006), resultando em 39 registros para análise. Complementarmente, foram consultadas as notificações gerais do Distrito Federal, regionais e hospitais do estudo no período de 2005 a 2011.

O fluxo de confirmação laboratorial para identificação de doenças conta com procedimentos específicos relacionados aos exames requeridos, ao período de detecção dos casos e à infraestrutura disponível. Dessa forma, foram selecionados três eventos ocorridos em 2011 e detectados pelos hospitais para a descrição dos fluxos: um caso suspeito de influenza notificado pelo hospital 1, um caso de paralisia flácida aguda notificado pelo hospital 2 e um caso suspeito de sarampo no hospital 3. A influenza humana por novo subtipo

e a poliomielite por poliovírus selvagem enquadram-se como eventos de relevância internacional, ao passo que o sarampo constitui-se em evento de relevância nacional.

VI.3. Operacionalização do estudo

Para descrever os fluxos internos e as normas para atendimento de pacientes com suspeita de doença de notificação compulsória nas emergências dos hospitais selecionados e compará-los com aqueles estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela legislação internacional, aplicou-se um questionário semi-estruturado com questões fechadas e abertas, elaborado com base no Instrumento de Avaliação das Capacidades Básicas de Vigilância e Respostas - Nível Municipal/MS, proposto pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia – ISC e harmonizado no Subgrupo de Trabalho SGT 11 – Saúde – MERCOSUL, em 2006, onde também foi definida a metodologia de aplicação e validação do instrumento. Nos anos de 2007 e 2008, o instrumento foi validado nos três níveis de gestão do país (Teixeira *et al.*, 2012). As adequações no instrumento para esta pesquisa foram realizadas para permitir sua aplicação no ambiente hospitalar, tendo sido incluídas questões referentes aos planos específicos relativos aos eventos de massa.

A parte I do instrumento, que trata de questões referentes à infraestrutura, recursos humanos, materiais e capacidade de resposta dos hospitais foi respondida pelos coordenadores dos núcleos de vigilância epidemiológica, coordenadores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e responsáveis técnicos pelos laboratórios. A parte II do instrumento foi aplicada aos médicos e enfermeiros que atuam na emergência, abordando conhecimentos e experiências profissionais prévias acerca de notificação compulsória.

Os registros do SINAN foram solicitados à Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde (GIASS/DIVEP/SES/GDF) e à Unidade Técnica do SINAN (UT-Sinan/CGVR/DEVIT/SVS/MS). A GIASS forneceu o número total de eventos notificados no Distrito Federal discriminados por eventos, unidades notificantes e regionais de saúde, no período de 2005 a 2011. O CIEVS/MS concedeu informações do SIME acerca de eventos de relevância nacional e internacional ocorridos no DF e comunicados ao Centro, no período de seu funcionamento, de 2006 a 2011, o que inclui os eventos de notificação compulsória imediata. A UT-Sinan forneceu os bancos de dados onde seriam localizados os registros referentes aos eventos de notificação compulsória imediata, que constam nas portarias de

notificações compulsórias publicadas no período de 2005 a 2011. O SINAN permite o acesso a dados organizados por doença ou, em algumas situações, por grupos específicos, como no caso das doenças exantemáticas, eventos inusitados e surtos.

Após a limpeza do banco e identificação dos registros de notificação de interesse, foi realizada a descrição dos mesmos quanto à distribuição proporcional segundo hospitais do estudo e regionais, em relação à totalidade nas notificações no Distrito Federal. Em seguida, explorou-se a possível existência de registros de doenças de notificação compulsória imediata nos bancos do SINAN não comunicadas ao CIEVS. Por fim, os bancos finais de diferentes fontes foram comparados, tendo como variáveis de checagem o sexo, a idade, o endereço/procedência, a data de início dos primeiros sintomas e a unidade notificante, a fim de evitar duplicidade de registros.

VI. 4. Análise

Realizou-se análise descritiva dos indicadores de infraestrutura (número de leitos, disponibilidade de exames laboratoriais e insumos, composição de equipes de emergência e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, capacitação dos profissionais) e do processo de vigilância (conhecimento de fluxos, atendimento e comunicação com pacientes estrangeiros), por meio da aplicação dos instrumentos do estudo.

Os fluxos e procedimentos adotados nos hospitais para vigilância das doenças, agravos e eventos, foram comparados às normas nacionais e recomendações internacionais, com vistas à avaliação da capacidade de resposta aos eventos de relevância nacional e internacional.

Foram verificadas as frequências absolutas de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória registrados no Distrito Federal, regionais sul e norte e hospitais do estudo, para o período de 2005 a 2011; a proporção de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória notificados pelo Distrito Federal segundo classificação do tempo para notificação; a proporção de notificações realizadas pelas regionais norte e sul em relação ao total de notificações do Distrito Federal e a proporção das notificações realizadas pelos hospitais da pesquisa em relação ao total das notificações das regionais norte e sul.

Verificou-se a proporção de notificações pelas categorias de unidades notificantes das Regionais Sul (hospitais do estudo, unidade de saúde de atenção básica, unidades de saúde de

atenção especializada, hospitais particulares e hospital forças armadas) e Norte Sul (hospitais do estudo, unidade de saúde de atenção básica, unidades de saúde de atenção especializada, hospitais particulares, hospital universitário, laboratório, banco de sangue e hospital das forças armadas):

Os casos notificados de dengue foram apresentados separadamente das demais doenças, considerando as epidemias ocorridas no período.

Para analisar se os fluxos de notificação estavam de acordo com os estabelecidos pela Portaria MS nº 104/11, foi avaliada a frequência dos eventos e das fontes de informação dos eventos notificados ao CIEVS no período de 2006 a 2011.

O indicador de cobertura foi avaliado verificando a proporção de eventos de notificação compulsória imediata que porventura foram notificados ao SINAN e não foram notificados ao CIEVS no período de estudo. Foram utilizados Epi Info versão 3.5.3 e Excel 2010.

VII –RESULTADOS

Dos sete hospitais selecionados, um não forneceu autorização para realização da pesquisa nas suas dependências, dois não responderam à solicitação de autorização e um teve mudanças na gestão durante período de estudo, inviabilizando a realização da pesquisa. Dessa forma, a coleta de dados foi realizada em três hospitais, todos públicos, entre os sete selecionados: Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF, Hospital Materno-Infantil de Brasília - HMIB e Hospital Regional da Asa Norte – HRAN.

VII.1. Infraestrutura, recursos humanos, materiais e capacidade de resposta dos hospitais (Parte I do Instrumento Diagnóstico da Capacidade Instalada e do Sistema de Vigilância)

O quantitativo de leitos e a composição das equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NHE) são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Características gerais dos hospitais do estudo.

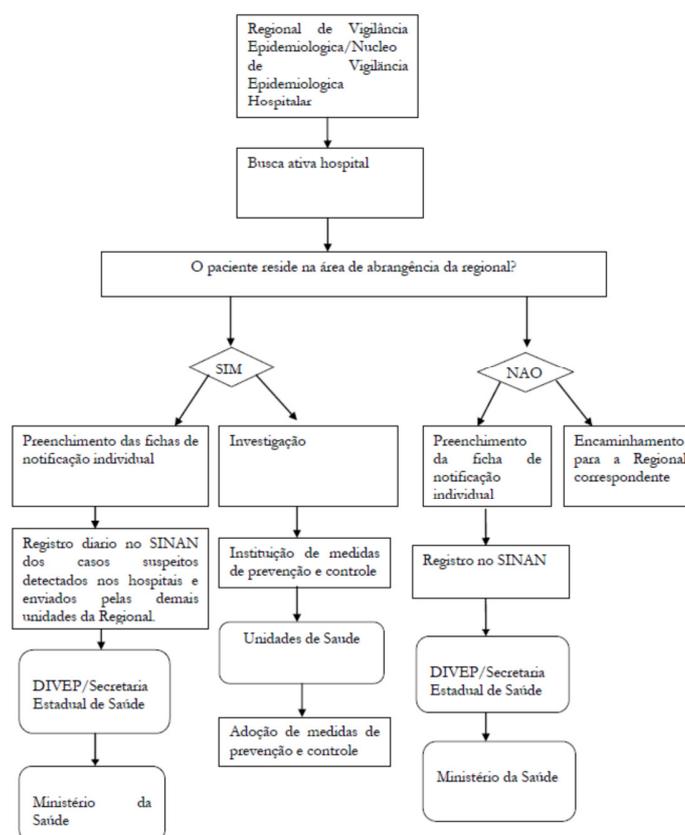
Características	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
Nº de Leitos			
Total	689	360	372
UTI	69	62	10
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)			
Localização	Regional Sul	Regional Sul	Regional Norte
Referência regional	não	sim	sim
Composição equipe NHE			
Médicos	Infectologista (1) Sanitarista (1)	-	-
Enfermeiros	2	2	2
Técnicos de enfermagem	-	4	-
Técnicos administrativos	2	2	4
Referência para vigilância de agravos específicos			
Dengue	sim	sim	-
Raiva	sim	sim	-
PFA	sim	sim	-
Meningite	sim	sim	-
Tuberculose	sim	sim	-
SARG	-	sim	sim
Influenza	-	sim	sim
Outras doenças infecciosas infantis	-	sim	sim

Como os hospitais 2 e 3 estão situados nas regionais sul e norte do DF, os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia aí situados assumem também as funções de vigilância epidemiológica regional, sendo responsáveis não apenas pelo hospital, mas por toda a sua área de abrangência. Quando são detectados casos suspeitos de DNC nos hospitais 2 e 3, inicialmente é verificado o distrito de residência do paciente. Caso ele resida na área de abrangência das respectivas regionais de localização desses hospitais, são realizados os procedimentos de investigação epidemiológica pelos próprios NHE. Caso contrário, o evento é registrado no SINAN e a regional correspondente é notificada, para que proceda à investigação (Diagrama 7).

Os dados são identificados no SINAN pelos campos “Unidade Notificante” e “CNES” da unidade onde foi detectado o caso. No campo “Regional de Saúde”, é registrada a regional responsável pelo registro das informações. As fichas de notificação são armazenadas no hospital, com exceção das relativas aos agravos que demandam tratamento contínuo, como

tuberculose ou HIV que, após o registro no SINAN pelo hospital, são encaminhadas para a unidade de referência para acompanhamento do paciente. A Diretoria de Vigilância Epidemiológica e o CIEVS-DF prestam suporte às investigações, quando necessário.

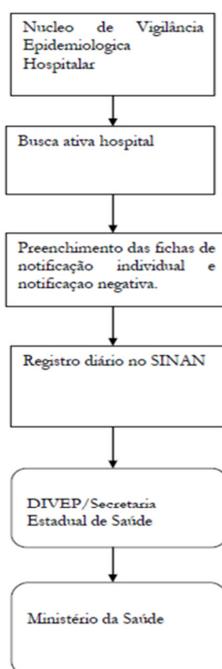
Diagrama 7: Fluxo de notificação e manejo de eventos de notificação compulsória das Regionais de Vigilância Epidemiológica Norte e Sul.



Dada a importância e porte do hospital 1, que faz parte da regional sul, o mesmo mantém um Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia, que é responsável pela notificação, registro no SINAN e manutenção das fichas dos agravos, doenças e eventos detectados no hospital. Assim como nos demais hospitais do estudo, o NHE dispõe de funcionários destinados apenas ao manejo das informações no SINAN. A investigação dos eventos também notificados nesse hospital é de responsabilidade do núcleo de referência regional, situado no hospital 2, com suporte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e do CIEVS.

A busca ativa nos prontuários e nos boletins de atendimento de emergência nos 3 hospitais é realizada diariamente, através do sistema de informações Trakcare³ e os atendimentos realizados no período noturno, são avaliados no dia subsequente. O hospital 2 relatou a busca ativa de informações acerca de resultados de exames de confirmação laboratorial de alguns casos suspeitos, enquanto nos hospitais 1 e 3, isso não é realizado.

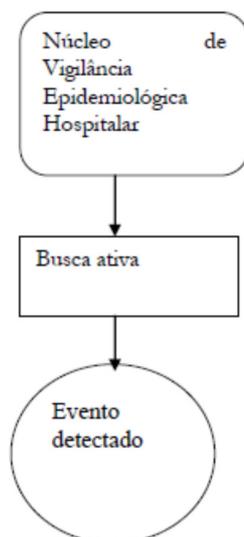
Diagrama 8: Fluxo de notificação de eventos de notificação compulsória no hospital 1.



As atividades de detecção e notificação de eventos de importância à saúde pública podem ser efetuadas em todos os hospitais do estudo, os quais dispõem de telefone, computador com acesso à internet e correio eletrônico e acesso à informação de meios televisivos. Os equipamentos estão disponibilizados nas salas dos núcleos para uso dos profissionais.

Diagrama 9: Fluxo de notificação compulsória relatado pelos profissionais da assistência.

³ Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, que inclui informações do atendimento clínico, laboratorial e ações de saúde coletiva, presente em todas as unidades de saúde pública do Distrito Federal.



Do total de 67 profissionais entrevistados, 39 (58,7%) afirmaram desconhecer o fluxo de notificação. Dos que afirmaram conhecer o fluxo (28(40,3%), 19 (70,4%) o descreveram quando solicitado. Dos 19 profissionais que desenharam o fluxo, apenas 2 (10,5%) o descreveram de forma correta do ponto de vista das instâncias envolvidas; e 12 profissionais (63,2%) atribuíram a responsabilidade da notificação ao NHE, que realiza a busca ativa a partir das fichas informatizadas, desconhecendo as instâncias e encaminhamentos a partir daí. Dos 5 restantes, 3 citaram que a notificação deve ser informada pelo profissional para a chefia de enfermagem, enquanto 1 informou que a notificação deveria ser encaminhada para a chefia de equipe e dessas para o NHE e outro citou que após a notificação realizada pelo NHE, a mesma deveria ser confirmada por exame laboratorial e então registrada no SINAN.

Dos profissionais que afirmaram conhecer o fluxo e o descreveram, apenas 2 (10,5%) conseguiram descrever o fluxo, incluindo o encaminhamento das notificações às regionais, DIVEP/DF e posteriormente ao Ministério da Saúde. Porém, nenhum dos profissionais citou o fluxo correto, incluindo o CIEVS-DF como referência para a notificação imediata em fins de semana, feriados e à noite e o CIEVS nacional como última instância de encaminhamento dos eventos.

Quanto à divulgação de informações produzidas pelos NHE, o hospital 2 relatou que realiza apresentação de dados aos profissionais da unidade anualmente, enquanto os outros dois não possuem rotina de divulgação de informações. O hospital 2 relatou ainda a busca de informações pontuais pelos profissionais da assistência acerca de resultados de exames de

confirmação laboratorial de alguns casos suspeitos, enquanto nos hospitais 1 e 3, não houve relato de busca de informações pelos profissionais da assistência.

5- Capacidade de Resposta

Os setores de almoxarifado de 2 dos hospitais afirmaram que para a resposta oportuna frente a emergências, contam com reserva de medicamentos em geral, imunobiológicos, materiais cirúrgicos, insumos para vacinação, insumos de laboratório, material para coleta e envio de amostra, equipamentos de descontaminação, equipamentos de biossegurança e equipamentos de proteção individual. A distribuição de insumos nos hospitais baseia-se na demanda, no número de leitos e procedimentos e há uma flexibilidade de recursos para demandas extras, possibilitando o suprimento adequado de insumos frente a possíveis demandas associadas aos eventos de massa, que acarretem o atendimento a um maior número de pacientes que o habitual. A quantidade mensal de consumo é calculada, baseando-se na média aritmética móvel, que consiste em considerar o consumo dos últimos meses, dividindo-se o consumo observado nos meses pelo número de meses observados. O setor de compras das regionais especificam os materiais e insumos a serem adquiridos, cabendo ao almoxarifado central o processo de compra e após aquisição dos mesmos pelas regionais, ocorre a redistribuição para as unidades de saúde.

Em um dos hospitais, foi relatada a insuficiência de alguns materiais cirúrgicos e alguns imunobiológicos, porém, ressaltando que como há um almoxarifado central, todos podem contar com uma reserva extra que fisicamente não se encontra no hospital, mas que é disponibilizada de acordo com as demandas. Além disso, os outros hospitais da rede também trabalham de forma cooperativa, quando necessário.

Considerando um evento associado à patologia infectocontagiosa e a demanda e infraestrutura disponível, todos os hospitais têm possibilidade de isolar uma área de leitos, podendo isolar o quantitativo de leitos correspondentes: Hospital 1, 46 leitos adultos; Hospital 2, 12 leitos: 02 pediátricos e 10 neonatais e no hospital 3, 02 leitos adultos. Em caso de doenças respiratórias, dois dos hospitais contam com leitos para isolamento. O hospital 1 mantém leitos para isolamento com porta vedada e bem ventilados, conforme preconizado pelo *Manual de Manejo Clínico de SRAG* (Brasil, 2010b). Já o hospital 3, que consta como referência instituída pelo MS para influenza possui 2 dos 173 leitos de isolamento

respiratório disponíveis na rede pública, com pressão negativa e filtro hepa (Temporao, 2009).

6- Planos de Ação e Protocolos

Os profissionais relataram que os hospitais possuem um plano de emergência hospitalar, mas não ficou claro, a partir dos dados dos instrumentos auto-preenchidos, o conteúdo e o propósito dos referidos planos, tampouco se os mesmos se aplicam a eventos de massa ou contenção de desastres ou demais emergências em saúde pública. Há também protocolos de biossegurança aplicados na rotina.

Todos relataram ainda que está previsto um plano distrital para a Copa do Mundo, que está sendo elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, mas que até o momento da coleta de dados (agosto 2012), não tinham conhecimento das suas diretrizes.

De acordo com a capacidade diagnóstica dos laboratórios, são realizados os testes abaixo:

Síndrome / enfermidades	Teste	Realizado no laboratório		Houve insumos suficientes no ano anterior	
		sim	não	sim	não
Malária	Gota espessa	2	1	2	
	Estendido (ou Delgado Corado)	2	1	2	
Doenças Respiratórias	Direto de Escarro	3		2	1
	Cultura de Escarro	3		2	1
	nasofaringe	3			3
	Antibiograma	3			3
Meningite / encefalite	Direto LCR	3		2	1
	Físico Químico LCR	3		2	1
	Látex	3		2	1
	Cultura/Identif.				
	Antibiograma	3		2	1

Tabela 2: Provas diagnósticas mínimas ou preliminares de eventos que possam se constituir em problemas para a Saúde Pública realizadas no Hospitais do Estudo.

*1-Um Hospital *2- Dois Hospitais * 3- Três Hospitais

Síndrome / enfermidades	Teste	Realizado no laboratório		Houve insumos suficientes no ano anterior	
		sim	não	sim	não
Gastroenterites	contagem leucócitos matéria fecal	3		2	1
	Direto de matéria fecal	3		2	1
	Coprocultivo/Identif.	3		2	1
	Cultura material hemético	3		1	2
	Antibiograma	3			3

Tabela 2: Provas diagnósticas mínimas ou preliminares de eventos que possam se constituir em problemas para a Saúde Pública realizadas no Hospitais do Estudo.

*1-Um Hospital *2- Dois Hospitais * 3- Três Hospitais

Todos os testes são realizados pelos hospitais do estudo, com exceção dos testes para diagnóstico da malária, que não é realizado em um dos hospitais. Dois dos hospitais citaram que os insumos utilizados, em sua maioria, foram suficientes e em um deles, foi ressaltada a distribuição irregular dos insumos necessários para todos os exames.

Foram apontadas pelos chefes de laboratório algumas facilidades e dificuldades para o atendimento do possível aumento da demanda durante o período em que a Copa do Mundo ocorrer no Brasil. A disponibilidade de recursos humanos foi apontada como facilidade pelo coordenador do hospital 3, enquanto os coordenadores do hospital 1 e do hospital 2, citaram respectivamente, a conformação da rede de distribuição, envolvendo hospitais, laboratórios,

postos e a qualificação da equipe como facilidades. Por outro lado, foram citadas como dificuldades para o coordenador do hospital 1 a distribuição irregular dos insumos e recursos humanos insuficientes. O coordenador do hospital 2 citou como dificuldades ausência de meio de transporte próprio e de capacitação específica para os eventos de massa, sendo este último também citado pelo coordenador do hospital 3.

VII.2. Conhecimentos e capacitações acerca da atuação profissional na vigilância de eventos (Parte II do Instrumento Diagnóstico da Capacidade Instalada e do Sistema de Vigilância).

PERFIL PROFISSIONAL

Tabela 3: Número e categoria profissional dos entrevistados nos hospitais do estudo. Brasília, 2012.

Profissionais de emergência entrevistados	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
Enfermeiro assistência	7	7	7
Enfermeiro classificação de risco	7	7	4
Médico clínico	7	-	7
Médico pediatra	-	7	7

Foram entrevistados profissionais que atuam diretamente na assistência e na classificação de risco (tabela 3). Os dados encontrados demonstram que 28,5% dos profissionais têm de 0 a 5 anos de formados (Tabela 4). Dos profissionais pesquisados, 46,3% não realizam atualizações na área de Saúde Pública (Tabela 5).

Tabela 4: Número de anos de formado dos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Número de anos de Formado	Frequência	Percentual
0-5 Anos	19	28,5%
6-10 Anos	10	15,0%
11-15 Anos	9	13,5%

Tabela 4: Número de anos de formado dos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Número de anos de Formado	Frequência	Percentual
16-20 Anos	8	12,0%
21-25 Anos	9	13,5%
26-30 Anos	5	7,5%
31-35 Anos	3	4,5%
Mais de 35 Anos	2	3,0%

Tabela 5: Realização de cursos para atualização dos médicos e enfermeiros em Saúde Pública, Brasília, 2012.

Realização de cursos para atualização em Saúde Pública	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Não	31	46,3	34,0%- 58,9%
Sim	36	53,7	41,0% - 66,0%

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Dos 67 médicos e enfermeiros entrevistados, 82,1% afirmaram conhecer a lista de notificação compulsória; 14,9% relataram que conheciam a Portaria MS n° 104/2011, que atualiza a lista de DNC; 40,3% desses profissionais afirmaram conhecer o fluxo de notificação, ao passo que dos 19 profissionais que descreveram o fluxo, 2 (10,5%) o descreveram de forma correta (Tabela 6).

Tabela 6: Conhecimento da Lista de Notificação Compulsória por Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo; Brasília, 2012.

Conhecimento Lista de DNC e Fluxos de Notificação	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Conhece Lista de DNC?			
Sem Informação	1	1,5	0% - 8,0%
Não	11	16,4	8,5%-27,5%
Sim	55	82,1	70,8%-90,4%
Conhece Portaria (Número/Ano)?			
	14	20,9	11,9%-32,6%
	43	64,2	51,5%-75,5%
	10	14,9	7,4%-25,7%
Conhece Fluxo Notificação?			
	1	1,5	0%-8,0%
	39	58,2	45,5%-70,2%
	27	40,3	28,5%-53,0%
Descrição do Fluxo			
	8	29,6	45,5%-70,2%
	19	70,4	49,8%-86,2%
Descreveu o fluxo de forma correta?			
	17	89,5	66,9%-98,7%
	2	10,5	1,3%-33,1%

Segundo os relatos dos médicos e enfermeiros, 70,1% desses profissionais não haviam prestado atendimento a paciente com DNC nos últimos 15 dias, enquanto 43,3% desses profissionais confirmaram atendimento a paciente com DNC no último ano (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7: Atendimento a paciente com DNC nos últimos 15 dias pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo Brasília, 2012.

Atendeu algum paciente com DNC nos últimos 15 dias?	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Não	47	70,1	57,7% - 80,7%
Sim	20	29,9	19,3%- 42,3%
Total	67	100,0	

Tabela 8: Atendimento a paciente com DNC no último ano pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Atendeu algum paciente com DNC no último ano?	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Sem Informação	1	1,5	0%- 8,0%
Não	29	43,3	31,2%- 56,0%
Sim	37	55,2	42,6%- 67,4%
Total	67	100,0	

ATENDIMENTO DE PACIENTES ESTRANGEIROS

Do total de profissionais, 82,1% já atendeu pacientes estrangeiros (Tabela 9).

Dos que atenderam estrangeiros, 10 profissionais (18,2%) relatam que suspeitaram de alguma doença de interesse da vigilância e 4 profissionais (11,9%) notificaram DNC em estrangeiros no último ano (Tabelas 10 e 11).

Tabela 9: Atendimento de pacientes estrangeiros pelos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Atendeu pacientes estrangeiros no último ano?	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Não	12	17,9	9,6% -29,2%
Sim	55	82,1	70,8%-90,4%
Total	67	100,0	

Tabela 10: Suspeita de DNC em pacientes estrangeiros pelos Médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Suspeitou de DNC em estrangeiros no último ano?	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Sem Informação	1	1,8	0%-9,7%
Não	44	80,0	67,0%-89,6%
Sim	10	18,2	9,1%-30,9%

Tabela 11: Notificação de DNC em pacientes estrangeiros pelos médicos e enfermeiros participantes do estudo. Brasília, 2012.

Realizou notificação de DNC em pacientes estrangeiros no último ano?	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Não	6	71,6	59,3% - 82,0%
Sim	4	28,4	5,3% - 22,2%

Comunicação com pacientes estrangeiros

Mais da metade (55,2%) dos profissionais entrevistados não se considerou capaz de se comunicar satisfatoriamente com paciente estrangeiro. Com relação à língua inglesa, a condição ideal de fluência e comunicação – escrita, leitura e fala - é relatada por 25,8%. Quando se trata da língua espanhola, 30,3% declararam não apresentar nenhuma das aptidões (Tabela 12).

Enquanto 40,3 % dos profissionais relatam não ter necessitado de ajuda durante atendimento de estrangeiro, 41,8% relataram necessitar de ajuda. Dos que receberam ajuda, a maioria, 25,4%, foi auxiliada por outros profissionais (Tabela 13).

Tabela 12: Comunicação com pacientes estrangeiros pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Comunicação com pacientes estrangeiros	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Sente-se capaz de se comunicar com paciente estrangeiro?			
Sem Informação	1	1,5	0% - 8,0%
Não	37	55,2	42,6%-67,4%
Sim	29	43,3	31,2%-56,0%
Escreve e lê	9	13,6	6,4%-24,3%
Escreve, lê e fala	17	25,8	15,8%-38,0%
Fala	1	1,5	0%- 8,2%
Lê	14	21,2	12,1%-33,0%
Lê e Fala	5	7,6	2,5%-16,8%
NA	20	30,3	19,6%-42,9%

Tabela 12: Comunicação com pacientes estrangeiros pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Comunicação com pacientes estrangeiros	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Sente-se capaz de se comunicar com paciente estrangeiro?			
Espanhol			
Escreve e lê	1	1,5	0%-8,3%
Escreve, lê e fala	8	12,3	5,5%-22,8%
Fala	1	1,5	0%-8,3%
Lê	20	30,8	19,9%-43,4%
Lê e fala	6	9,2	3,5%-19,0%
NA	29	44,6	32,3%-57,5%
Lê e Fala	5	7,6	2,5%-16,8%
NA	20	30,3	19,6%-42,9%

Tabela 13: Necessidade de ajuda no atendimento de pacientes estrangeiros pelos Médicos e Enfermeiros participantes do Estudo. Brasília, 2012.

Atendimento a pacientes estrangeiros	Frequência	Percentual	Intervalo de Confiança 95%
Precisou de ajuda durante atendimento a pacientes estrangeiros?			
Não	27	49,1	35,4%-62,9%
Sim	28	50,9	37,1%-64,6%
Quem o ajudou?			
Acompanhante	1	3,4	0%- 8,0%
Colega	11	37,9	8,5%-27,5%
Familiar paciente	2	6,9	0,4%-10,4%
Intérprete	7	27,6	4,3%-20,3%
Médico	5	17,2	2,5%-16,6%
Médico estagiário e segurança	1	3,4	0%-8,0%
Outra pessoa	1	3,4	0%-8,0%

RSI E IMPLICAÇÕES PARA A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS DE INTERESSE À SAÚDE PÚBLICA

De acordo com os dados observados, 82,1% dos médicos e enfermeiros entrevistados desconhecem o que é o Regulamento Sanitário Internacional-RSI. Dos 11 profissionais que afirmaram conhecer o documento, 2 (18,2%) tinham ciência da revisão do documento.

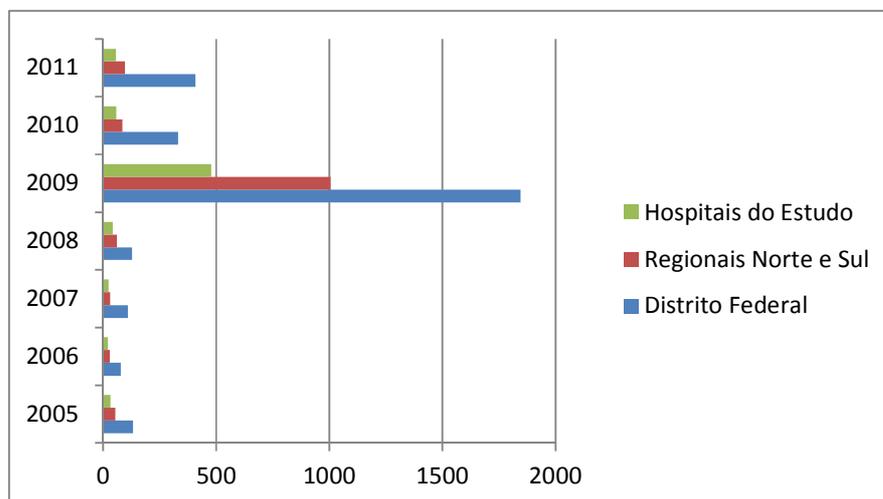
Do total de entrevistados, 47 (70%) não consultam fontes de pesquisa para estar cientes do risco de transmissão de doenças em outros países.

Em relação ao atendimento de pacientes com histórico de viagem internacional, 62 profissionais (92,3%) afirmaram não ter atendido nos últimos 15 dias e 52 (77,6%) no último ano.

VII. 3. CARACTERIZAÇÃO DE EVENTOS NOTIFICADOS NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2005 A 2011

No período de 2005 a 2011 e chama a atenção o aumento da frequência de notificações imediatas no ano de 2009, associada à pandemia de influenza (Gráfico 1).

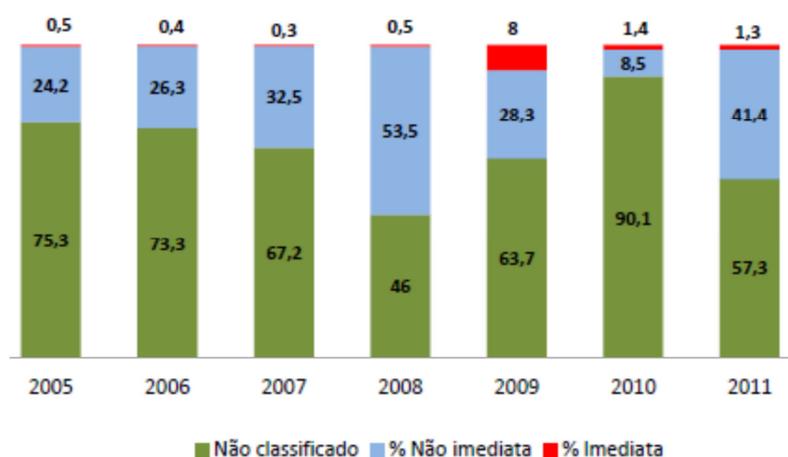
Gráfico 1: Frequências Absolutas de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória imediata no DF, nas regionais Norte e Sul e nos hospitais do estudo. DF, 2005-2011.



A maioria dos eventos notificados no período não foi classificada quanto ao prazo de notificação. No ano de 2008, houve uma redução na proporção de doenças, eventos e agravos não classificados quanto ao tempo para notificação. A proporção de doenças, eventos e

agravos classificados como de notificação imediata foi maior nos anos mais recentes, atingindo 8% do total de notificações, em 2009 (Gráfico 2).

Gráfico 2- Proporção de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória notificados pelo Distrito Federal segundo classificação do tempo para notificação. Distrito Federal, 2005-2011.



A terminologia “Não classificados” refere-se aos eventos de notificação compulsória de relevância local, notificados ao SINAN e que constam da Portaria SES/DF N° 13/2007.

Tabela 14: Frequências absolutas e relativas de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória de relevância nacional no DF, nas regionais Norte e Sul e no conjunto dos hospitais do estudo no período 2005 a 2011.

Local	N	Proporção em relação ao DF (%)	Proporção em relação às Regionais Norte e Sul (%)
Distrito Federal	77699	100,0	-
Regionais Norte e Sul	19165	24,6	100,0
Hospitais do estudo	9463	12,1	49,3

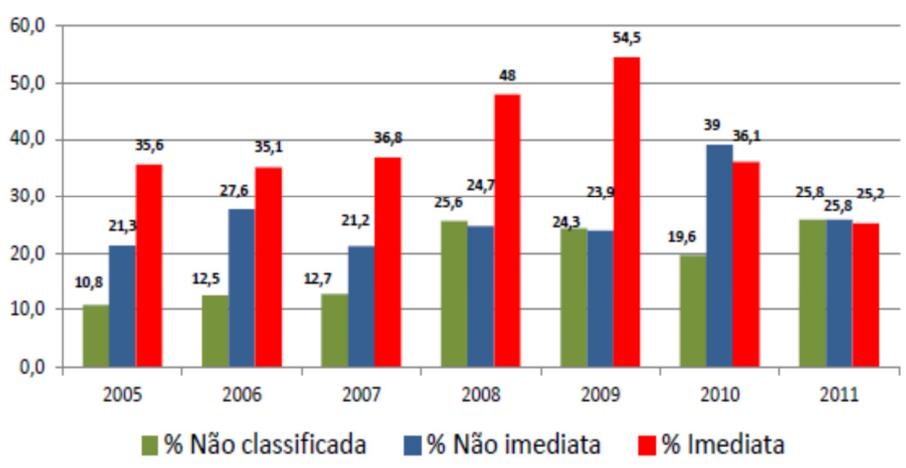
Os números de notificações compulsórias realizadas pelas regionais norte e sul e pelos hospitais do estudo correspondem a 24,6% e a 12,1% do total de notificações realizadas no Distrito Federal, respectivamente. Quase a metade das notificações das regionais Norte e Sul foi realizada pelos hospitais do estudo (Tabela 14).

Tabela 15: Frequências absolutas e relativas das doenças, agravos e eventos de notificação compulsória de relevância nacional no DF, nas regionais Norte e Sul e no conjunto dos hospitais do estudo no período de 2005 a 2011.

Doença, agravo ou evento de notificação.	Distrito Federal		Regionais Norte e Sul		Hospitais do estudo	
	n	%	n	%	n	%
Dengue	38269	49,2	6482	33,8	3159	33,4
Hepatites Virais	10689	13,8	1778	9,2	1215	12,8
AIDS	4447	5,7	2644	13,8	392	4,1
Tuberculose	3891	5,0	1294	6,8	489	5,1
Doenças Exantemáticas	3584	4,6	403	2,1	150	1,5
Meningite	3546	4,6	1867	9,7	1730	18,2
Hanseníase	2639	3,4	715	3,8	210	2,2
Síndrome Respiratória Aguda Grave	1944	2,5	1061	5,6	489	5,1
Leptospirose	1279	1,7	279	1,5	173	1,8
Sífilis Congênita	1184	1,5	233	1,2	251	2,6
Hantavirose	701	0,9	205	1,0	124	1,3
Intoxicações	1840	2,4	545	2,8	402	2,5
Leishmaniose Visceral	698	0,9	424	2,2	390	4,1
Sífilis em Gestante	601	0,8	68	0,3	19	0,1
Gestantes HIV +	561	0,7	225	1,1	16	0,1
Leishmaniose Americana Tegumentar	462	0,6	380	2	77	0,8
Malária	419	0,5	210	1,0	63	0,6
Coqueluche	402	0,5	118	0,6	92	0,9
Febre Amarela	169	0,2	71	0,3	47	0,5
Esquistossomose	163	0,2	35	0,2	4	0,04
PFA/Poliomielite	57	0,1	40	0,4	43	0,4
Outras	154	0,2	88	0,4	70	0,7
Total	77.699	100,0	19.165	100,0	9.463	100,0

Dentre as doenças, eventos e agravos da lista de notificação nacional, constata-se que a maior frequência de notificação no período 2005 a 2011 no Distrito Federal foi de dengue (49,3%), que responde por quase metade das notificações, seguida pelas hepatites virais (13,1%). Todas as demais as doenças, eventos e agravos apresentaram frequências inferiores a 6%. Nas regionais norte e Sul, a dengue (34,8%) manteve-se como a doença mais frequentemente notificada, sendo seguida pela AIDS (13,7%), hepatites virais (9,2%), meningite (9,7%) e tuberculose (6,7%). Nos hospitais do estudo, a dengue (33,5%) também aparece com maior frequência de notificações, seguida pela meningite (18,3%) (Tabela 15). A proporção de notificações imediatas realizadas pelas Regionais Norte e Sul em relação ao total de notificações do Distrito Federal é maior, entre 2005 e 2009, comparada às notificações não imediatas e não classificadas. Em 2009, observa-se que a proporção atinge o seu maior valor (54,5%) (Gráfico 3).

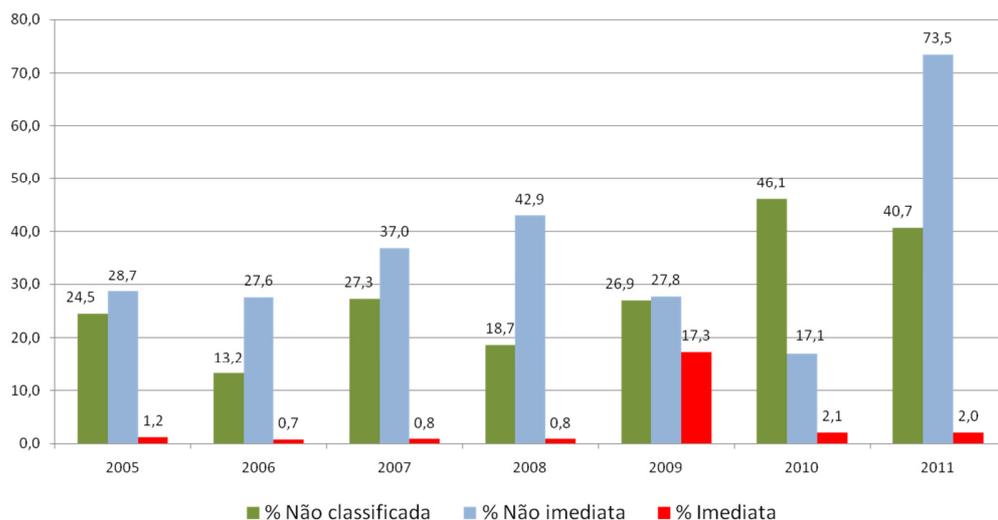
Gráfico 3: Proporção de notificações realizadas pelas regionais norte e sul em relação ao total de notificações do Distrito Federal. Anos 2005 a 2011.



Nos hospitais do estudo os eventos de notificação compulsória não-imediata apresentam as maiores proporções com relação ao total das notificações das regionais norte e sul, com exceção do ano de 2010 (17,1%). No ano de 2011, apresentam o maior valor, 73,5%. A proporção de notificações de eventos de notificação imediata dos hospitais com relação a todas as notificações realizadas pelas regionais variou de 0,7 (2006) a 17,3 (2009). Excluindo

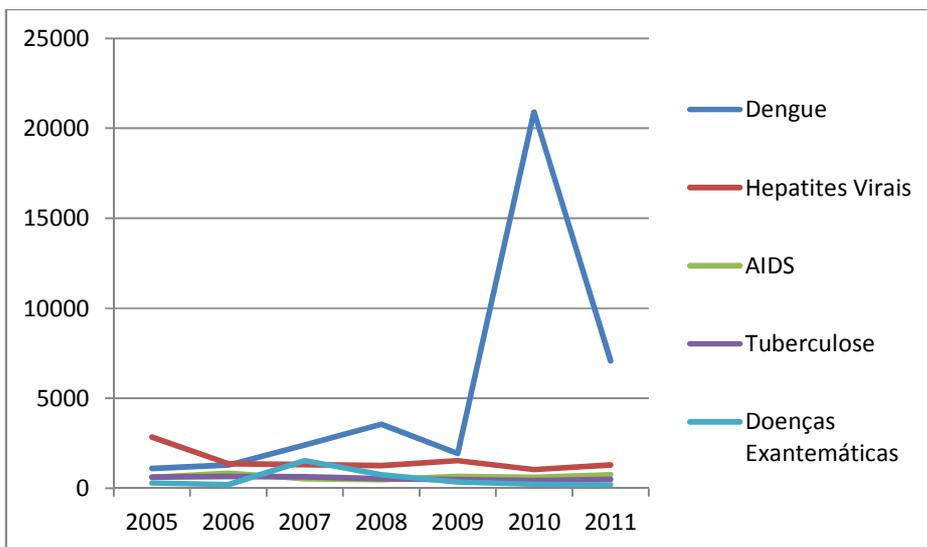
o ano de 2009, que teve uma frequência incomum de notificações imediatas, a frequência máxima de notificação desses eventos foi atingida em 2010 (2,1%) (gráfico 4).

Gráfico 4: Proporção das notificações realizadas pelos hospitais da pesquisa em relação ao total das notificações das regionais norte e sul. DF, 2005-2011.



Dengue é a doença com o maior número de casos notificados, entre 2006 e 2011 apresentando o maior número de casos em 2009. Em segundo lugar, estão os casos de hepatites virais, que após um decréscimo no número de casos entre 2005 e 2006, apresentam uma tendência de estabilização de valores no período. As doenças exantemáticas apresentam um maior número de casos em 2007 (Gráfico 5).

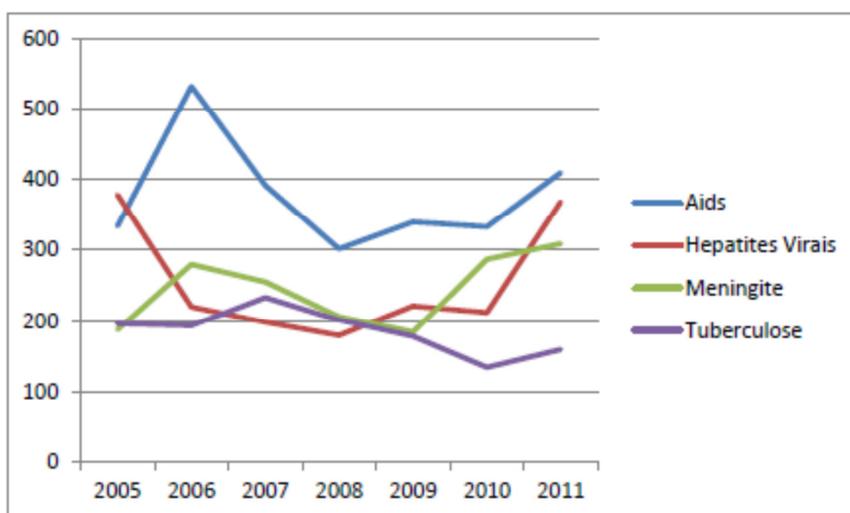
Gráfico 5: Principais doenças notificadas pelo DF no período de 2005 a 2011.



Para melhor visualizar o comportamento dos agravos notificados nas Regionais e nos Hospitais do DF, optou-se por excluir os casos de dengue notificados no período, já que a frequência elevada dos mesmos interfere na adequada análise das demais doenças notificadas no período.

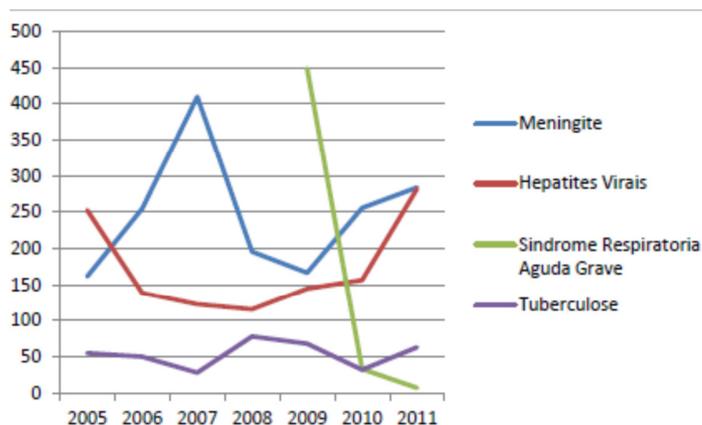
Em todo o período os casos de Aids apresentam a maior frequência de notificações. Os casos de tuberculose apresentaram um decréscimo entre 2007 e 2010. Em 2009, observou-se um aumento do número de casos de meningite (Gráfico 6).

Gráfico 6: Principais doenças notificadas pelas regionais Norte e Sul no período de 2005 a 2011.



O agravo com a maior frequência de notificações nos hospitais do estudo foi a meningite. Os casos de tuberculose apresentaram variação no período, com maior número de casos em 2007. No ano de 2009 observou-se um aumento do número de casos de síndrome respiratória aguda, até então sem registro de casos no período (Gráfico 7).

Gráfico 7: Principais doenças notificadas pelos hospitais no período de 2005 a 2011.



O ano de 2010 apresenta o maior número de casos de dengue no período. Os casos registrados pelas regionais representam 10,2 %-16,8% dos eventos notificados no Distrito Federal. Os casos detectados nos hospitais representam 42,7%-75,4% dos eventos notificados pelas regionais sul e norte (Gráfico 8).

Gráfico 8: Casos de dengue notificados no DF, regionais Sul e Norte e hospitais do estudo no período de 2005 a 2011.

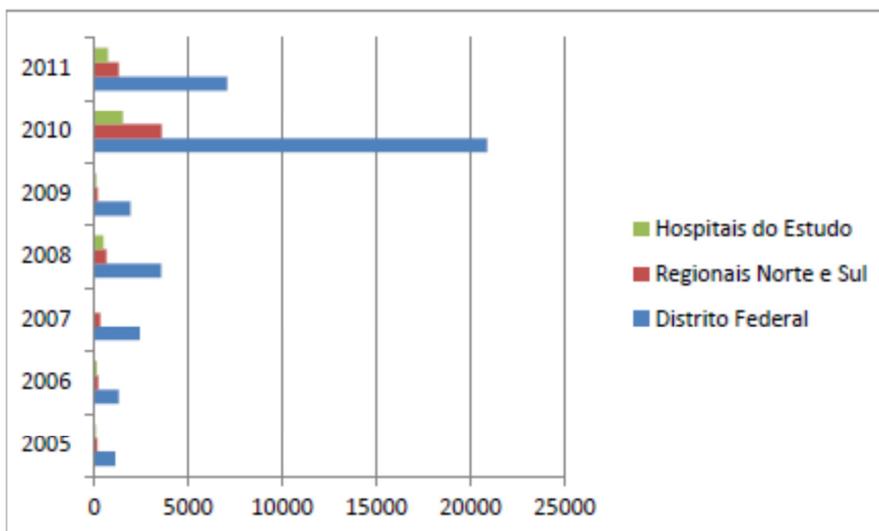


Tabela 16: Frequência e proporção de notificações pelas categorias de unidades notificantes da Regional Sul no período de 2005 a 2011.

Instituições	Frequência	Percentual
Hospitais do Estudo	6914	34,4
Unidades de Saúde Atenção Básica	7294	36,3
Unidades de Saúde Atenção Especializada	5214	26,0
Hospitais Particulares	1198	6,0
Hospital Forças Armadas	1	0
Total	20.074	100,0

36,3% dos eventos foram detectados nas unidades públicas de atenção básica, 34,4% nos hospitais do estudo, 26% pelas unidades públicas de atenção especializada, enquanto 6% das notificações foram realizadas pelos hospitais particulares (Tabela 16).

Nota: Os totais das tabelas 16 e 17 equivalem a todas as notificações realizadas pelas regionais norte e sul, incluindo os eventos não classificados, de relevância local.

Tabela 17- Frequência e proporção de notificações pelas categorias de unidades notificantes da Regional Norte no período de 2005 a 2011.

Instituições	Frequência	Percentual
Hospital do Estudo	6934	44,5
Unidades de Saúde Atenção Básica	3398	21,9
Unidades de Saúde Atenção Especializada	356	2,3
Hospitais Particulares	183	1,2
Hospital Universitário	2186	14,1
Laboratório	57	0,4
Banco de Sangue	14	0,1
Hospitais Ex e demais FA	2445	15,7
Total	15.573	100,0

Na regional Norte, a maioria das notificações foi realizada por um dos hospitais de estudo (44,5%), enquanto 21,9% foram realizadas pelas unidades de atenção básica, 14,1% pelo hospital universitário, ao passo que 183, 1,2% das notificações, advinham de hospitais particulares (Tabela 17).

Tabela 18: Eventos ocorridos no Distrito Federal comunicados ao Sistema de monitoramento de Eventos- SIME no período de 2006 a 2011.

Evento	Frequência	Percentual	Intervalo de confiança 95%
Bioterrorismo	1	2,6	0,1%-13,5%
Cólera	1	2,6	0,1%-13,5%
Coriomeningite linfocitária	1	2,6	0,1%-13,5%
Dengue	1	2,6	0,1%-13,5%
Doença diarreica aguda	1	2,6	0,1%-13,5%
Doença meningocócica	1	2,6	0,1%-13,5%
DTA	2	5,1	0,6%- 17,3%
Epizootia em Primatas Não Humanos	2	5,1	0,6%- 17,3%
Evento de etiologia desconhecida	1	2,6	0,1%-13,5%
Febre amarela	14	36	21,2%- 52,8%
Febre do Nilo Ocidental	1	2,6	0,1%-13,5%
Febre do Nilo Ocidental em Equinos	2	5,1	0,6%- 17,3%
Influenza H5N1	1	2,6	0,1%-13,5%
Intoxicação exógena	1	2,6	0,1%-13,5%
KPC	1	2,6	0,1%-13,5%

Tabela 18: Eventos ocorridos no Distrito Federal comunicados ao Sistema de monitoramento de Eventos- SIME no período de 2006 a 2011.

Evento	Frequência	Percentual	Intervalo de confiança 95%
Leptospirose	1	2,6	0,1%-13,5%
Mormo em Equino	1	2,6	0,1%-13,5%
Raiva canina	1	2,6	0,1%-13,5%
Raiva humana	1	2,6	0,1%-13,5%
Saint Louis	1	2,6	0,1%-13,5%
Sarampo	2	5,1	0,6%- 17,3%
Total	39	100,0	

Entre os agravos de notificados ao CIEVS pelo SIME, 36% corresponderam a febre amarela, enquanto 15% foram epizootias (Tabela 18).

Tabela 19: Relevância dos eventos ocorridos no Distrito Federal notificados ao Sistema de monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

Relevância	Frequência	Percentual	Intervalo de confiança 95%
Estadual	13	33,3	19,1%-50,2%
Internacional	12	30,8	17,0%-47,6%
Nacional	14	35,9	21,2%-52,8%
Total	39	100,0	

Dos eventos notificados ao CIEVS referentes ao Distrito Federal, 35,9% são de relevância internacional, enquanto 33,3% dos eventos são de relevância nacional e 33,3% são de relevância apenas estadual (Tabela 19).

Tabela 20: Registro no SINAN dos eventos ocorridos no Distrito Federal notificados ao Sistema de monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

Registro SINAN	Frequência	Percentual	Intervalo de confiança 95%
Ignorado	7	17,9	7,5%- 33,5%
Não	21	53,8	37,2%- 69,9%
Sim	11	28,2	15%- 44,9%
Total	39	100,0	

Tabela 21: Fontes de notificação dos eventos ocorridos no Distrito Federal no Sistema de Monitoramento de Eventos-SIME no período de 2006 a 2011.

Fontes de notificação	Frequência	Percentual	Intervalo de confiança 95%
Áreas Técnicas - SVS	28	71,8	55,1%-85%
Áreas Técnicas DF	1	2,6	0,1%-13,5%
CIEVS MS	1	2,6	0,1%-13,5%
CIEVS DF	8	20,5	9,3%-36,5%
Outros profissionais de saúde	1	2,6	0,1%-13,5%
Total	39	100,0	

Dos eventos notificados, 53,80% dos eventos não foram notificados ao SINAN (Tabela 20).

Após análise, foi verificado que dos 2570 eventos notificados ao SINAN, menos de 1% (0,42) foi notificado ao CIEVS através do SIME.

VIII -DISCUSSÃO

No presente estudo, foi realizada a avaliação de aspectos relacionados à capacidade de resposta mínima preconizada pelo RSI, de modo a possibilitar a detecção imediata e resposta oportuna a eventos de interesse à saúde pública internacional, sendo avaliada infraestrutura, disponibilidade de insumos e materiais, recursos humanos que atuam na vigilância epidemiológica, planos de ação, protocolos, capacidade laboratorial, fluxo das notificações realizadas. Foram também investigados aspectos relacionados ao perfil, conhecimento e percepção dos profissionais que atuam na emergência acerca de notificação das DNC, atendimento a estrangeiros, Regulamento Sanitário Internacional-RSI, dentre outros aspectos.

No período do estudo, foi observado que a maior parte das notificações realizadas no Distrito Federal referiam-se a eventos de relevância local ou que não constam dos anexos I e II da Portaria MS 104/11. Nas regionais de saúde sul e norte, onde se localizam os hospitais do estudo, destacam-se as proporções elevadas de notificações imediatas em relação ao total de notificações de mesma natureza realizadas no DF, enquanto nos hospitais do estudo, sobressaem-se as proporções de doenças de notificação compulsória não imediatas. Segundo Teixeira *et al* (1998), a definição e a notificação de eventos de relevância local é importante, uma vez que permitem o aprimoramento dos sistemas locais de vigilância epidemiológica e a incorporação de melhorias técnicas e operacionais, possibilitando testar o sistema de vigilância para uma resposta efetiva e oportuna aos eventos de relevância nacional e internacional.

Em se tratando das doenças de notificação compulsória, a dengue configura-se como a doença que apresentou o maior número de eventos notificados ao SINAN pelo Distrito Federal, regionais e hospitais. Dentre as doenças que ressurgiram e que hoje apresentam uma alta magnitude, destaca-se a dengue (TAUIL, 2002). Segundo dados do SINAN-net, sistema utilizado pelo SINAN para comunicação dos eventos de dengue, foram notificados 2.612.787 casos suspeitos de dengue no país neste período, provenientes de 26 estados e Distrito Federal. O Distrito Federal ocupa o 22º lugar em número de casos notificados (0,14%) (Brasil, 2013). Algumas características da dengue propiciam a sua disseminação: a adaptação do vetor às condições de vida nas cidades, dificuldades para controlar os focos dos mosquitos e a incipiente contribuição da população para reduzir os fatores e comportamentos de risco que ocasionam a proliferação dos mosquitos. A vigilância efetiva da dengue inclui o diagnóstico precoce, além do monitoramento dos sorotipos e o controle dos mosquitos. Para evitar as grandes epidemias vivenciadas nas cidades, também faz-se necessária a investigação dos surtos de febre (Tauil, 2002). Com o intuito de promover o controle e prevenção da doença, foram realizadas no Distrito Federal a coleta de entulhos das áreas com maior número de casos e campanhas educativas junto à população (Brasil, 2013b). Atualmente, com o aumento do número de casos e diante da necessidade de promover a confirmação laboratorial oportuna, foram disponibilizados testes rápidos para detecção da dengue nos hospitais do Distrito Federal e em cidades do estado de Goiás, com alta incidência de dengue e próximas às regiões do DF que apresentaram um maior número de

casos. Esta medida faz parte de um Plano Integrado de Controle da Dengue do Distrito Federal e do Estado de Goiás.

A alta prevalência de hepatites virais é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, apresentando variações em suas características epidemiológicas ao longo dos anos (Ferreira, 2004). No período de 2005 a 2011, foram detectados 342.087 casos de hepatite no país, provenientes de 26 estados e Distrito Federal, que ocupa o 17º lugar em número de casos confirmados da doença (1,8%). Alguns aspectos que contribuíram para o diagnóstico oportuno e/ou redução da sua incidência incluem ampliação da cobertura vacinal (Hepatite B), a melhoria das condições sanitárias (Hepatite A), a detecção dos vírus pelos Bancos de Sangue e a utilização de novas técnicas moleculares para o diagnóstico laboratorial (Hepatite C) (Alves de Melo, 2011). Por outro lado, as desigualdades socioeconômicas, a distribuição irregular dos serviços de saúde e a incorporação desigual de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento de enfermidades são desafios encontrados para a vigilância efetiva das hepatites. Outros aspectos que dificultam a vigilância das hepatites B e C é a natureza crônica e silenciosa da doença, permitindo a multiplicação de doentes assintomáticos, bem como os altos custos associados a uma vigilância ativa de casos (Pinto *et al.*, 2011). Dessa forma, Ferreira, em 2004, propõe a vigilância efetiva envolvendo o controle dos fatores de risco para infecção, monitoramento das tendências epidemiológicas, identificação e avaliação das epidemias e dos surtos de fontes comuns, controle das oportunidades perdidas de vacinação e avaliação do impacto dos programas de vacinação. As ações de controle aplicadas no Distrito Federal visam à ampliação do diagnóstico oportuno. Uma das iniciativas neste sentido é o programa *Fique Sabendo* desenvolvido pelo Governo Federal, aplicado de forma permanente, com posto fixo na rodoviária, onde há um grande fluxo de pessoas. No posto de saúde, são realizados testes rápidos para detecção de HIV, sífilis e hepatites B e C, tendo como objetivo ampliar o diagnóstico precoce destas doenças. Os casos com diagnóstico positivo para HIV ou com testes reagentes para sífilis ou Hepatites virais B e C são encaminhados para tratamento nas redes de atenção à saúde (Brasil, 2012).

Dentre os agravos de relevância nacional notificados pelas Regionais Norte e Sul, um dos que se destacam pelo número de casos é a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com 171.092 casos detectados no país, no período do estudo. O estado que apresentou o

maior número de casos foi Paraná (40,9%), seguido por São Paulo (24,5%), Rio de Janeiro (6,4%), Minas Gerais (7,8 %), Rio Grande do Sul (7,3%) e Bahia (6,1%). O Distrito Federal ocupa o 10º lugar em número de casos. Dentre os principais agentes etiológicos que devem ter diagnóstico diferencial com o coronavírus causador da SRAG estão os vírus influenza A, dengue, vírus sincicial respiratório, adenovírus e hantavírus além de outros agentes infecciosos como o pneumococos, Legionella sp., leptospira e outras bactérias. O interesse na vigilância das SRAG decorre principalmente por se tratar de sintomas, que podem estar associados a influenza por novo subtipo. Durante a pandemia de influenza, em 2009, o Ministério recomendou medidas de vigilância e controle em protocolo específico. Com o reconhecimento da pandemia e o aumento rápido das notificações em todo o país, as definições de caso suspeito para fins de notificação de influenza de novo subtipo pandêmico foram sendo adequadas à situação epidemiológica vigente e à capacidade do sistema de vigilância em captar essas notificações. Ao final do período epidêmico, a recomendação do Ministério da Saúde era que casos suspeitos sem resultado laboratorial fossem considerados como confirmados ou descartados pelo critério de vínculo epidemiológico, considerando o período de ocorrência (semanas epidemiológicas 16 a 52 de 2009), critério de gravidade (síndrome respiratória aguda grave/internação) e a evolução para o óbito (Brasil, 2010). O ano de 2009 apresentou o maior número de eventos de notificação compulsórias imediatas do período analisado, devido à pandemia de influenza ocorrida naquele ano.

Os três hospitais participantes do estudo contam com núcleos de epidemiologia. Dois deles atuam também como regionais. A presença dos núcleos hospitalares de epidemiologia proporcionam melhor organização e qualidade aos serviços de saúde e aos sistemas de vigilância locais, uma vez que possibilitam a detecção de um maior número de casos suspeitos de doenças de notificação compulsória e a adoção de medidas oportunas (Ribeiro, 2009). As informações contribuem para a revisão dos protocolos e procedimentos envolvidos na prestação da assistência e ações relacionadas à promoção, prevenção e controle (Mendes, 2004). Além disso, os núcleos de epidemiologia hospitalar podem ainda atuar como unidades-sentinela para doenças emergentes e contribuir para a melhoria dos serviços, ao fornecerem informações sobre indicadores associados à qualidade dos serviços prestados (Escosteguy *et al.*, 2004; Brasil, 2008).

Com relação ao número de técnicos preconizados para o núcleo de vigilância hospitalar, conforme recomendação da Portaria MS nº 2529/2004, o número de profissionais do núcleo do hospital 1 é compatível com as atividades realizadas. Nos demais hospitais, apesar do número de servidores nas equipes estar próximo ao recomendado, os mesmos não estão enquadrados nas categorias recomendadas, com insuficiência de profissional de nível superior para ambos. Considerando que além das atividades do núcleo, estão sob responsabilidade das equipes o setor de vacinação dos hospitais e as demais unidades de saúde de abrangência das regionais sul e norte, os recursos humanos disponíveis não são suficientes para o desempenho satisfatório das funções. Um ponto negativo observado com relação à infraestrutura é a ausência de telefone celular para o desempenho das suas funções, já que os técnicos deslocam-se para realizar investigação de eventos em outras unidades da sua área de abrangência.

Nos hospitais do estudo, dois dos núcleos assumem o papel de regionais e como se trata do Distrito Federal, onde não há secretaria municipal de saúde, estes são responsáveis pelo registro das informações no SINAN e envio das fichas à DIVEP/SES. Além disso, são responsáveis pela investigação e coordenação das medidas de controle na sua área de abrangência, com exceção do hospital 1, onde o núcleo realiza apenas as funções de núcleo de vigilância hospitalar. O recomendado pela secretaria estadual de saúde é que os núcleos recebam a notificação a partir dos profissionais durante o seu horário de expediente. Para o período noturno, feriados e fins de semana, há o CIEVS-DF, que disponibiliza um número e telefone exclusivo e uma equipe de sobreaviso 24h para receber as notificações. Porém, os dados sugerem que este fluxo não está consolidado entre os profissionais de saúde.

Apesar da importância do NHE na busca ativa dos eventos, na consolidação de dados e na articulação com outros setores intra, como Gerência de Risco e CCIH, e extrahospitalares, percebe-se que na prática dos hospitais estudados, apenas a notificação de agravos, eventos e doenças foi citada como de responsabilidade desse setor. Dos profissionais entrevistados apenas 3% conseguiram descrever o fluxo incluindo o encaminhamento das notificações às regionais, DIVEP/DF e posteriormente ao Ministério da Saúde. Porém, nenhum dos profissionais incluiu o CIEVS-DF como referência para a notificação em fins de semana, feriados e à noite ou as possibilidades dos eventos serem notificados a partir do CIEVS ou DIVEP/SES/GDF e o CIEVS nacional como última instância de encaminhamento dos

eventos. Estes dados demonstram a fragilidade da veiculação de informações dentre os profissionais e a provável notificação em sua grande maioria, advinda da busca ativa dos profissionais dos núcleos hospitalares de epidemiologia. Dessa forma, os dados sugerem que os profissionais imprescindíveis para a detecção envolvidos na notificação consideram-na como competência exclusiva do NHE. Considerando a carga horária dos profissionais do NHE, cujos profissionais trabalham de segunda a sexta nos turnos matutino e vespertino e o fato de que realizam busca ativa do atendimento noturno no dia posterior, esta realidade pode representar perda de oportunidade na detecção e resposta aos eventos, principalmente para os casos suspeitos assistidos nos hospitais à noite e durante o fim de semana ou feriados, que dependeriam da notificação ao CIEVS local, procedimento ainda não incorporado à rotina para os profissionais. Além disso, observou-se que dos eventos notificados, 53,80% dos eventos não foram notificados ao SINAN e dos 2570 eventos notificados ao SINAN, menos de 1% (0,42) foi notificado ao CIEVS através do SIME. Esses dados sugerem a inobservância dos fluxos de notificação compulsória imediata estabelecidos pela Portaria MS nº 104/2011, que preconizam a notificação imediata, no prazo de 24 horas à SVS/MS, por meio do CIEVS e o encaminhamento da notificação ao SINAN no prazo de 7 dias úteis.

Percebe-se ainda que houve um incremento ao longo dos anos nas notificações de doença de notificação compulsória pelos hospitais, especialmente relacionadas aos casos suspeitos de dengue e hepatites. As notificações relacionadas aos eventos de relevância local também apresentam uma tendência crescente ao longo do período, destacando-se dentre eles, os casos de varicela. Porém, observa-se que as notificações compulsórias imediatas apresentam os menores valores, variando de 0,7% a 2,1% das notificações realizadas pelas regionais sul e norte no período, apenas apresentando um maior valor (17,3%) em 2009, devido à pandemia de influenza e aumento do número de casos suspeitos de meningite. As regionais sul e norte respondem pela maior parte das notificações imediatas (25,2% - 54,5%) realizadas no Distrito Federal. Os dados sugerem que esse fato seja decorrente de uma vigilância fortemente influenciada pelo contexto epidemiológico local e com detecção ineficiente dos eventos de notificação compulsória imediata também pelos núcleos hospitalares de epidemiologia. Segundo Waldman (1998), alguns fatores que são responsáveis pela subnotificação são o desconhecimento pelo profissional de saúde da

importância e dos procedimentos necessários para a notificação e da lista de doenças contempladas por sistemas de vigilância; a ausência de adesão à notificação, pelo tempo consumido no preenchimento da ficha e pela ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes; a falta de percepção a respeito da relevância em saúde pública das doenças submetidas à vigilância; a tendência a notificar mais os casos de maior gravidade e os hospitalizados do que os de características benignas, ainda que estes últimos possam constituir as principais fontes de infecção.

A distribuição de insumos nos hospitais não foi relatada como problema frente aos eventos de massa, com exceção para os de laboratório, para os quais há uma distribuição irregular. Todos os hospitais têm ainda a possibilidade de isolar uma área de leitos, assim distribuídos: Hospital 1, 46 leitos adultos; Hospital 2, 12 leitos: 02 pediátricos e 10 neonatais e no hospital 3, 02 leitos. Em caso de doenças respiratórias, dois dos hospitais contam com leitos para isolamento. O hospital 1 mantém leitos para isolamento com porta vedada e bem ventilado, conforme preconizado pelo *Manual de Manejo Clínico de SRAG* (Brasil, 2010). Já o hospital 3, que é referência instituída pelo MS para influenza, tem 2 dos 173 leitos de isolamento disponíveis na rede pública, com pressão negativa e filtro hepa (Temporao, 2009) Com relação à capacitação de equipe, o instrumento apresenta algumas limitações, uma vez que o foco dos questionamentos dizem respeito às capacitações de interesse essencialmente para os laboratórios.

De acordo com os dados observados, 82,1% dos profissionais afirmaram conhecer a lista de notificação compulsória (Tabela 7); porém apenas 14,9% relataram que conheciam a última portaria de DNC. Além disso, 82,10% dos médicos e enfermeiros entrevistados desconhecem o que é o Regulamento Sanitário Internacional- RSI. Levando em consideração a importância desse documento, a sua legitimidade, por ser emitido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a sua abrangência, por ser aplicável a vários países no mundo, os sistemas de vigilância dos países devem estar atentos às suas diretrizes, que englobam o desenvolvimento de capacidades básicas mínimas nos níveis municipais, estaduais e federal. Para uma resposta efetiva, esses conhecimentos deveriam ser da ciência de todos os envolvidos.

As medidas de controle exigem um fluxo de informação ágil e eficiente entre os países. Dada a velocidade atual das informações, o Regulamento Sanitário Internacional trouxe

como uma das suas inovações o monitoramento das fontes não-oficiais. Criado em 1994 pela Federação de Cientistas Americanos, o PROMED-mail é uma dessas fontes. Através do acesso ao site ou envio de e-mail a instituições e pessoas envolvidas na prevenção e no controle de surtos de doenças infecciosas emergentes estas informações são divulgadas. A consulta a fontes não oficiais permite agilizar o fluxo de informações sobre epidemias que podem ser, mais tarde, averiguadas pelos países e pela Organização Mundial de Saúde. De acordo com os resultados, 70% dos profissionais entrevistados não consultam fontes de pesquisa para estarem cientes do risco de transmissão de doenças em outros países, enquanto 92,5% dizem não terem atendido nos últimos 15 dias paciente com histórico de viagem internacional e 77,60% afirmam não terem atendido no último ano paciente com essa característica.

Segundo Waldman, (1998), apesar da importância de palestras e oficinas sobre notificação de doenças e agravos, o estímulo mais efetivo junto aos profissionais seria a retroalimentação frequente acerca dos casos suspeitos, processo de investigação e desfecho, alertando os profissionais para a detecção de novos casos, além das recomendações de medidas de prevenção e/ou controle que devem ser incorporadas ao cotidiano das práticas assistenciais visando a melhoria da qualidade dos serviços e a segurança do paciente. No hospital 2, foi relatada a apresentação de dados anuais do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, mas como nos outros dois hospitais, não há uma rotina de divulgação de informações para os profissionais. O hospital 2 relatou a busca de informações pontuais acerca de resultados de exames de confirmação laboratorial de alguns casos suspeitos, enquanto nos hospitais 1 e 3, foi relatado os mesmos que não são procurados pelos profissionais.

A organização e as relações de trabalho observadas atualmente nos hospitais trazem arraigadas características do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. Essas teorias de organização do trabalho surgiram a partir da revolução industrial, com o intuito de aumentar a produtividade, sendo incorporadas aos setores de serviços, inclusive ao da saúde. Dessa forma, observa-se na estrutura organizacional dos hospitais os *organogramas clássicos, as estruturas hierarquizadas verticais, a fragmentação das responsabilidades e a formalização das relações* (Schraiber, 1996; Matos, 2006).

A reorganização dos serviços com vistas a aumentar a produtividade pressupõe que o mesmo seja realizado em etapas, com responsabilidades bem definidas aos grupos e os trabalhadores não conseguem visualizar o universo do trabalho em sua totalidade, abrangendo todos os procedimentos e suas finalidades. Dessa forma, o trabalho de coordenação fica restrito a poucas pessoas, cabendo à grande maioria, a execução das ações. Para mudar a realidade do trabalho em saúde “*é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho.[...] voltar a valorizar o orgulho profissional. É necessário que as instituições procurem mecanismos que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores para efetuar as mudanças. [...]*” (Matos, 2006).

No trabalho em equipe de modo integrado, os processos de trabalho são complementares, havendo a preocupação de envolver os trabalhadores em torno de objetivos comuns e do planejamento das estratégias mais apropriadas para alcançar as metas almejadas. Isto requer dos indivíduos a compreensão de todo o processo de trabalho e ao mesmo tempo valorização da hierarquia e das especificidades na condução das partes envolvidas.

Historicamente, a vigilância epidemiológica assumiu ações de controle, o que seria um papel dos serviços de saúde. Dessa forma, durante anos as equipes de vigilância coordenavam os programas de controle das doenças transmissíveis, não se envolvendo com análise e divulgação das informações. Considerando as especificidades de cada esfera de atuação sobre as doenças, produtos e serviços ou o ambiente e a integralidade do Sistema Único de Saúde, é importante que a equipe de saúde local reconheça-se também como agente de vigilância, a fim de distinguir no território os riscos aos quais a população encontra-se exposta (Franco, 2006; Matos, 2006).

Segundo Cardoso (2008), para o aprimoramento da vigilância epidemiológica do país são fundamentais: capacitação clínica dos profissionais de assistência para identificação sindrômica; capacitação laboratorial para permitir a detecção de novos patógenos; capacitação epidemiológica para condução de processos investigativos e vigilância eficiente das doenças; incluindo o diagnóstico de novos agentes etiológicos na vigência de surtos, a incorporação de novas técnicas da biologia molecular que permitam a identificação mais refinada dos agentes etiológicos; capacitação epidemiológica para realização de investigações de campo e monitoramento adequado do comportamento epidemiológico das doenças.

X -LIMITAÇÕES

A avaliação da capacidade de resposta constitui um processo bastante complexo, à medida que envolve vários setores dentro da instituição, que devem estar cientes e autorizar a realização da pesquisa. Esse fato, aliado à escassez de tempo e à dificuldade de acesso aos profissionais envolvidos, sobrecarregados com a rotina diária de trabalho, impossibilitaram a execução do trabalho em hospitais particulares, o que permitiria comparação de dados, fluxos, procedimentos e uma visão mais ampla da realidade. A falta de informação nos hospitais acerca de quando foi detectado o evento e as medidas de controle adotadas não permitiram avaliar a oportunidade das notificações e se as medidas de controle estavam de acordo com as preconizadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, como os núcleos de vigilância hospitalares funcionam como regionais, o grande número de fichas armazenadas nas unidades impossibilitaram a consulta a informações adicionais acerca das medidas de controle adotadas exclusivamente nos eventos detectados nos hospitais.

IX-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da existência dos núcleos de vigilância epidemiológica nos hospitais do estudo, instituindo a busca ativa dos eventos, doenças e agravos de notificação compulsória nos mesmos, a organização do trabalho nos hospitais contribui fortemente para que a notificação seja uma atribuição exclusiva desse setor. Como a vigilância envolve etapas desencadeadas pela hipótese diagnóstica, a omissão do profissional deve constituir preocupação aos gestores locais, tendo em vista a proximidade dos eventos de massa. Observa-se que os fluxos de notificação não estão sedimentados junto aos profissionais e há uma dicotomia entre os profissionais que atuam na assistência e os da vigilância. Os planos de ação de enfrentamento de emergências, elaborados pelos hospitais, não são conhecidos por seus atores, incluindo os profissionais que realizam a avaliação de risco nos hospitais. A classificação de risco representa um ganho para a organização da demanda, mas há um subaproveitamento dos profissionais no que diz respeito à vigilância, pois apesar de não realizarem diagnóstico, esses profissionais têm o primeiro contato com os pacientes e a partir dos sintomas relatados pelos pacientes, poderiam desencadear o fluxo de notificação de eventos de relevância nacional e internacional, conferindo maior oportunidade às notificações. Outro problema detectado pelo

estudo é o acúmulo de atividades dos núcleos dos hospitais 1 e 2, enquanto regionais e núcleos de vigilância hospitalar de epidemiologia, executando dentre outras a busca ativa de eventos nos hospitais, a investigação de eventos em sua área de abrangência e os procedimentos da sala de vacina dos hospitais, não dispo de meios de comunicação ágeis e eficientes, quando ausentam-se da suas estações de trabalho.

A ausência de capacitações específicas para os profissionais das equipes de vigilância, emergência e laboratório para enfrentamento de grandes emergências ou eventos de massa constitui um problema para que os fluxos sejam aplicados de maneira eficiente. À época da pesquisa, nenhum dos hospitais relatou experiência com simulacros ou simulações de diferentes situações de emergências.

Com relação aos insumos, foi destacada a distribuição irregular com relação aos insumos de laboratório, além de deficiência de recursos humanos e de transporte próprio para encaminhamento das amostras ao LACEN. A ausência dos insumos pode comprometer a vigilância dos eventos seriamente, de maneira a impedir a aplicação das medidas de controle de forma oportuna.

Outro aspecto que chama a atenção nos resultados é a participação dos estabelecimentos de saúde privados nas ações realizadas. Apesar da estrutura de regionais, as unidades particulares ainda não estão participando de forma efetiva, o que representa uma subnotificação e limitação dos dados.

Dessa forma, esse estudo recomenda aos gestores a disponibilização de infraestrutura necessária para proporcionar a vigilância oportuna e medidas de controle eficiente, especialmente os insumos de laboratório e telefones celulares para os NHE, estabelecimento de fluxos através de procedimentos operacionais padrão e oficinas para fixar junto aos profissionais esse fluxo e de estratégias para envolver os estabelecimentos particulares de saúde, revisão dos planos locais e compartilhamento com setores envolvidos na sua execução.

Após análise das informações coletadas, percebe-se que os hospitais selecionados não estão preparados para atender às demandas dos eventos de massa, especialmente no que diz respeito aos fluxos para a notificação de eventos, sendo necessário o estabelecimento de medidas como a sensibilização e retroalimentação frequente para que os profissionais

entendam o seu papel na detecção dos eventos e sintam-se como parte integrante do sistema de vigilância.

XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHMED, Q. A.; ARABI, Y.M.; MEMISH, Z.A. Health risks at the Hajj. **Lancet** 2006;367:1008-15.
2. AHMED, Q.A.; BARBESCHI, M ; MEMISH, Z.A. The quest for public health security at Hajj: the who guidelines on comummunicable disease alert and response during mass gatherings. **Travel Medicine and Infectious Disease** (2009)7, 226-30.
3. ALVES DE MELO, F. C.; ISOLANI, A P. Hepatite B e C: Do risco de contaminação por materiais de manicure/pedicure à prevenção. **Sabios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 6, n. 2, 2011.
4. BAKER, M. G.; FIDLERT, D. P. Global public Health Surveillance under New International Health Regulations. **Emerging Infectious Diseases** 2006; vol 12, no. 7, 1058-1065.
5. BARRADAS, R de C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 1, p. 7-15, 1999.
6. BARROS, E N C de; SILVA, E M. Vigilância epidemiológica do sarampo e da rubéola no Município de Campinas (SP), Brasil: confiabilidade dos dados. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v. 19, n. 3, Mar. 2006 .
7. BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 set 1990;`Seção 1.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. **Diretrizes para a Classificação dos Centros da Rede CIEVS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, Gerência Técnica de Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta de Saúde, 2010. 2ª Ed. p.20.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. <http://189.28.129.76/index.php/profissional-gestor/vigilancia/noticiasvigilancia/7571-> . Acesso em 20/01/13.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/> Acesso em 20/12/12.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 1. **Boletim Epidemiológico AIDST**, Brasília, DF, ano 1, n. 1, p. 42-45, jan./jun. 2004.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**. 26 jan 2011; Seção 1.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**. 10 jul 2013; Seção 1.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.865 de 10 de agosto de 2006. Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial da Saúde. **Diário Oficial da União**. 11 ago 2013; Seção 1.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral dos Sistemas de informação. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-Versão 2**– Brasília: Ministério da Saúde, 2006.139 p.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, 7. ed.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.816 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação– Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.80 p.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.108 p. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13.
19. BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.**Protocolo de Manejo Clínico de SRAG**.Brasília, 2010.26 p.
20. BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. <http://www.mre.gov.br>. Acesso em 01/10/2011.
21. BRASIL.Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7616 de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde- FN- SUS. Brasília, 2011. **Diário Oficial da União**. 18 nov 2011; Seção 1.
22. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia/NHE**. Paraná, 2008. Disponível em:<http://www.Saúde.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Relatorio_NHE_CIB.pdf>. Acesso em: 02/06/2013.
23. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. <http://www.saude.df.gov.br>.Acesso em 20/12/12.
24. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde.Diretoria de Vigilância Epidemiológica.Gerência DST/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS do Distrito Federal**. Ano 4, n.º 1, novembro de 2012.
25. BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria Nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. **Diário Oficial da União**. 08 jul 2005; Seção 1.
26. CARDOSO, T A de O. **Análise da construção da competência do Brasil em direção ao laboratório de contenção máxima: realidades e perspectivas**; Analysis of the construction of the power of Brazil to ward the maximum containment laboratory: realities and prospects. 2008. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

27. CARMO, E.H.; PENNNA, G.; DE OLIVEIRA, WK. Emergências de saúde Pública: Conceito, Caracterização, Preparação e Resposta. **Estudos Avançados**. 22(64)2008.
28. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems: recommendations from the Guidelines Working Group. **MMWR** 2001; 50 (RR-13).
29. ESCOSTEGUY, C.C.; MEDRONHO, R.A.; MADRUGA, R.; DIAS, H.G.; BRAGA, R.C.; AZEVEDO, O.P. Vigilância epidemiológica e avaliação da assistência às meningites. **Rev Saúde Pública** 2004; 38:657-663.
30. FERREIRA, C.T.; DA SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, Nº 4, 2004.
31. . Fédération Internationale de Football Association- FIFA . <http://pt.fifa.com/> Acesso em 20/12/12 .
32. FRANCO, T B.; MATTOS, R. A. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**, 2006. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.
33. FRANKE, F.; COULON, L.; RENAUDAT, C.; EUILLOT, B.; KESSALIS, N.; MALFAIT, P. Epidemiologic surveillance system implemented in the Hautes-Alpes District, France, during the Winter Olympic Games, Torino 2006. **Euro Surveillance**. 2006.
34. GRISOTTI, M. **Doenças infecciosas emergentes: uma revisão conceitual e novas questões**. XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. 21 A 31 de julho de 2009, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em http://starline.dnsalias.com:8080/sbs/arquivos/14_6_2009_18_24_5.pdf Acesso em 15abril 2010.
35. HADJICHRISTODOULOU, C.; MOUCHTOURI, V.; SOTERIADES, E.S.; VAITSI, V.; KOLONIA, V.; VASILOGIANNACOPOULOS, A.P.; KREMASTINO, J. Mass gathering preparedness: the experience of the Athens 2004 Olympic and Para-Olympic Games. **J Environ Health** 2005, 67:52-7.
36. HADJICHRISTODOULOU, C.; MOUCHTOURI, V.; VAITSI, V.; KAPOULA, C.; VOUSOURELI, A.; KALIVITIS, I.; CHERVONI, J.; PAPASTERGIOU, P.; VASILOGIANNACOPOULOS, A.; DANIILIDIS, V.; KREMASTINO, J; 2006. Management of environmental health issues for the 2004 Athens Olympic Games: is

enhanced intergrated environmental health surveillance needed in every day routine operation? **BMC Public Health** 2006, 6:306.

37. KHAN, K.; FREIFELD, C.; WANG J, et al. Preparing for infectious disease threats at mass gatherings: the case of the Vancouver 2010 Olympic Winter Games. **CMAJ** 2010; 182:579–83.

38. MATOS, E., PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2006,15(3), 508-14.

39. MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.N.D.; SOBOL, M.L.M.S.; ALMEIDA, M.F.; LATTORRE, M.R. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev Saúde Pública** 1993; 27:1-46.

40. MEMISH, Z.A.; MCNABB, S.; MAHONEY, F et al. Establishment of public health security in Saudi Arabia for the 2009 Hajj in response to pandemic influenza A H1N1. **Lancet**. 2009; 374:1786–91.

41. MENDES, M. F.; FREESE, E.; GUIMARÃES, M. J. B. Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação; Setting up epidemiology centres in high-complexity public hospitals in Recife, Pernambuco State, Brazil: an evaluation. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 4, n. 4, p. 435-447, 2004.

42. MOTA, E.; CARVALHO, D.M.T. Sistemas de Informações em Saúde. In: Rouquayrol, Maria Zélia e Almeida Filho, Naomar de. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: **MEDSI**, 2003, p. 605-628.

43. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

44. OLIVEIRA, L.C. de Souza. **Integração dos bancos de dados do SIM e do SINAN: a contribuição da vigilância dos óbitos relacionados com doenças de notificação compulsória no município do Recife**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Centro de Pesquisas Ageu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

45. PINTO, C.S.; MARTINS, R.M. B.; DE ANDRADE, S.M.O.; STIEF, A.C.F. Infecção pelo vírus da hepatite C em gestantes em Mato Grosso do Sul, 2005-2007. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(5):974-6.
46. PRAMOTH, N. B. Limiting the spread of communicable diseases caused by human population movement. **Journal of Rural and Remote Environmental Health** 2(1):23-32(2003).
47. RAFIQ, S.M.; RASHID, H.; HAWORTH, E.; BOOY, R. Hazards of hepatitis at the Hajj. **Travel Med Infect Dis** 2009; 7:239-246.
48. RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família Theoretical review of the work process in health care used to analyze work. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.
49. ROUQUAYROL, M.Z.; FAÇANHA, M.C.; VERAS, F.M.F. Doenças emergentes e reemergentes In: Rouquayrol, Maria Zélia e Almeida Filho, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde*. 6. Ed. Rio de Janeiro: **MEDSI**, 2003, p. 274-288.
50. SANTOS, J.L.F. Doenças Emergentes: fatores demográficos na complexidade. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, **XV Encontro de Estudos Populacionais**, 2006.
51. SCHMIDT, R. A. C. A questão ambiental na promoção da saúde: uma oportunidade de ação multiprofissional sobre doenças emergentes. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 373-392, 2007.
52. SCHRAIBER, L.B. L; NEMES, M I B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, v. 19, p. 106-121, 1996.
53. TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil Critical aspects of dengue control in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002.
54. TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N.; VIANA, I.; PAIM, J.S. Vigilância em saúde: É necessária uma legislação de emergência? **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo. V. 10, n. 2 p. 126-144 Jul./Out. 2009.
55. TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N.; SOUZA, L.P.F.; NASCIMENTO, E.M.R.; BARRETO, M.L.; BARBOSA, N et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance

system within the context of the International Health Regulations (2005). **Rev Panam Salud Publica**. 2012;32(1):49–55.

56. TEMPORAO, José Gomes. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2009, vol.18, n.3 [citado 2013-03-23], pp. 201-204. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742009000300001&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300001>.

57. THACKWAY, S.; CHURCHES, T.; FIZZELL, J.; MUSCATELLO, D.; ARMSTRONG, P. Should cities hosting mass gatherings invest in public health surveillance and planning? Reflections from a decade of mass gatherings in Sydney, Australia. **BMC Public Health**. 2009; 9324.

58. THOMPSON, B.G. **Public Health, Safety, and Security for Mass Gatherings**. House of representatives majority staff of the committee on homeland security Washington DC, 2008.

59. WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. C. **Vigilância Em Saúde Pública**. São Paulo:Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.(Série Saúde e Cidadania, v. 7).

60. WILSON, M.E. Travel and the emergence of Infectious Diseases. **Emerging infectious Diseases**.Vol 1, n° 2, April-june 1995.

61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Asia Pacific Strategy for Emergy Diseases**. Geneve: WHO, 2005. 50p.

62. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft Mass Gathering Training Modules: health and security interface, global alert and response**. WHO, 2010.

63. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Evolution of Public Health Security. In **The World Health Report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century**.Capter 1.p. 1-15.WHO, 2007.

64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Protocol for Assessing National Surveillance and Response Capacities for the International Health Regulations (2005)**.In Accordance with Annex 1 of the IHR- A Guide for Assessment Teams. WHO, 2010.

65. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Frequently asked questions about the International Health Regulations (2005)**. WHO, 2009. Disponível em <http://www.who.int/ihr/about/FAQ2009.pdf> .Acesso em 27/09/2011.

66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Malária. **Fact sheet** N°94. October 2011. WHO, 2011. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html>.

Anexos

Anexo I

Portaria n°104, de 25 de janeiro de 2011– Anexos I e II.

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV

em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;

22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

ANEXO II

Lista de Notificação Compulsória Imediata – LNCI

I. Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;
2. Carbúnculo ou Antraz; .
3. Cólera;
4. Dengue nas seguintes situações:
 - Dengue com complicações (DCC),
 - Síndrome do Choque da Dengue (SCD),
 - Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),
 - Óbito por Dengue
 - Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
5. Doença de Chagas Aguda;
6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;
7. Febre Amarela;
8. Febre do Nilo Ocidental;
9. Hantavirose;
10. Influenza humana por novo subtipo;
11. Peste;
12. Poliomielite;
13. Raiva Humana;
14. Sarampo;
15. Rubéola;
16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus(SARS-CoV);
17. Varíola;
18. Tularemia; e
19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

II. Surto ou agregação de casos ou óbitos por:

1. Difteria;
2. Doença Meningocócica;

3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;
 4. Influenza Humana;
 5. Meningites Virais;
 6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:
 - a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;
 - b. Doença de origem desconhecida;
 - c. Exposição a contaminantes químicos;
 - d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;
 - e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;
 - f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.
 - g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;
 - h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência do evento.
- III. Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:
1. Primatas não humanos
 2. Eqüinos
 3. Aves
 4. Morcegos
- Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.
5. Canídeos

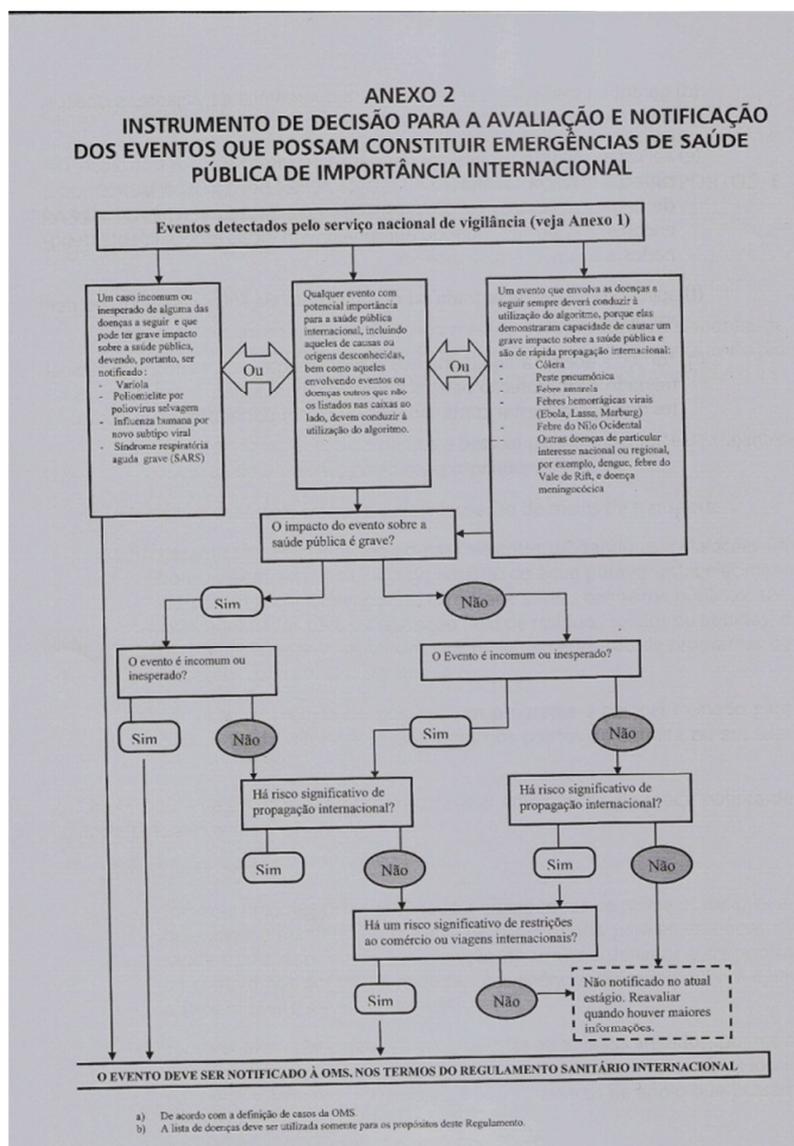
Raiva: cães domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva.

Leishmaniose visceral: primeiro registro de cão doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie *Leishmania chagasi*.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

Anexo II – Algoritmo RSI 2005



Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo denominado “Diagnóstico situacional da capacidade de resposta de hospitais municipais de Brasília a eventos de interesse à saúde pública associados a viajantes internacionais”. Trata-se de uma pesquisa de mestrado da aluna Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos, do curso de Mestrado Profissional em Epidemiologia aplicada ao Serviço de Saúde da Escola Nacional de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, realizado em Brasília. Os orientadores são Dra. Mayumi Duarte Wakimoto, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz e Dr. Andrey Moreira Cardoso, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. O presente estudo pretende avaliar a capacidade de resposta dos hospitais a agravos associados a viajantes internacionais.

O estudo será realizado na cidade de Brasília por ela ser uma das cidades-sedes da Copa do Mundo de 2014 e também da Copa das Confederações, em 2013, concentrando grande número de jogos desses eventos. A iminência desses eventos de massa no país e o conseqüente aumento do fluxo de viajantes internacionais resultarão em provável aumento dos riscos de saúde pública relacionados à disseminação de doenças. Para isso, torna-se fundamental a estruturação dos serviços de saúde, em especial daqueles que realizarão atendimentos aos turistas, para que estejam aptos a identificar eventos de interesse à saúde pública e a manejá-los de forma segura e oportuna, a fim de evitar disseminação e/ou introdução de doenças no país.

Caso você aceite, sua participação consistirá em responder a um questionário contendo perguntas sobre sua formação profissional, experiência de trabalho e, em particular, com esses agravos de interesse à saúde pública. Sua participação é voluntária e sua recusa não trará qualquer prejuízo à sua relação com a instituição com a qual está vinculado (a). Contudo, sua participação poderá colaborar para a identificação de pontos que precisam ser considerados na preparação dos serviços de saúde para os eventos de massa. A coleta de dados será realizada através de entrevistas, gravadas e aplicadas pelo pesquisador, durante seu horário de trabalho. Desta forma, está garantido o anonimato de sua participação. A duração da entrevista será de aproximadamente 15 min. Não são previstos riscos potenciais com a sua participação.

Todas as informações prestadas por você serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão divulgadas, de forma agregada, por meio de dissertação de mestrado, publicações e relatórios aos hospitais participantes e órgãos competentes. Os resultados serão entregues ao hospital participante, a fim de colaborar para a discussão interna para aprimoramento das ações de vigilância relacionadas a eventos de massa.

Você poderá obter esclarecimentos adicionais que considere necessários antes da sua concordância, durante a resposta ao questionário e em qualquer outro momento da pesquisa, entrando em contato com a pesquisadora responsável ou diretamente com o Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública, cujos endereços e telefones encontram-se abaixo.

.....Infectologistas

.....Microbiologistas

Detecção e notificação de eventos

6. Há uma equipe de profissionais para realizar a vigilância? Sim Não

Quantos e quais? _____

7. Há um registro no hospital das notificações enviadas à Vigilância epidemiológica do município? Sim Não

8. As atividades de detecção, avaliação e notificação de uma emergência em saúde pública, podem ser efetuadas com a disponibilidade de:

Telefone e/ou rádio? Sim Não

Fax? Sim Não

Telefone móvel ou celular? Sim Não

Linha telefônica com saída interurbana? Sim Não

Computador compatível com as atividades desenvolvidas e instalação de todos os softwares necessários? Sim Não

Acesso à internet e correio eletrônico? Sim Não

Acesso à informação de meios radiofônicos e televisivos? Sim Não

Capacitação de Equipe

9. A equipe conta com pessoal capacitado na coleta, conservação e envio de amostras biológicas? Sim Não

10. A equipe conta com pessoal capacitado no uso de equipamentos de proteção individual?

Sim Não

11. Os trabalhadores de hospitais e de serviços de emergência estão capacitados para responder a emergências que possam ultrapassar as demandas habituais? Sim Não

12. A equipe participou, nos dois últimos anos, de simulacros ou simulações de diferentes situações de emergências? Sim Não

13. Se respondeu sim a questão anterior, descreva brevemente o tipo de simulacros e simulações realizados nos últimos dois anos:

Capacidade de resposta

14. Para a resposta oportuna frente a emergências se conta com reserva de:

Medicamentos em geral? Sim Não

Imunobiológicos? Sim Não

Materiais cirúrgicos? Sim Não

Insumos para vacinação? Sim Não

Insumos de laboratório? Sim Não

Material para coleta e envio de amostras? Sim Não

Equipamentos de descontaminação? Sim Não

Equipamentos de biossegurança? Sim Não

Equipamentos de proteção individual? Sim Não

15. Considerando o caso de um evento associado à patologia infecto-contagiosa e a demanda e infra-estrutura disponível, o hospital tem possibilidade de isolar uma área de leitos? Sim
Não

16. Se respondeu sim a questão anterior, quantos leitos poderiam ser isolados? _____

17. O hospital conta com leitos para isolamento, em caso de doenças respiratórias? Sim
Não

18. O hospital consta como referência na rede pública para atendimento específico de algum agravo? Sim Não

19. Se respondeu sim a questão anterior, e referência para qual agravo? _____

20. Frente a uma emergência de saúde pública se conta com plano de emergência hospitalar?

Sim Não

Planos de Ação e Protocolos

21. Há algum plano de ação previsto para a assistência durantea Copa do Mundo? Sim

Não

22. Outros planos? Sim Não

Caso afirmativo, indicar quais _____

23. Há protocolos de biossegurança na rede de atenção? Sim Não

24. Os procedimentos de biossegurança para a rede de atenção são cumpridos? Sim Não

25. Há um guia local para elaboração dos planos dos serviços de emergência e de hospitalização? Sim Não

26. Caso afirmativo, indique último ano da atualização _____

Se a resposta 25 foi afirmativa, este guia conta com:

Procedimentos de triagem e manejo de grande número de casos? Sim Não

Um plano para transporte de pacientes nas ambulâncias? Sim Não

Um plano para isolamento de pacientes no campo? Sim Não

Procedimentos para descontaminação de pacientes e ambientes antes de recebê-los nas instalações de atenção de saúde? Sim Não

Procedimentos para redução do risco de transmissão das infecções hospitalares e a contaminação na atenção a saúde? Sim Não

Procedimentos para notificação de casos ou da situação? Sim Não

Capacidade Laboratorial

1. O hospital tem laboratório clínico próprio? Sim Não

2. Conta com um laboratório que realize **provas diagnósticas** mínimas ou preliminares de eventos que possam converter se em problemas para a saúde pública? Sim Não

Síndrome / enfermidades	Teste	Realizado no laboratório		Houve insumos suficientes no ano anterior	
		sim	não	sim	não
Malária	Gota espessa				
	Estendido (ou Delgado Corado)				
Doenças Respiratórias	Direto de Escarro				
	Cultura de Escarro				
	nasofaringe				
	Antibiograma				
Meningite encefalite	Direto LCR				
	Físico Químico LCR				
	Látex				
	Cultura/Identif.				
	Antibiograma				
Gastroenterites	contagem leucócitos matéria fecal				
	Direto de matéria fecal				
	Coprocultivo/Identif.				
	Cultura material hemético				
	Antibiograma				

3. Complete a tabela acima, marcando com uma cruz, de acordo a capacidade diagnóstica dos laboratórios.

4. Conta com um laboratório do setor público de referência que realize **provas diagnósticas** mínimas ou preliminares de eventos que possam converter em problemas para a saúde pública? Sim Não

5. Se respondeu sim a resposta anterior, o laboratório encontra-se:

No município

No estado

Em outro estado

6. Há material de forma permanente para coleta de amostras? Sim Não

Se o hospital conta com um laboratório público de referência, responda as questões de número 7 a 10. Se não, vá direto para a questão 11.

7. Há protocolos e/ou normas para coleta e envio de amostras ao laboratório? Sim Não

8. Existem mecanismos estabelecidos para envio urgente de amostras aos laboratórios de referência estaduais ou nacionais? Sim Não

9. Os procedimentos são cumpridos na coleta e no envio de amostras ao laboratório? Sim
Não

10. Os meios de transporte e insumos são suficientes para o envio de amostras aos laboratórios de referência? Sim Não

11. O que você apontaria como facilidades e dificuldades para o atendimento do possível acréscimo das demandas durante o período em que a Copa do Mundo ocorrer no Brasil?

Facilidades-

Dificuldades-

Parte II

Perfil Profissional

1- Graduação _____

2- Ano de Formatura:

3- Atuou durante a faculdade em algum projeto de pesquisa/monitoria na área de epidemiologia, saúde pública, saúde coletiva? Sim Não

4- Tempo de Exercício Profissional _____

5- Já participou de atualizações em:

() Epidemiologia

() Saúde do Viajante

() Saúde Pública

() Saúde Coletiva

6- Se assinalou uma ou mais alternativas anteriores, indique a frequência com que participa de cursos, palestras, congressos na área de epidemiologia, saúde do viajante, saúde pública ou saúde coletiva?

A) A cada seis meses

B) Uma vez por ano

C) Uma vez a cada dois anos

D) Outra periodicidade

E) Não participa

Conhecimentos e Capacitações acerca da Atuação Profissional na Vigilância de Eventos

1- Você conhece a lista de doenças de notificação compulsória? Sim Não

2- Você é capaz de citar a última legislação referente às doenças de notificação compulsória?
Sim Não

3- Você conhece o fluxo das notificações após a detecção dos casos pelo profissional?
Sim Não

4- Caso tenha respondido sim a questão anterior, solicitamos que você faça uma breve descrição do fluxo de notificação após a detecção dos casos pelo profissional e os profissionais envolvidos.

5- Você atendeu algum paciente com doença de notificação nos últimos 15 dias? Sim
Não

6- E no último ano? Sim Não

7- Você já ouviu falar no Regulamento Sanitário Internacional RSI? Sim Não

8- Você teve conhecimento da revisão deste documento? Sim Não

9- Se sim, o que mudou com a revisão do Regulamento Sanitário Internacional na notificação dos agravos?

10- Você participou de alguma capacitação a respeito da rede de vigilância em saúde nos últimos 2 anos? Sim Não

11- Se respondeu sim, vc se lembra qual foi? _____

12- Você costuma consultar fontes de pesquisa para estar ciente do risco de transmissão de doenças em outros países? Sim Não

Se Sim, quais as fontes pesquisadas?

13- Você se lembra de ter notificado nos últimos 15 dias, doença em que o paciente relatou histórico de viagem internacional? Sim Não

E no último ano? Sim Não

14 - Com relação a línguas estrangeiras:

Inglês ()Escreve ()Lê ()Fala ()NA

Espanhol () Escreve () Lê () Fala ()NA

15- Você se sente capaz de se comunicar com um paciente estrangeiro?

Sim Não

16- Atendeu a algum paciente estrangeiro no ultimo ano?

Sim Não

17- Atendeu a algum paciente estrangeiro nos ultimos 15 dias?

Sim Não

18- Lembra o motivo da sua vinda ao Brasil? Sim Não

19- Precisou de ajuda durante o atendimento? Sim Não

Quem o ajudou? _____

20- Suspeitou de alguma doença de interesse da vigilância em estrangeiros no último ano?

Sim Não

21- Notificou alguma doença em estrangeiros no último ano?

Sim Não