

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADELI REGINA PRIZYBICIEN DE MEDEIROS

SABERES INSTRUMENTAIS E IDEOLÓGICOS DE ENFERMEIROS NO
PROCESSO DE TRABALHO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CURITIBA

2012

ADELI REGINA PRIZYBICIEN DE MEDEIROS

SABERES INSTRUMENTAIS E IDEOLÓGICOS DE ENFERMEIROS NO
PROCESSO DE TRABALHO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profª Drª Lílana M. Larocca

Co-orientadora: Profª Drª Maria Marta N. Chaves

CURITIBA

2012

Medeiros, Adeli Regina Przybicien de
Saberes instrumentais e ideológicos de enfermeiros no Processo de
Trabalho em Vigilância Epidemiológica hospitalar / Adeli Regina
Przybicien de Medeiros – Curitiba, 2012.
108 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Liliana Müller Larocca
Co-orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Saúde coletiva. 3. Vigilância Epidemiológica.
I. Larocca, Liliana Müller. II. Chaves, Maria Marta Nolasco.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

ADELI REGINA PRIZYBICIEN DE MEDEIROS

SABERES INSTRUMENTAIS E IDEOLÓGICOS DE ENFERMEIROS NO
PROCESSO DE TRABALHO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Prof. ^a Dr^a. Liliana Müller Larocca
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof. ^a Dr^a. Emiko Yoshikawa Egry
Membro Titular: Universidade Federal de São Paulo – USP



Prof. ^a Dr^a. Aida Maris Peres
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 03 de dezembro de 2012.

Dedico esse estudo àqueles que acreditam que Trabalho
é mais que a repetição reiterada de tarefas.
Trabalhamos para viver, e não vivemos para trabalhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus imensamente pela vida e pela família maravilhosa em que nasci.

Aos meus amores agradeço pela colaboração e pelo respeito aos meus momentos de estudo, que não foram poucos... Vocês representam que o céu pode ser aqui mesmo, na Terra. A paisagem do caminho pode ser tão intensa quanto a emoção da chegada.

Às Professoras Dr.^a Liliana M. Larocca e Dr.^a Maria Marta N. Chaves, grandes orientadoras e exímias incentivadoras em toda essa trajetória.

Aos colegas do Serviço de Epidemiologia do H. de Clínicas da UFPR, e às amizades conquistadas nesse caminho.

Muito obrigada!

“Muitos me acusaram de ser incoerente, mas sempre achei que era uma virtude mudar de ideia toda a vez que tinha uma melhor (...)”.

Rodrigo Lacerda

RESUMO

Estudo com abordagem qualitativa e cunho exploratório, com os objetivos de: identificar os saberes instrumentais e ideológicos presentes nos processos de trabalho dos enfermeiros dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e caracterizar os processos de trabalho quanto a agentes, finalidade, meios e instrumentos, objeto e produtos. Foi desenvolvido junto a nove enfermeiros que atuam em cinco instituições hospitalares com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHES) na Cidade de Curitiba, PR, no período de 21 de março a 11 de maio de 2012 . As categorias de análise previamente definidas foram os saberes ideológicos e instrumentais presentes no Processo de Trabalho dos enfermeiros nos NHES. A coleta dos dados foi feita mediante instrumento fechado para identificação, roteiro de entrevista aberta, individual, e por meio de fontes secundárias. Os dados de identificação e os provenientes de fontes secundárias foram convertidos em informações para caracterização das dimensões da realidade objetiva, por meio das etapas 1. Conhecimento e 2. Interpretação da realidade objetiva da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC); os dados das entrevistas abertas foram analisados pela Análise do Discurso, conforme Fiorin (2007). A partir das entrevistas foram construídas categorias empíricas, como forma de sistematização, para posterior comparação com as categorias de análise: saberes instrumentais e ideológicos. Constatou-se centralidade dos discursos dos enfermeiros nos Saberes instrumentais inerentes ao Processo de Trabalho em Vigilância Epidemiológica Hospitalar, em virtude da sua recente implantação. Mesmo sendo o Processo de Trabalho um Saber Ideológico, conforme o referencial teórico adotado, foi evidenciada influência significativa dos saberes instrumentais no cotidiano das ações dos enfermeiros, que ainda buscam espaço nas instituições para consolidação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar e necessitam de maior reflexão acerca dos saberes ideológicos, representados pelas Políticas Públicas e pelo próprio Processo de Trabalho. Acredita-se que isso possibilitará novos caminhos para a atuação dos enfermeiros dos Núcleos Hospitalares, não mais centrada em tarefas, e sim na interpretação crítica e proposição de Políticas Públicas condizentes com as necessidades de saúde da população, capazes de integrar os diferentes níveis de atenção à saúde.

Palavras-chaves: Enfermagem. Saúde Coletiva. Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT

Exploratory qualitative study objectifying: to identify instrumental and ideological skills present in nurses' work process at Hospital Epidemiology Centers, and to feature work processes related to agents, purpose, means and instruments, object and products. It was carried out with nine nurses who work for five hospital institutions having Hospital Epidemiology Centers in the city of Curitiba, Parana State/Brazil between March 21st and May 11th, 2012. Previously defined analysis categories were ideological and instrumental skills present in nurses' Work Process at Hospital Epidemiology Centers. Data collection was performed by means of a closed instrument for identification, individual, open interview guide, and by means of secondary sources. Identification data as well as the ones from the secondary sources were converted into information to feature the objective reality dimensions by means of steps 1. Knowledge and 2. Objective reality interpretation in the Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing; open interview data were analyzed under Discourse Analysis (Fiorin, 2007). For systematization, empirical categories were built from the interviews for further comparison to category analysis: instrumental and ideological skills. It was evidenced nurses' discourse centrality on the instrumental skills related to the Work Process in Hospital Epidemiology Surveillance due to its recent implementation. Although the Work Process is an Ideological Skill according to the adopted theoretical background, it was evidenced a meaningful influence of instrumental skills in nurses' daily actions who pursue their spaces in institutions to consolidate Epidemiological Hospital Surveillance, and need deeper reflection on ideological skills represented by Public Policies and by their own Work Process. This is believed to enable new ways for nurses to perform in Hospital Centers, without focusing on task but on the critical interpretation and on the proposition of Public Policies that meet the population's health needs, able to integrate the different levels of health care.

Key words: Nursing. Collective Health. Epidemiological Surveillance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 CAMINHOS DO PENSAMENTO	18
2.1 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	18
2.2 A EPIDEMIOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	21
2.3 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENTRE AS VIGILÂNCIAS	25
2.3.1 Vigilância Epidemiológica Hospitalar.....	26
2.3.2 O Processo de Trabalho na Vigilância Epidemiológica Hospitalar.....	31
2.4 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E CRÍTICA	33
2.4.1 A Epidemiologia e seus laços, contratos e contradições com a Saúde Pública e Saúde Coletiva	36
3 METODOLOGIA	38
3.1 FASE EXPLORATÓRIA	39
3.1.1 Categorias analíticas. Saberes Ideológicos e Saberes Instrumentais.	40
3.1.2 Dados secundários.....	40
3.2 FASE DO TRABALHO DE CAMPO	41
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	42
3.4 FASE DE TRATAMENTO DOS DADOS.....	43
4 RESULTADOS.....	46
4.1 MUNICÍPIO DE CURITIBA.....	46
4.2 NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA EM CURITIBA.....	47
4.2.1 Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.....	49
4.2.2 Hospital Infantil Pequeno Príncipe	49
4.2.3 Hospital Do Trabalhador	50
4.2.4 Hospital de Clínicas.....	51
4.2.5 Hospital Universitário Cajuru.....	51
4.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR	52
4.3.1 Organização do Processo de Trabalho no NHE	55
4.3.2 Visibilidade do trabalho na instituição hospitalar.....	58
4.3.3 Atividades do enfermeiro no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.....	63
4.3.4 Instrumentos do trabalho	67

4.3.5 Técnicas e relacionamento como instrumentos para a intervenção junto às equipes na instituição	68
4.3.6 Intervenção interinstitucional.....	73
4.4 OS SABERES PARA O TRABALHO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR.....	76
4.4.1 Os saberes para a intervenção junto ao usuário.....	76
4.4.2 Os saberes para a intervenção junto à família do usuário	77
4.4.3 Os saberes para a intervenção junto a serviços e equipes do hospital	78
4.4.4 Os saberes para a intervenção junto a grupos populacionais.....	82
4.4.5 Os saberes para a intervenção interinstitucional.....	83
5 DISCUSSÃO	86
6 CONCLUSÕES.....	94
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICES	103
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA. DISCURSO LIVRE.....	103
APÊNDICE 2 - CARACTERIZAÇÃO – QUESTÕES ESTRUTURADAS.....	104
ANEXOS	106
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	106

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: EXPLICANDO A INTERIORIDADE DAS PRÁTICAS, CURITIBA-PR, 2012.....	32
FIGURA 2 – CATEGORIA DIMENSIONAL: INTER-RELAÇÃO ENTRE O ESTRUTURAL, O PARTICULAR E O SINGULAR, CURITIBA-PR, 2012.....	39
FIGURA 3 – ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DOS NHES SEGUNDO OS SABERES INSTRUMENTAIS E IDEOLÓGICOS, CURITIBA-PR, 2012.	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – REDE DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE, PARANÁ, 2008.....	29
QUADRO 2 – INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS PROVENIENTES DAS <i>HOME PAGES</i> INSTITUCIONAIS, CURITIBA, 2012	41
QUADRO 3 – CATEGORIAS EMPÍRICAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS, CURITIBA, 2012.....	44
QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS DE CURITIBA QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO SUS POR NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO, CURITIBA, 2012	47

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO 1 – RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ATUAÇÃO NOS NHES E A IDADE DOS ENFERMEIROS, CURITIBA, 2012.	53
---	----

LISTA DE SIGLAS

DECA	– Departamento de Vigilância e Controle em Agravos Estratégicos
DNC	– Doença de Notificação Compulsória
GAL	– Gerenciador de Ambiente Laboratorial
LACEN	– Laboratório Central do Estado
MS	– Ministério da Saúde
NHE	– Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
SINAN	– Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
SVS	– Secretaria de Vigilância em Saúde
VE	– Vigilância Epidemiológica
VEH	– Vigilância Epidemiológica Hospitalar

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, ações de Vigilância Epidemiológica (VE) foram desenvolvidas de forma quase exclusiva no âmbito da Atenção Básica, com o envolvimento maciço de enfermeiros como força de trabalho. A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do escopo das ações de Vigilância Epidemiológica para o nível hospitalar elevaram a demanda de profissionais também para aquele espaço, a partir da unificação das ações de Vigilância em Saúde.

Inserida em uma prática profissional assistencial hospitalar, esta pesquisadora sempre entendeu a VE como atividade restrita à Atenção Básica, proporcionadora de números balizadores para o desenvolvimento e cumprimento de ações programáticas, e distante da assistência hospitalar.

Ao iniciar as atividades em Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) em um hospital de ensino, esta pesquisadora vivenciou o caráter multidisciplinar, integrativo e aberto à prática educativa que permeia a Vigilância Epidemiológica, e foi esse o início do seu despertar para a dimensão coletiva e social do cuidado de Enfermagem.

A partir disso, estabeleceu contato com colegas enfermeiros das Secretarias de Saúde (Municipal e Estadual) e de outras cinco instituições hospitalares de Curitiba (PR), procurando informações sobre o percurso e as concepções teórico-metodológicas que subsidiaram a implantação da VEH em Curitiba, Paraná.

À luz da legislação específica de menos de uma década, representada pelas Políticas Públicas para VEH, e seu grau de operacionalização em cada instituição, evidenciado pelos saberes instrumentais dos enfermeiros, a pesquisadora percebeu aproximações e distanciamentos entre a realidade de cada um dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Especialmente, constatou¹ o frágil diálogo da VEH com a VE realizada na Atenção Básica, apesar de serem complementares e de compartilharem de um mesmo objeto de ação: assistência à saúde humana. Outra

¹Essas constatações são provenientes de avaliações oriundas da prática profissional, realizadas durante reuniões e encontros técnicos, e com base no contato com grupos de enfermeiros que atuam em Vigilância Epidemiológica em diversas instituições hospitalares.

grande contradição foi a vigência de um modelo político assistencial curativista e individualizado nos dois níveis de atenção à saúde, primário e terciário.

Todas as vivências referidas anteriormente demonstraram a necessidade de estudos que possibilitassem novas reflexões sobre os diferentes saberes presentes no Processo de Trabalho dos enfermeiros: saberes instrumentais² e saberes ideológicos³.

Dessa forma o presente estudo tem como objetivos identificar os saberes instrumentais e ideológicos presentes nos processos de trabalho dos enfermeiros dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia; e caracterizar os processos de trabalho dos enfermeiros dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia quanto a agentes, finalidade, meios e instrumentos, objeto e produtos.

Justificam-se tais objetivos face a significativa inserção de profissionais enfermeiros que desenvolvem ações de Vigilância Epidemiológica em Núcleos Hospitalares de Curitiba, a peculiaridade dos diferentes cenários hospitalares e o caráter heterogêneo das ações dos enfermeiros atuantes em Vigilância Epidemiológica Hospitalar acabaram por fornecer elementos para a seguinte questão norteadora: Quais os saberes que subsidiam os processos de trabalho dos enfermeiros nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia?

Desde 2009, a pesquisadora participa do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS) da Universidade Federal do Paraná. Em 2011, como mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, iniciou sua caminhada como pós-graduanda na linha de pesquisa Políticas, práticas de saúde e de educação em Enfermagem do GPP-GPS.

A VE é um campo de trabalho inovador, desafiador e amplo, com inúmeras possibilidades de investigação. A literatura nessa área é abundante ao tratar de abordagens ante a surtos e condutas no controle de agravos específicos na Atenção Básica e Saúde Pública, mas escassa no apontamento de referenciais sobre o processo cotidiano de trabalho do enfermeiro nos núcleos hospitalares de Epidemiologia (PASSOS, 2003).

² Saberes instrumentais no Processo de Trabalho em saúde compõem-se de conhecimentos teóricos e técnicos indispensáveis ao cumprimento da finalidade do trabalho do agente (EGRY, 2011).

³ Saberes ideológicos, para fins desse estudo, referem-se às políticas que regulam a produção de saúde de uma sociedade, em um determinado tempo (EGRY, 2009).

Dessa maneira, espera-se contribuir com a produção do conhecimento em Enfermagem. Reconhece-se a Epidemiologia como importante ferramenta no Processo de Trabalho do enfermeiro, tanto como base teórica para interpretação da realidade objetiva quanto instrumental capaz de contribuir para o aprimoramento dos modelos políticos e de saúde vigentes (MEDEIROS *et al*, 2012).

Muito além da prática de Vigilância Epidemiológica dos enfermeiros, estão os saberes instrumentais e os saberes ideológicos provenientes da formação, da experiência, das condições de vida, dos conhecimentos, da estrutura política e do ambiente institucional aos quais estão vinculados, e na presente pesquisa, a análise dos discursos proferidos foi feita sob esse prisma, Materialista Histórico e Dialético.

2 CAMINHOS DO PENSAMENTO

Considera-se fundamental a apresentação da trajetória histórica das políticas públicas de saúde, na qual se destaca o movimento da Reforma Sanitária, que introduziu a Epidemiologia como base teórica para o Sistema Único de Saúde.

A partir do reconhecimento de que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e que à Epidemiologia compete ir muito além da identificação numérica de doenças, autores como Breilh (2006), Ayres (2011) e Arreaza (2012) propõem um olhar dialético, capaz de explicar as contradições no âmbito da assistência à saúde e Vigilância Epidemiológica hospitalar.

As abordagens da Epidemiologia Social e da Epidemiologia Crítica explicam processos de saúde e adoecimento a partir do pensamento dialético. A Saúde Coletiva concretiza ações para controle de doenças e desenvolvimento de ações que reconhecem o coletivo como mais que a soma de indivíduos. Essas questões serão vistas neste capítulo.

2.1 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Reconhecer as diferentes explicações para os adoecimentos na sociedade possibilitou desdobramentos da reivindicação ao direito de melhores condições de vida, que influenciaram no desenvolvimento de diferentes concepções sobre o processo saúde-doença, contribuindo para a conquista do direito à saúde como direito social do cidadão (MOURA, 1989).

Ao considerar que as causas do adoecimento, na maior parte das vezes, estavam muito além da classificação de sinais e sintomas clínicos, a Epidemiologia serviu-se de algumas teorias explicativas das causas de adoecimento com o intuito de auxiliar no enfrentamento destes eventos. Em seu percurso histórico, conviveu à margem da clínica, responsável pela investigação, pelo exame e pela prática com indivíduos, em contraposição a sua própria abordagem, focada no contexto histórico, político, social e econômico para a ocorrência das doenças em coletividades (ALMEIDA FILHO, 1999).

O surgimento da microbiologia, que limitou e descreveu o ciclo das infecções e a história natural das doenças contagiosas, até então o maior escopo de ação da Epidemiologia, teve como consequência a restrição filosófica e valorização da lógica positivista, em que saúde era a ausência de doença (PUTTINI, PEREIRA JÚNIOR e OLIVEIRA, 2010).

A visão da doença como decorrente de germes, ambiente, estilos de vida ou composição genética deu origem aos modelos unicausais de explicação, que passaram a responsabilizar o indivíduo pelo adoecimento e pela opção ou não aos chamados grupos de risco para aquisição de doenças.

Hoje, os programas de vacinação e tratamentos à base de antimicrobianos e centrados em ações individuais, mesmo que exitosos, são exemplos deste tipo de abordagem. São dirigidos aos denominados grupos de risco em uma tentativa de privilegiar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença (OLIVEIRA e EGRY, 2000).

Já os modelos explicativos multicausais definem a saúde como um processo e são fundamentados em uma visão positivista de saúde, em que ações promotoras de saúde e prevenção de doenças são alicerçadas em conhecimentos científicos sobre a saúde humana (PUTTINI, PEREIRA JÚNIOR e OLIVEIRA, 2010). A história natural da doença, definida por Leavell e Clark em 1976, e o papel de agente, hospedeiro e meio ambiente agregam grande importância aos modelos multicausais. Contudo, na visão dos próprios autores (2010) e de outros que os precederam, entre eles Oliveira e Egrý (2000), esse modelo tem forte influência do modelo biomédico, tende à valorização de aspectos biológicos sobre determinantes sociais e a recair na unicausalidade.

Diante disso, esses modelos não alcançam a determinação social do processo saúde-doença que, segundo Barata (1997), pela incorporação do materialismo histórico-dialético como marco filosófico, determina a distribuição desigual de saúde e doença em populações humanas. Essa abordagem epidemiológica, também conhecida como Epidemiologia Social, surge como uma expressão da luta popular que reivindica a presença do Estado para atender às necessidades da população, fundamentada no pensamento científico emancipador, e às custas da ampliação do pensamento epidemiológico para além do reducionismo do método indutivo e do enfoque positivista, a partir do prisma da Saúde Coletiva (PUTTINI, PEREIRA JÚNIOR, OLIVEIRA, 2010).

Segundo Breilh (2010), a determinação social do processo saúde doença aponta para uma perspectiva dialética que não recaia no determinismo biológico nem no histórico, e sim nas relações social-biológico e sociedade-natureza, sem que nenhuma das partes perca espaço em detrimento de outra. Contempla, na visão de Perna e Chaves (2008), o condicionamento recíproco entre produção e reprodução social, em um momento histórico, cujo desequilíbrio gera transformações na saúde humana.

Por sua vez, Armus (2010) salienta a fragilidade de qualquer contexto histórico de saúde e doença que não leve em conta a complexidade da experiência humana e os processos que a determinaram. O autor critica reconstruções do passado sob o prisma de teorias contemporâneas, muitas vezes insuficientes e passíveis de indução a incorreções.

Sobre os processos dialéticos de determinação social da saúde e doença, Arreaza (2012, p. 1005) menciona a relação recíproca entre o todo e suas partes, já que “o social, ao subsumir o biológico, delimita seus movimentos, e o individual especifica os determinantes do coletivo”. O autor completa que o grau de proteção ou desgaste dos processos que levam à saúde e doença depende das condições históricas e modos de vida de uma dada coletividade.

Para atuação efetiva sobre as necessidades em saúde da população, é imprescindível a superação da visão biologicista da saúde e ir além dos dados numéricos, para que sejam produzidas informações que representem as diferentes dimensões da determinação do processo saúde-doença.

O desafio é embrenhar-se na luta por uma epidemiologia articulada a um modelo emancipador, que resulte em uma práxis⁴ orientada para a equidade e para o fortalecimento do saber coletivo. Esse modelo deve ser capaz de recriar formas solidárias e cooperativas de organização onde haja lugar para a interculturalidade (ARREAZA, 2012). Esse conceito será tratado mais adiante.

⁴ “[...] Práxis é a relação dialética entre o homem e a natureza, na qual o homem ao transformar a realidade objetiva com seu trabalho, transforma a si mesmo” (EGRY, 1996).

2.2 A EPIDEMIOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O bem-sucedido programa de erradicação da varíola no Brasil, desenvolvido na década de 1960 a partir da detecção precoce de casos e do bloqueio imediato da transmissão da doença, abriu campo para a instituição de um serviço permanente, após a promoção de campanhas de vacinação contra tal doença. A partir de 1968, ações de vigilância foram ampliadas para um âmbito maior que o das doenças transmissíveis e, com isso, houve a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de bases técnicas e operacionais que possibilitaram o futuro desenvolvimento de ações de impacto no controle de doenças evitáveis por imunização (BRASIL, 2009).

Como parte das recomendações da 5ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica pelo Ministério da Saúde. A partir de então, a notificação de doenças transmissíveis contidas na legislação passou a ser obrigatória e começaram a ser elaborados e publicados periodicamente manuais técnicos sobre doenças, de abrangência nacional e no contexto dos programas de controle específicos (BRASIL, 2009).

As discussões sobre um Sistema Único de Saúde foram iniciadas na década de 1970 e esse sistema consolidou-se quando o descaso à saúde, as desigualdades no acesso, a má qualidade de serviços e mercantilização do setor foram pautados na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, após sucessivas denúncias (PAIM, 1999).

A incorporação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica pelo Sistema Único de Saúde veio com a regulamentação das Leis n.º 8.080/90 e a de n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b.), a partir da articulação entre as instituições do setor público e privado, componentes do SUS que prestam serviços a grupos populacionais, notificam agravos e doenças ou orientam condutas de controle.

Desde então, a Vigilância Epidemiológica passou a ser definida como a “observação contínua e coleta sistemática” de dados sobre doenças e agravos, bem como a consolidação e divulgação de informações relevantes para a Saúde Pública na forma de informes, tanto para a recomendação de medidas por outros agentes quanto para sua veiculação pelos meios de comunicação (BRASIL, 2011a, p. 17).

O cenário foi de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro depois da Reforma Sanitária, quando ocorreu ampliação do conceito das ações de vigilância para além das doenças transmissíveis. A esse respeito, Schettert (2008) ressalta o longo caminho trilhado até que se chegasse a essa definição de “vigilância”, vista anteriormente de forma bastante restrita como mera quarentena ou isolamento de doentes para tentar conter moléstias.

E assim as ações de Vigilância Epidemiológica foram elencadas como fundamentais para o fortalecimento dos princípios do SUS. Essa concepção é de uma Epidemiologia numérica e centrada na biologia humana, em que não são consideradas as contradições entre as singularidades e particularidades das pessoas e do meio em que estão inseridas.

A Epidemiologia pode fazer muito mais, ao constituir um referencial teórico metodológico que compreenda a realidade objetiva do processo saúde-doença de uma coletividade ou expresso por um indivíduo, por meio da compreensão dos processos históricos e socialmente construídos nas dimensões singular, particular e estrutural (MEDEIROS *et. al.*, 2012).

A Vigilância Epidemiológica é amparada legalmente pela Portaria n.º 1.399/GM, de 15/12/1999, e a de n.º 950, de 23/12/1999. Esse aparato legislativo legitimou o processo de descentralização das ações de VE, com a instituição do repasse de recursos dos governos federal e estadual em prol do desenvolvimento das atividades de vigilância, Epidemiologia e controle de doenças nos municípios (BRASIL, 2011a).

Com a reorganização do Sistema de Saúde, foram criadas comissões intergestoras na área de saúde, com a finalidade de “propiciar o debate e negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde (...)” (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

Isso foi necessário em virtude das diferentes realidades regionais e perfis epidemiológicos, bem como peculiaridades acerca de extensão territorial, e passaram a ser concedidos recursos em acréscimo aos municípios que assumiram a gestão das ações de vigilância e controle de doenças (BRASIL, 2011a).

Essa autonomia aos municípios indica um importante avanço na legislação do SUS. Nesse cenário, a maior flexibilidade no uso dos recursos financeiros pode propiciar a construção de modelos de gestão municipal calcados na vigilância em saúde e, com isso, acelerar o processo de atenção integral à saúde brasileira. O

caminho para isso é a utilização da Epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 2011a).

Mesmo com o avanço jurídico, são conhecidas as dificuldades para a manutenção de um sistema de vigilância sensível e eficiente, que vão desde a falta de recursos humanos até resistências acerca do processo de descentralização e responsabilização de cada esfera pela decisão acerca de ações a serem prioritariamente desencadeadas (BRASIL, 2011a). A vigência de modelos de saúde que privilegiam medidas focadas em indivíduos e não em coletividades contribui para que a Saúde Pública tenha ações segmentadas para a atenção básica e para a assistência hospitalar, diferentes entre si, mas tão complementares, visto que tratam do mesmo objeto.

Nesse cenário, conforme Teixeira e Costa (2008), a notificação compulsória de doenças constitui a principal fonte de dados dos sistemas de VE de doenças transmissíveis, que vem sendo expandida para outras doenças e agravos. Além da notificação, outra atividade de VE é a detecção e investigação precoce de surtos e endemias, diretamente relacionadas à organização e sensibilidade do Sistema de VE para a informação e controle (TEIXEIRA e COSTA, 2008).

É extremamente importante, na visão dos autores, o papel normativo da VE, para o qual se utilizam normas técnicas, ordens de serviço, manuais e materiais informativos para a padronização de procedimentos e condutas, que devem ser compatíveis em todos os níveis do sistema de vigilância.

Conforme Paim (1999), o maior ou menor alcance das ações de Vigilância Epidemiológica é diretamente proporcional à sincronia entre as ações dos diversos níveis assistenciais, do nível primário (representado pela rede básica de saúde), passando pelo nível secundário (atendimento especializado ambulatorial ou em pequenos hospitais) e, finalmente, do nível terciário (ofertado pelos hospitais gerais, especializados e munidos de tecnologia de ponta).

O funcionamento de um sistema de notificações epidemiológicas tem relação direta com a possibilidade de aplicação prática dos dados levantados, mediante a devolução de informações aos notificadores, inclusive dentro da própria instituição em que são gerados. Sobremaneira, essa medida contribui para a obtenção de apoio institucional e abre caminho para a sensibilização dos profissionais de saúde e sociedade, que se sentem parte de um sistema de informação capaz de desencadear decisões. (BRASIL, 2009).

Dessa maneira, fica clara a responsabilidade dos profissionais de saúde pelo reconhecimento e cumprimento dos princípios do sistema de saúde em que se inserem, em especial acerca da importância da qualidade das informações proporcionadas pelos sistemas de informação, porque constituem ferramentas que a Epidemiologia oferece para a tomada de decisões estratégicas no SUS.

Vale lembrar que as informações fornecidas pelos sistemas de informação, acompanhando Ayres (2011), não podem ser interpretadas como um emaranhado de rigorosas categorias numéricas, já que a realidade objetiva só pode ser apreendida em sua totalidade com análise crítica, atribuição de sentidos e reflexão histórica sobre o contexto que se apresenta.

Nessa perspectiva, Arreaza (2012, p. 1004) afirma que a ocorrência de saúde-doença expressa no corpo biológico é devida às condições de vida dos indivíduos. Para o autor, as condições de vida e a inserção na reprodução social, compreendida como a particularidade de grupos em determinada sociedade, determinarão os modos como as pessoas reagem diante dos desafios e das condições do seu entorno, assim como o acesso dessas pessoas aos recursos interfere nas suas condições de saúde e de doença. Afirma ainda que as condições objetivas de vida não são as mesmas para todos os grupos, estas se apresentam de diferentes formas dependendo da inserção das pessoas no processo de reprodução social:

As contradições entre o saudável e o destrutivo se dão nas instâncias estruturais do trabalho e consumo, na consciência ideológica e na organização dos grupos sociais, como nas mediações comunitárias, cotidianas e familiares dos sujeitos em seu meio social e, por fim, no genótipo com sua vulnerabilidade e capacidades da corporeidade individual. (ARREAZA, 2012, p. 1004).

Dessa maneira, mais importante do que coletar dados é o que fazer com as informações que eles proporcionam. Ainda, é indispensável que os enfermeiros reflitam acerca da articulação entre seu próprio Processo de Trabalho, desenvolvido na Vigilância Epidemiológica Hospitalar, e o sistema de saúde em sua totalidade.

Nesse sistema de Saúde, em que o determinante biológico ainda impera, o olhar crítico sobre a realidade que se apresenta pode ser o primeiro passo para a concepção de trabalho integrado em saúde, integrador das diferentes modalidades de Vigilância.

2.3 A VIGILÂNCIA EM SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENTRE AS VIGILÂNCIAS

A partir de 2003, no Brasil, o Ministério da Saúde ampliou o escopo da vigilância e criou a Secretaria de Vigilância em Saúde, que incorporou todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças. Basicamente, a Vigilância em Saúde seria desenvolvida por meio do estabelecimento de um território-processo como cenário para a problematização da realidade social, bem como para a proposição de práticas sanitárias capazes de intervir nas necessidades em saúde de uma dada população (TEIXEIRA e COSTA, 2008).

A nova denominação passou a englobar a vigilância de doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis, bem como fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde, como resposta à significativa mudança do perfil epidemiológico desde a década de 1970 (TEIXEIRA e COSTA, 2008).

Essas mudanças nos perfis de morbi-mortalidade populacionais têm se apresentado com declínio da prevalência de doenças infecciosas e parasitárias e aumento exponencial de incapacidades e mortes por doenças crônico-degenerativas e causas externas, o que requer estudos que considerem o processo saúde-doença em suas várias dimensões e socialmente determinado.

Dessa maneira, foram integradas áreas como Promoção da Saúde, Vigilância da situação de Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2011a). Atualmente, estuda-se a viabilidade de um modelo de atenção mais integral e voltado à promoção da saúde (TEIXEIRA e COSTA, 2008).

Com isso, o Ministério da Saúde tem buscado a incorporação também dessas doenças e agravos no escopo das ações de Vigilância Epidemiológica, com a mobilização de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, além da descentralização das ações de vigilância para instituições hospitalares.

2.3.1 Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Em 2001 foi iniciado, pelo Ministério da Saúde, um plano estratégico de contenção da pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave e, para tanto, o sistema de vigilância hospitalar deveria estar preparado, a fim de proporcionar agilidade nas informações e tomada de decisões (SCHETTERT, 2008). Ainda segundo essa autora, há 20 anos já se tentava consolidar políticas de vigilância para o âmbito hospitalar, mas o momento só chegou quando houve a necessidade de implantá-las em território nacional.

Segundo Schettert (2008, p. 42),

[...] a ação de políticas públicas é um processo político, e não simplesmente uma forma analítica de resolver processos. Surge a partir de negociações, com acomodação de diferentes interesses que refletem a ideologia do governo no poder, não sendo diferente com as políticas de vigilância no território hospitalar [...]

A ampliação do escopo das ações de Vigilância Epidemiológica para o nível hospitalar teve início a partir da prerrogativa legal da Portaria n.º 2.529, de novembro de 2004, que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar e, assim, abriu caminho para a implantação e o desenvolvimento dos núcleos hospitalares de Epidemiologia (BRASIL, 2004).

Um dos critérios para inclusão no subsistema e recebimento de repasse financeiro mensal foi a prestação de serviços ao SUS, independente da natureza jurídica, além de assinatura de termo de adesão pelos diretores das instituições hospitalares (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde reconhece nos núcleos hospitalares de Epidemiologia subsistemas articuladores e catalisadores para o desencadeamento de ações de prevenção e controle de agravos, e vem estimulando amplamente essa estratégia (MOREIRA *et al.*, 2004).

A ampliação das atividades para doenças e agravos não transmissíveis, segundo Schettert (2008), era um anseio dos idealizadores das portarias acerca dos NHES. Contudo, considerando o perfil de muitas instituições, isso tem acontecido gradativamente, e dentro das possibilidades institucionais.

Entre as atividades do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia está a notificação e investigação, com agilidade, de todos os casos suspeitos de agravos de

notificação compulsória atendidos nas instituições. A informação (notificação) de agravos do hospital para a rede de saúde possibilita a implementação imediata de medidas de controle, de maneira a prevenir a ocorrência de novos casos na comunidade (BRASIL, 2010).

A VEH tem grande capacidade de vigilância e impacto nas ações assistenciais e de promoção, prevenção e controle, nas esferas municipal, estadual e nacional de vigilância, além de atuarem como unidades-sentinela para doenças emergentes. Ao mesmo tempo, os núcleos de epidemiologia representam ainda um grande avanço institucional para a qualidade e organização dos serviços, ao fornecerem informações importantes ao gestor da instituição hospitalar (PARANÁ, 2008).

A divulgação das informações obtidas por meio de boletins e informes epidemiológicos à comunidade hospitalar, segundo Matias (2010), é um ponto que merece destaque entre as atividades dos NHES. Para aquela autora, o aporte de informações epidemiológicas aos profissionais é um dos alicerces para a tomada de decisões, além de servir como reforço para a adesão das equipes na notificação de agravos e doenças. Ainda, a divulgação de agravos e doenças subsidia a melhoria da qualidade da assistência, e deve ser feita de preferência mensalmente.

Vale notar que a coordenação, normalização técnica complementar ao nível federal, e o acompanhamento dos núcleos nos hospitais, municípios e regionais de saúde de cada Estado cabem ao Departamento de Vigilância e Controle em Agravos Estratégicos (DECA), da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) das Secretarias Estaduais de Saúde (SESA) (PARANÁ, 2008).

Em 2010 passou a vigorar a Portaria n.º 2.254, com diretrizes atualizadas para inclusão de instituições hospitalares, bem como acompanhamento das ações de Vigilância Epidemiológica capazes de integrar essas instituições à rede básica de saúde (BRASIL, 2010).

Atualmente, existem no Brasil 190 NHES categorizados em níveis crescentes em complexidade – níveis I a III. São considerados núcleos hospitalares de Epidemiologia de Nível I aqueles inseridos em hospitais regionais, com unidade de emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI); hospitais de fronteira internacional com no mínimo 50 leitos; ou hospitais gerais ou pediátricos, universitários ou de ensino, com no mínimo 100 leitos.

No Nível II estão contemplados hospitais gerais ou pediátricos, universitários ou de ensino, com no mínimo 100 leitos; ou número de leitos entre 100 e 150 e unidade de emergência e UTI; ou hospitais especializados em doenças infecciosas e parasitárias com menos de 100 leitos.

O Nível III engloba hospitais especializados em doenças infecciosas e parasitárias com mais de 100 leitos; ou hospitais gerais com mais de 250 leitos, unidade de emergência e UTI.

Além desses critérios, a legislação ainda prevê a instituição de núcleo hospitalar de Epidemiologia a hospitais universitários ou de ensino integrantes da Rede de Referência para a Síndrome Respiratória Aguda Grave, bem como hospitais Sentinela para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2004).

No Estado do Paraná, dez hospitais compõem a Rede de Hospitais de Referência, distribuídos nas cidades de Londrina, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu, Campina Grande do Sul e Curitiba (PARANÁ, 2008).

Além dos critérios de seleção e das exigências existentes na Portaria n.º 2529/04 para inclusão de hospitais na rede (BRASIL, 2004), a SESA Paraná incluiu requisitos adicionais, entre eles a assistência a pacientes com doenças infecto-contagiosas e priorizou na seleção Hospitais de Referência no Estado (PARANÁ, 2008).

Depois de seleção preliminar e contatos com as unidades do Estado possíveis candidatas à inclusão na rede, a proposta foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologada pela SVS/MS, resultando na habilitação dos hospitais explicitados no quadro a seguir.

PARANÁ	NIVEL I	NÍVEL II	NÍVEL III
VAGAS	6	2	2
HOSPITAIS SELECIONADOS	HOSPITAL CAJURU - PUC/PR	HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE	HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIOESTE	HOSPITAL EVANGÉLICO - FEPAR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UEL
	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UEM		
	HOSPITAL ANGELINA CARON		
	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI		
	HOSPITAL DO TRABALHADOR		

QUADRO 1 – REDE DE REFERÊNCIA ESTADUAL EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR POR NÍVEL DE COMPLEXIDADE, PARANÁ, 2008

FONTE: PARANÁ, 2008.

De acordo com a Portaria n.º 2529/04 (BRASIL, 2004), a composição das equipes dos núcleos apresentou variações quantitativas e qualitativas, conforme o nível da instituição.

Para hospitais com nível I, houve a recomendação de um técnico de nível superior com especialização e (ou) experiência comprovada em epidemiologia/saúde pública, um profissional de nível médio e um funcionário administrativo. Para o nível II, deveria haver acréscimo de um técnico de nível superior, e para o nível III o acréscimo previsto foi de dois técnicos de nível superior (total de três), um profissional de nível médio (total de dois) e um funcionário administrativo (total de dois) (PARANÁ, 2008).

Sobre as atividades cabíveis aos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia habilitados, merecem destaque:

- organizar um sistema de coleta de dados (agravos) por meio da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI, ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;
- notificar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde;
- analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;
- participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

A assessoria técnica, a supervisão, o acompanhamento e monitoramento das ações de VEH são atribuições do DECA, de forma conjunta com as Regionais de Saúde e com os gestores municipais. Ao mesmo tempo, os relatórios elaborados pelos núcleos são apreciados pela SESA, e posteriormente enviados à Comissão Intergestores Bipartite e a Secretaria de Vigilância em Saúde, para acompanhamento das atividades dos NHES também do Ministério da Saúde (SVS/MS) (PARANÁ, 2008).

Quanto à integração com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o aporte legislativo não fez esse direcionamento e, na opinião de Schettert (2008), existe possibilidade de trabalho integrado, dependendo da estrutura administrativa das instituições hospitalares e do pacto com as Secretarias Estaduais de Saúde de cada Estado.

Ressalte-se que “o trabalho em conjunto, por afinidade dos instrumentos e objetos de investigação” poderia evitar superposição de trabalhos, e trazer contribuições ao Processo de Trabalho (SCHETTERT, 2008, p. 50).

2.3.2 O Processo de Trabalho na Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Embasado no referencial teórico metodológico materialista-histórico, o trabalho assume um papel preponderante na formação da sociedade capitalista e do ser humano, sendo considerado “base e essência da sociedade” (FONSECA, EGRY e BERTOLOZZI, 2006, p. 28). O trabalho em saúde apresenta peculiaridades quando comparado ao trabalho de produção de bens materiais, afinal trata-se de um Serviço intangível, simultâneo, inestocável e irreversível, conforme afirma Pires (1998).

Nessa perspectiva, preconiza-se que saúde é entendida como muito mais que a ausência de doenças, e ao considerar a Teoria da Determinação Social do Processo saúde-doença, as condições objetivas da vida assumem papel decisivo para o adoecer ou ser saudável.

A soma de esforços provenientes do trabalho de diversas categorias profissionais não indica, necessariamente, multidisciplinaridade, e na prática o que se vê em saúde é a separação de atividades intelectuais das atividades manuais, com fragmentação dos cuidados e visão biologicista do ser humano sob cuidados (MENDES GONÇALVES, 1992). O preparo dos profissionais de saúde para o trabalho baseia-se em um modelo biomédico e em uma Epidemiologia numérica, e em Vigilância Epidemiológica Hospitalar não é diferente.

Como campo de trabalho, o setor de saúde tem como produtos as políticas públicas e os serviços. O alcance das finalidades do setor está ancorado em diferentes objetos e instrumentos, sendo os primeiros indivíduos, famílias ou comunidades, que se transformam mediante ações dos agentes em saúde (EGRY, 2011).

Entre os instrumentos indispensáveis para a ocorrência do trabalho em saúde, Egry (2011) destaca a conexão entre saberes ideológicos e saberes instrumentais demonstrados na figura a seguir.

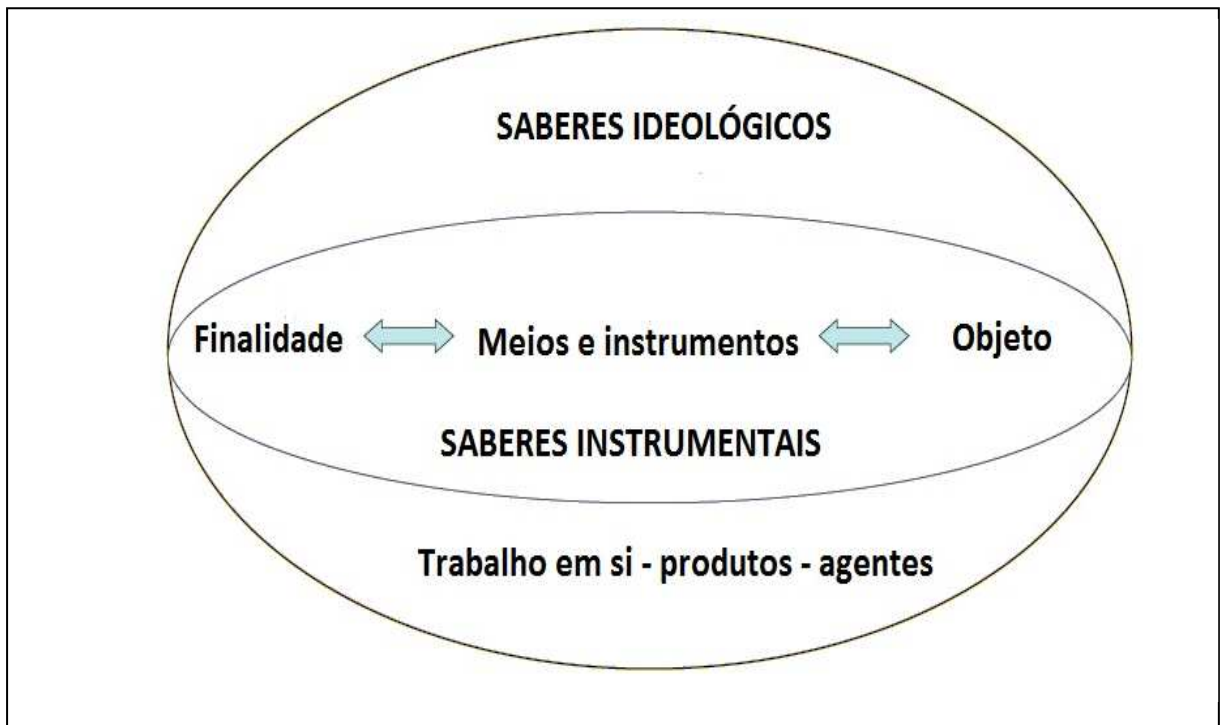


FIGURA 1 – PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: EXPLICANDO A INTERIORIDADE DAS PRÁTICAS.
 FONTE: EGRY (2011)

Considera-se para fins deste estudo, fundamentado na autora referida, que saberes ideológicos compreendem as relações do ser humano com a sociedade, com a economia e com as políticas públicas. A Política Pública pode ser entendida como um pacto de poderes e interesses públicos, que resumem disposições, medidas e procedimentos representativos da orientação política do Estado sobre questões sociais, econômicas, ambientais, de saúde e outras (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 68).

Para Baptista e Mattos (2011), as políticas públicas não resultam exclusivamente de Estados e governos, e sim dos movimentos da sociedade e da dinâmica que envolve a construção das demandas e suas respostas, em um cenário repleto de lutas sociais e de disputas entre grupos de maior ou menor poder, com diferentes visões de mundo. Assim sendo, em saúde as Políticas Públicas são concebidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, oriundo da Constituição de 1988 e amparado pelas Leis n.º 8142/90 e a de n.º 8080/90 (BRASIL, 1990a.; BRASIL, 1990b) já apresentadas neste estudo.

O estudo dos saberes ideológicos presentes no Processo de Trabalho dos enfermeiros que atuam em VE hospitalar é ferramenta-chave para a elucidação das formas como essa atividade tem se desenrolado nas instituições hospitalares, que reproduzem sobremaneira um modelo clínico de atenção e cuidado curativo (EGRY, 1996).

Os saberes ideológicos são constituídos pelas bases teóricas e legislativas do trabalho de saúde em si, com seus agentes, neste estudo enfermeiros – e o produto: promoção da saúde, prevenção de agravos e inclusão social.

Conforme Egly (2011), os saberes instrumentais apresentam-se entre o agente, o enfermeiro que atua em VEH, e o objeto, as ações de VE desenvolvidas em âmbito hospitalar. São considerados saberes instrumentais os oriundos da formação técnica e experiência profissional, os conhecimentos provenientes das normas e dos procedimentos técnicos relacionados à VE e à VEH, normas e rotinas institucionais, bem como dos procedimentos pactuados com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

O conjunto de normatizações em VE, já referido anteriormente, constitui importante instrumento ao Processo de Trabalho do enfermeiro em VEH, à medida que possibilita a padronização de procedimentos e condutas, além de uniformidade em todos os níveis do sistema de vigilância.

2.4 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E CRÍTICA

Considera-se que os movimentos de aproximação e negação são de suma importância para compreender as diferenças teórico-metodológicas das “Epidemiologias” que serão apresentadas.

Sobre a consolidação da identidade científica da Epidemiologia Clássica e quantitativa, Ayres (2011, p. 1309) registra que esse processo se deu a partir de um

elevado grau de formalização e rigor, ao dialogar com as ciências biomédicas e com os métodos quantitativos, com base no risco⁵ para adoecer e morrer.

Nesse espaço, segundo o autor, os conhecimentos epidemiológicos têm tido dificuldade para lidar com processos de saúde e doença, já que os esforços foram dirigidos à construção de modelos de análise e inferência causal limitados do ponto de vista epistemológico estrutural, o que vem sendo alvo de grandes debates na atualidade em virtude da responsabilização do indivíduo pelo seu próprio adoecimento.

Como resposta, volta-se o olhar para o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença pela Epidemiologia, e esta ciência passa a se apresentar como uma teoria que explora a “estruturação-desestruturação-reestruturação” dos processos que são geradores das necessidades em saúde da população, a fim de reorientar as práticas em saúde para poder atendê-las, sob a perspectiva da Saúde Coletiva (AYRES, 1995, p. 195).

Ainda conforme a autora, a Epidemiologia Social é a disciplina que tem subsidiado as intervenções de Enfermagem em Saúde Coletiva (EGRY, 1996).

Muito mais do que números, saúde e doença são fenômenos inerentes à sociedade, materialista, histórica e dialeticamente determinados, sendo que o processo de produção e consumo tem relação direta com o conjunto dos problemas de saúde (AYRES, 1995; FACCHINI, 1994).

Assim, no Sistema Único de Saúde brasileiro, a abordagem Social da Epidemiologia (FONSECA e EGRY, 2009) foi fundamental para o alcance do princípio da integralidade, ao propor a articulação das dimensões singular, particular e estrutural e possibilitar a exposição da realidade objetiva do indivíduo e da coletividade, contribuindo assim para a compreensão dos fenômenos e planejamento de ações potencialmente transformadoras das realidades indesejadas de saúde.

Ademais, à luz da Lei Orgânica da Saúde, a Epidemiologia passou a ser reconhecida como importante referencial teórico para o desenvolvimento de ações

⁵ Para Ayres (2011), o risco denota a probabilidade matemática de que a exposição a um fator genético, comportamental ou ambiental determine uma condição de saúde. Com isso, o próprio risco passa a denotar a inferência epidemiológica e passa a ser a marca registrada do discurso dos epidemiologistas.

impactantes sobre a saúde da população brasileira, com o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática (BRASIL, 1990a).

Neste estudo consideramos que a Epidemiologia Crítica é, em um movimento dialético, uma releitura dos conceitos e bases da Epidemiologia Social, destacando-se pela busca da emancipação e pelo conceito de interculturalidade. Para Breilh (2006), a cultura sinaliza aspectos da práxis realizada por uma sociedade em determinado tempo; é influenciada pelas formas de inserção dos coletivos na sociedade e pelas relações de poder, e influencia suas práticas discursivas.

Além de organizar-se na compreensão da determinação social e de uma visão dialética de processo saúde-doença, comuns à Epidemiologia Social, a Epidemiologia Crítica possibilita uma discussão de gênero, classe e etnia, capaz de romper com a homogeneidade interpretativa e social existente e, assim, propõe potencializar a compreensão dialética e democrática nas ações epidemiológicas (BREILH, 2006).

Nessa perspectiva, a partir de uma visão de totalidade, coaduna uma ação epidemiológica não mais centrada em fatores, sujeito unicultural e ação funcionalista e, portanto, supera a análise epidemiológica clássica (BREILH, 2010).

Tanto a Epidemiologia Social quanto a Epidemiologia Crítica têm como fundamento filosófico o materialismo histórico e dialético. O caminho teórico percorrido aponta a dinâmica do real na sociedade; e a dialética, conforme Minayo (2004), refere-se ao método de abordagem da realidade, compreendida como algo em constante transformação.

A insuficiência dos modelos de análise e inferência causais focados no risco e na responsabilização de indivíduos pelo próprio adoecimento, escopo da Epidemiologia Clássica, abriu campo ao estudo da vulnerabilidade⁶, com o objetivo de descrever condições para adoecimento e desigualdades sociais e, com isso, abarcar maior número de demandas de inclusão social.

⁶ Na visão de Almeida Filho, Castiel, Ayres (2009), a vulnerabilidade representa a síntese das dimensões comportamentais, sociais e político-institucionais envolvidas na suscetibilidade de indivíduos e grupos ao adoecimento e suas consequências, sejam elas sofrimento, limitação ou morte.

Autores como Almeida Filho, Castiel e Ayres (2009, p. 341) propõem a adoção de uma conceitualização positiva de saúde, a partir da qual seja abordada saúde ao invés de doença, pois

[...] ao ser considerada como um eixo em si mesma, a enfermidade (ou seus riscos) se absolutiza e, como tal, permanece reproduzindo respostas em uma mesma direção e sentido, cerceando os potenciais criativos da vida, inibindo a manifestação de formas mais ricas e criativas de saúde”.

Dessa forma, modelos paradigmáticos têm sido repensados, por serem insuficientes à explicação e intervenção sobre os cenários que se desdobram. A compreensão dos processos de adoecimentos e a elaboração de estratégias para transformação de realidades significa ir além de dados quantitativos que descrevem matematicamente realidades de saúde. É premente entranhar-se na busca da compreensão da realidade, reconhecendo o que se apresenta, emaranhado pelo aparente e em suas diferentes dimensões: singular, particular e estrutural.

Todavia, a concretização de modelos paradigmáticos de superação depende das mentes e mãos envolvidas, assim como da interação destas com os demais processos sociais (BREILH, 2011).

2.4.1 A Epidemiologia e seus laços, contratos e contradições com a Saúde Pública e Saúde Coletiva

Serão apresentados a seguir alguns aspectos que subsidiaram uma diferenciação de concepções e práticas em saúde, com destaque para a *physis* da Saúde Coletiva. Conforme Birman (2005), Saúde Pública e Saúde Coletiva ocupam espaços sociais e epistemológicos distintos.

A Saúde Pública, segundo Breilh (2011), concebe saúde e doença de forma empírica, individualizada e biologicista, e direciona suas ações ao controle das doenças pela busca do agente etiológico para a manutenção do potencial de trabalho das massas.

A Saúde Pública (ALMEIDA FILHO, 1989) consolidou o controle das doenças nas sociedades, tendo por fundamento as concepções da Epidemiologia

Clássica⁷ e a teoria da multicausalidade, com conceitos de saúde e doença empíricos, reduzidos ao plano fenomênico e individualizados à causa biológica das doenças.

Segundo Breilh (2010), a metodologia de intervenção, na Saúde Pública, é a empírico-analítico, baseada no positivismo estrutural-funcionalista, tendo como eixo norteador os interesses do Estado, e intimamente ligada ao cenário político, econômico e social do período em questão.

Por sua vez, o discurso da Saúde Coletiva pretende ser uma leitura crítica do paradigma biologicista ao prever a determinação histórica e social do processo coletivo de produção de estados de saúde e doença, pela incorporação do materialismo histórico dialético (MHD) como seu princípio filosófico. Reconhece a importância dos diversos recursos das ciências naturais na investigação e nas práticas sanitárias, mas destaca seu alcance limitado, propondo uma necessária reestruturação das coordenadas no campo da saúde, enfatizando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico (BIRMAN, 2005).

A Saúde Coletiva (BREILH, 2006) parte do pressuposto de que a totalidade de indivíduos não é mera soma das partes, devendo ser consideradas as singularidades, particulares e urgências socio sanitárias dos povos durante as escolhas de intervenções a serem desenvolvidas, ao invés de uma análise do todo como uma unidade homogênea, numérica. Este campo produtor de conhecimentos consolidar-se-á por meio da ação epidemiológica crítica com vistas à conquista do “bem estar e qualidade de vida como pilares da constituição de sujeitos e coletivos saudáveis” (ARREAZA, 2012, p. 1008).

⁷Abordagem quantificadora, biologicista e focada no discurso clínico, que se debruça sobre a doença e os riscos envolvidos para compreensão do fenômeno em estudo. A partir daí, propõe medidas de prevenção que intervêm na causa etiológica e (ou) nos fatores de risco (ALMEIDA FILHO, 1992).

3 METODOLOGIA

Estudo com abordagem qualitativa e cunho exploratório, visto que a interioridade do Processo de Trabalho dos enfermeiros na Vigilância Epidemiológica Hospitalar apresenta nuances ainda não completamente reveladas por outros autores, o que demanda, segundo Tobar e Yalour (2001), maior profundidade investigativa.

Para dar conta do tema e do objeto delimitados optou-se por ancorar o presente estudo na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), a qual tem como fundamentação filosófica o Materialismo Histórico Dialético (EGRY, 1996). Por meio da sua base teórica e filosófica a TIPESC propõe interpretar a realidade na sua constante transformação. Toma a realidade objetiva, aquela que se vê imediatamente, como uma imagem que se estabelece pelas relações existentes nos processos políticos, econômicos, históricos e sociais (FAUSTINO, 2003).

Ao utilizar-se do pensamento dialético como motor, a metodologia de intervenção proposta por Egrý (1996) compreende que a realidade objetiva é constituída pelas três dimensões: singular, particular e estrutural. Na proposição metodológica de intervenção sobre a realidade, a autora prevê cinco etapas, sendo que no presente estudo foram utilizadas as duas primeiras etapas:

- 1) Captação da realidade objetiva;
- 2) Interpretação da realidade objetiva;
- 3) Construção do projeto de intervenção na realidade objetiva;
- 4) Intervenção na realidade objetiva;
- 5) Reinterpretação da realidade objetiva.

A dimensão estrutural é aquela que está representada por processos que ocorrem mais distantes da realidade do indivíduo, representada pelo aparato jurídico-legal da sociedade, assim como pelas políticas públicas de saúde, educação, segurança, entre outras que garantam a vida com dignidade aos indivíduos em uma sociedade. Na dimensão particular encontram-se os perfis epidemiológicos de classe ou de reprodução social. A dimensão singular é percebida nos processos que têm maior proximidade com o indivíduo e compreendem suas formas de organização social, relações de trabalho, acesso a

bens de consumo e vida comunitária (EGRY, 1996; 2011). A figura que segue ilustra as três dimensões:

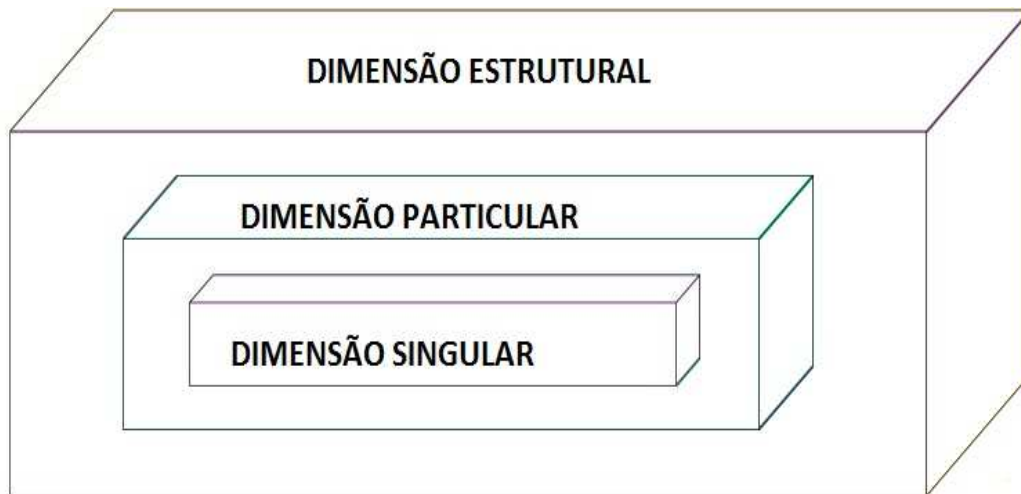


FIGURA 2 – CATEGORIA DIMENSIONAL: INTER-RELAÇÃO ENTRE O ESTRUTURAL, O PARTICULAR E O SINGULAR.
 FONTE: EGRY (2011)

As etapas 1 e 2 dessa proposição metodológica subsidiaram a caracterização das dimensões singular, particular e estrutural dos cenários em que os enfermeiros dos NHES desenvolvem ações de VEH. Os discursos dos sujeitos da pesquisa constituíram os dados primários e compuseram a dimensão singular. Os dados secundários caracterizaram as dimensões particular e estrutural dos cenários, e foram provenientes de pesquisas em documentos oficiais, na página da web de cada instituição hospitalar e em bancos de dados eletrônicos da SESA - PR e do Município de Curitiba.

O roteiro metodológico utilizado foi adaptado de Minayo (2008), com três etapas: exploratória, de trabalho de campo e tratamento dos dados.

3.1 FASE EXPLORATÓRIA

Nessa etapa deu-se a escolha e delimitação do problema de pesquisa, a organização do arcabouço teórico, definição das categorias analíticas, culminando com a pesquisa em fontes secundárias para caracterização e inserção nos cenários.

3.1.1 Categorias analíticas. Saberes Ideológicos e Saberes Instrumentais.

As categorias analíticas propostas foram Saberes Ideológicos e Instrumentais, com a intencionalidade de ampliar o olhar sobre as diferentes dimensões da realidade apresentada, e assim otimizar a aplicação do referencial teórico adotado, visão compartilhada por Chaves (2010).

3.1.2 Dados secundários

Os contatos da pesquisadora com os cenários do estudo e com os enfermeiros dos NHES durante a tramitação do projeto nos Comitês de Ética, bem como durante sua atuação profissional, contribuíram para a busca dos dados secundários sobre o cenário Municipal e sobre as instituições hospitalares. Essas informações foram imprescindíveis à caracterização das dimensões estrutural e particular que compõem a realidade objetiva do estudo.

Os dados para caracterização do município de Curitiba, onde se encontram os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, foram provenientes de pesquisa no *site* oficial e em outros *sites* da *internet*, sendo consultados documentos legislativos, informativos e censitários.

Os dados para a caracterização dos hospitais foram coletados nos *sites* das instituições, e organizados em um quadro, com o objetivo de se verificar o tipo e volume das informações obtidas em cada um dos cenários. Após este tratamento inicial dos dados foram retiradas informações obtidas que não se relacionavam com o estudo, assim como foram buscados dados em outros bancos de dados públicos para permitir a padronização das informações.

Tipo de informação	HUEC	HPP	HT	HC	HUC
Fundação e histórico	X	X	X	X	X
Natureza da Organização	X	X	X	X	X
Tipos de serviços prestados	X	X	X	X	X
Área física	X	X	-	X	X
Número e tipos de leitos	X	X	X	X	X
Volume de atendimentos	X	X	X	X	X
Informações sobre o NHE	-	X	X	X	-

QUADRO 2 – INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS PROVENIENTES DAS *HOME PAGES* INSTITUCIONAIS, CURITIBA, 2012
 FONTE: A Autora (2012).

3.2 FASE DO TRABALHO DE CAMPO

A etapa de trabalho de campo envolveu a coleta de dados primários, realizada no período de 21 de março a 11 de maio de 2012, mediante entrevista aberta e gravada em todas cinco instituições hospitalares que têm Núcleo Hospitalar de Epidemiologia na cidade de Curitiba (PR), junto a nove enfermeiros que atuam em Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Foi solicitado a esses profissionais que descrevessem uma semana típica de trabalho e (ou) relatassem situações inusitadas que tivessem vivenciado, nas quais tivessem se apropriado da Epidemiologia como base teórica para enfrentamento do cotidiano.

Para o recrutamento dos sujeitos e realização das entrevistas, foi realizado contato telefônico e por meio eletrônico, conforme condições constantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados mediante

entrevista aberta (APÊNDICE 1), e a caracterização dos nove sujeitos foi feita mediante questões estruturadas (APÊNDICE 2).

Após cada entrevista, os dados em áudio foram transferidos para o computador, e a seguir efetuada transcrição literal em arquivo *word*, pela própria pesquisadora. Para isso, foi utilizado *fone* de ouvido, como forma de assegurar maior proximidade com as falas dos sujeitos, e procedeu-se à audição exaustiva de cada gravação, a curtos períodos, para captação fiel das expressões e pausas comuns aos discursos. Ao final de cada transcrição, a pesquisadora efetuou sua leitura concomitantemente à audição do respectivo discurso, alterou expressões não fiéis aos discursos originais e incluiu observações necessárias à elucidação do sentido de algumas falas.

O agrupamento inicial das falas foi por instituição, de modo a facilitar a compreensão dos contextos em que foram proferidos, e a seguir essa forma de organização deu lugar ao agrupamento de fragmentos de discursos por categorias e subcategorias empíricas, quando os sujeitos foram codificados de forma sequencial como **E1** a **E9** para que não pudesse haver correlação com a instituição a que se referiam, o que possibilitou a fase de tratamento dos dados, descrita a seguir.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A disponibilidade e concordância dos profissionais enfermeiros atuantes em núcleos hospitalares de Epidemiologia foi condição para a participação no estudo. O contato profissional prévio da pesquisadora com aqueles profissionais, na forma de reuniões periódicas promovidas pelas secretarias Municipal e Estadual de saúde, bem como a apresentação dos objetivos e breve descrição da metodologia da pesquisa no momento da solicitação da carta de concordância da chefia de cada Núcleo em participar da pesquisa, contribuíram para o recrutamento dos sujeitos.

Ainda, ao retornar às instituições, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o n.º 0110.0.091.091-11, a pesquisadora já obteve das referidas instituições suas declarações de coparticipantes do estudo.

Foram garantidas todas as informações aos participantes durante todo o período de pesquisa, e para manutenção do seu anonimato, os dados coletados mediante entrevistas não foram identificados, e sim codificados de forma aleatória como **E1** a **E9**, independentemente da instituição de vínculo.

Os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, cenários da pesquisa, possuíam estrutura física necessária para a realização do estudo – espaço reservado para entrevistas individuais. Contudo, algumas ocorreram em locais externos ao de trabalho, por opção dos sujeitos, em dias e horários por eles determinados, e com isso puderam ser minimizados eventuais riscos e desconfortos durante a coleta dos dados.

3.4 FASE DE TRATAMENTO DOS DADOS

Foram identificadas frases temáticas presentes em cada um dos discursos, mediante leitura exaustiva, a partir da qual foram construídas duas categorias empíricas, com finalidade classificatória, conforme descrito por Minayo (2008). A finalidade foi abranger conceitos semelhantes, pois a captação dos núcleos de sentido dos discursos proferidos foi o que permitiu a análise aprofundada do material.

CATEGORIAS EMPÍRICAS	SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS
O Processo de Trabalho do enfermeiro no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização do Processo de Trabalho no NHE 2. Visibilidade do trabalho do NHE na instituição hospitalar 3. Atividades do enfermeiro no NHE 4. Instrumentos do trabalho 5. Técnicas e relacionamento como instrumentos para a intervenção junto às equipes na instituição 6. Intervenção interinstitucional
Os saberes para o trabalho em Vigilância Epidemiológica Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os saberes para a intervenção junto ao usuário; 2. Os saberes para a intervenção junto à família do usuário; 3. Os saberes para a intervenção junto a serviços e equipes do hospital; 4. Os saberes para a intervenção junto a grupos populacionais; 5. Os saberes para a intervenção interinstitucional.

QUADRO 3 – CATEGORIAS EMPÍRICAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS, CURITIBA, 2012
 FONTE: A Autora (2012)

A primeira categoria empírica, Processo de Trabalho, apresentou seis subcategorias: Organização do Processo de Trabalho no NHE; Visibilidade do trabalho do NHE na instituição hospitalar; Atividades do Enfermeiro no NHE; Instrumentos do trabalho; Técnicas e relacionamento como instrumentos para a intervenção junto às equipes na instituição e por fim a Intervenção interinstitucional.

A segunda, Saberes para o Trabalho em VEH, apresentou cinco subcategorias: Saberes para a intervenção junto ao usuário; Saberes para a intervenção junto à sua família; Saberes para a intervenção junto a serviços e equipes do hospital; Saberes para intervenção junto a grupos populacionais; e Saberes para a intervenção interinstitucional.

Os dados primários foram analisados por meio da Análise de Discurso, na qual se reconhece o discurso como prática social dos sujeitos da pesquisa. Conforme descrito por Faustino (2003), a partir dos discursos foram identificadas frases temáticas, organizadas posteriormente por categorias e subcategorias empíricas, convergentes ao referencial teórico e às categorias analíticas selecionadas e detalhadas na fase exploratória da pesquisa.

Na visão de Fiorin (2007), o falante, ao proferir seu discurso, materializa seus valores, carências, desejos, explicações e racionalizações, oriundas de sua formação social. Daí depreendem-se aspectos culturais, contextuais e intencionais, muitas vezes não implícitos no discurso do sujeito, mas afinados com o ambiente

sócio-histórico, institucional e profissional em que esse discurso foi proferido (MACEDO *et al.*, 2008).

Segundo Brandão (2004, p. 77), esse sujeito é histórico e ideológico, visto que sua fala representa um tempo histórico e um espaço social, denominada pelo autor de formação ideológica. Por sua vez, Fiorin (2007, p. 32) completa que: “uma formação ideológica impõe o que pensar [...] e uma formação discursiva determina o que dizer”.

Dessa forma, para fins deste estudo, após as etapas de pré-análise, exploração e tratamento dos dados provenientes das entrevistas, foi interpretado o sentido, e não o conteúdo dos discursos dos enfermeiros. Com isso, as unidades de significação foram formuladas a partir de ideologia, história e linguagem (CAREGNATO e MUTTI, 2006), e foram captadas, a partir de fragmentos dos discursos dos sujeitos, as continuidades e rupturas que delimitam suas práticas discursivas.

Esses dados foram classificados em categorias empíricas, e a seguir analisados à luz das categorias analíticas, Saberes Ideológicos e Instrumentais, com base na interpretação da pesquisadora à luz do referencial teórico balizador.

A análise dos dados obtidos a partir das questões estruturadas foi feita por meio de digitação em planilha eletrônica, seguida da adoção do recurso intitulado planilha dinâmica, para melhor visualização das realidades encontradas.

Os dados secundários foram organizados na forma de quadro, para facilitar a visualização e correlação com o referencial metodológico, além de permitir a padronização da relevância, tipo e volume das informações obtidas nas diversas fontes.

4 RESULTADOS

4.1 MUNICÍPIO DE CURITIBA

Neste estudo, mesmo que a VEH seja uma política pública de âmbito nacional, e esteja sob regência da Secretaria Estadual de Saúde, a cidade de Curitiba foi considerada como cenário estrutural, por ser o local de inserção de todos os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia que compõem o estudo.

A referência aos NHES cabe ao nível municipal, por meio dos distritos sanitários, responsáveis pela orientação, acompanhamento e supervisão das ações de Vigilância Epidemiológica desencadeadas em cada Núcleo de Epidemiologia. Atualmente, três distritos sanitários atuam junto aos NHES, e a maior concentração de hospitais está na região central, motivo que corrobora para que o Distrito Sanitário Matriz seja o responsável pelo acompanhamento de três hospitais, cabendo os outros dois aos Distritos Sanitários do Portão e Santa Felicidade.

Curitiba é a Capital e a maior cidade do Estado do Paraná, com 1.751.907 habitantes, que representam 16,77% da população do Estado, estimada em 10.444.526 habitantes, conforme dados censitários do IBGE em 2010 (IPPUC, 2012).

Curitiba está no 4º lugar no ranking das cidades de maior Produto Interno Bruto, com base no PIB de 2008, e sua economia está baseada na indústria e no comércio, sendo considerada a principal cidade na Região Sul (IPPUC, 2012). Conforme dados do Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba alcançou a meta de um dígito, reduzindo a mortalidade infantil para 9,86/1000 nascidos vivos em 2008 e em 2009 atingiu o menor coeficiente da história da cidade com 8,96 óbitos infantis por mil nascidos vivos, uma redução de 46,2% nos coeficientes de mortalidade infantil no município de 1998 para 2009 (CURITIBA, 2010).

O município, atualmente, conta com 09 regionais administrativas, ou distritos sanitários, que congregam 75 bairros, atendidos por 121 Unidades Básicas de Saúde (IPPUC, 2012).

4.2 NÚCLEOS HOSPITALARES DE EPIDEMIOLOGIA EM CURITIBA

Conforme dados obtidos a partir do CNES, existem 38 hospitais gerais na Cidade de Curitiba, dos quais seis prestam atendimento integral ao SUS e 15 destinam àquele sistema parte dos seus atendimentos, totalizando 21 instituições hospitalares. Dentre elas, sete estão cadastradas como “Hospital de Ensino” (CNES, 2012).

Natureza da Organização	N.º de Instituições
Empresas privadas	08
Entidades beneficentes sem fins lucrativos	08
Administração direta da Saúde, por SMS, SESA e MS	03
Administração indireta por Fundação Pública	01
Administração indireta por autarquias	01

QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS DE CURITIBA QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO SUS POR NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO, CURITIBA, 2012
 FONTE: CNES, 2012.

Conforme prerrogativas da SESA para implantação de VEH mencionadas anteriormente, na atualidade cinco instituições têm Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, sendo que duas atendem a usuários de convênios diversos e pelo SUS, e três atendem exclusivamente o SUS.

De acordo com a avaliação realizada pela SESA PR entre os anos de 2007 e 2008, baseada na análise de relatórios e visitas de técnicos do órgão aos NHES do Paraná, constatou-se na maioria das instituições que o espaço físico era compartilhado entre SCIH e NHE, o que foi considerado positivo, pela possibilidade de atuação conjunta e agilidade na detecção das doenças de notificação compulsória (PARANÁ, 2008).

Em relação ao aporte quantitativo e qualitativo de trabalhadores que compunham as equipes dos NHES, nos anos de 2007 e 2008 apenas alguns profissionais detinham experiência na área, como Curso Básico de Vigilância Epidemiológica e (ou) treinamento para realização de análise de dados, e inexistiam profissionais de nível médio e administrativo em alguns serviços.

Em termos quantitativos, já era referido déficit quantitativo e de profissionais com preparo técnico, razão pela qual havia dificuldades para a realização de busca ativa (PARANÁ, 2008), além do fato de que nem todos os serviços contavam com uma rotina regular de consolidação e (ou) processamento de dados, entre elas a de digitação no banco de dados SINAN (Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação).

Segundo informações da SESA (PARANÁ, 2008), sobre as atividades realizadas pelos profissionais dos NHES, foram mencionadas em relatório: detecção, notificação e investigação de agravos e doenças de notificação mediante a busca ativa e também notificação passiva de setores como pronto-socorro, unidades de internação, ambulatórios, laboratórios clínicos e de anatomia-patológica e farmácia. Os instrumentos utilizados na busca ativa eram prontuários e fichas de notificação e investigação. Os NHES de algumas instituições, conforme a avaliação estadual, já haviam implantado programas de capacitação, treinamento e pós-graduação em epidemiologia e saúde coletiva, voltados a estudantes e profissionais do próprio hospital (PARANÁ, 2008).

Interessante registrar que, a exemplo da constituição e regulamentação de qualquer Política Pública, dificuldades sempre surgem, conforme relato da SESA sobre a implantação dos NHES no Estado:

[...] No processo de implantação dos NHE, registram-se momentos de avanços e retrocessos, influenciados por fatores contextuais. Na maioria deles, constata-se deficiência na estrutura física e material, comprometendo sua operacionalização. Os principais entraves relacionam-se a não contratação de recursos humanos, falta de capacitação, insuficiente investimento na estrutura física e material e pouca visibilidade por parte dos gestores em relação ao papel dos núcleos. (PARANÁ, 2008, p. 12).

A menção aos percalços na implantação da VEH no município contribuiu para a análise dos dados provenientes dos discursos dos sujeitos, vinculados a realidades heterogêneas, como se verá adiante.

4.2.1 Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Foi fundado em 1943, a partir da iniciativa de alguns pastores da igreja evangélica com o propósito de atender às demandas locais da população.

Considerado o maior hospital privado e de caráter filantrópico do Estado, o Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) atua em parceria com órgãos públicos por meio de convênios federais, estaduais e municipais para atendimento à população do Paraná, e serve como campo de ensino para graduandos e pós-graduandos de diversas áreas do conhecimento. Com uma área física de 43.694 metros quadrados, 660 leitos para atendimento hospitalar e 30 leitos para maternidade, o complexo hospitalar oferece atendimento a mais de um milhão de pessoas por ano (HUEC, 2012).

Seu Núcleo Hospitalar de Epidemiologia funciona em sala própria, realiza busca ativa diária em todos os setores do hospital, acompanhando a Rede de Proteção da Criança e de Adolescente e auxiliando na avaliação dos óbitos infantis e de mulheres em idade fértil bem como realizando a notificação passiva das DNC (PARANÁ, 2008).

4.2.2 Hospital Infantil Pequeno Príncipe

No início do século XX, na cidade de Curitiba, a prestação de cuidados às crianças carentes do município era organizada por um grupo de mulheres e realizada por médicos e líderes comunitários (HPP, 2012). Em 1930 foi criado o Hospital de Crianças Dr. Cesar Pernetta, que na década de 1970 foi reinaugurado como Hospital Pequeno Príncipe (HPP), considerado hoje um grande complexo hospitalar de referência nacional e internacional nos cuidados prestados à criança e ao adolescente. (HPP, 2012).

Três edifícios principais e quatro anexos formam o Complexo Hospitalar, que ocupa uma área superior a 17 mil metros quadrados. Atende a pacientes do SUS, convênios e particulares, congregando as mais variadas especialidades. Dispõe de serviços especializados para diagnóstico e 390 leitos para internação.

Sua rede ambulatorial e de internação contou com mais de 320 mil atendimentos e 22 mil internamentos no ano de 2010 (HPP, 2012).

Conforme informações disponíveis na *home page* da instituição, o Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar congrega o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), executor das atividades da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e suas atividades destinam-se à redução das taxas de IH, tempo de hospitalização e custos, e devem ser capazes de refletir a qualidade dos processos assistenciais das instituições.

4.2.3 Hospital Do Trabalhador

Construído em 1947, a princípio com o objetivo de abrigar uma escola agrícola, o Hospital do Trabalhador (HT) foi inicialmente o Sanatório Médico Cirúrgico do Portão, em virtude do aumento de casos de tuberculose no período (H.T., 2012a).

Em 1997 uma parceria com a SESA/SMS/UFPR/FUNPAR foi estabelecida e o hospital se reorganizou, passando a denominar-se – Hospital do Trabalhador (HT), integrando a rede pública estadual de saúde, como referência no atendimento ao trauma e à saúde do trabalhador. A partir de 2005 o HT foi reconhecido pelo Ministério da Saúde e Educação como Hospital de Ensino.

Atualmente, dispõe de 202 leitos para internações, divididos entre clínicas, sendo 60 leitos destinados ao atendimento de trauma. Ainda, oferece atendimento ambulatorial à Saúde do Trabalhador. No ano de 2011, segundo dados fornecidos no site da instituição, foram atendidos mais de 616 pacientes por mês (H.T., 2012b).

O Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar cumpre ações de garantia da qualidade da assistência hospitalar e Vigilância Epidemiológica, bem como imunoprofilaxia, por meio de uma Unidade de Imunobiológicos, para profissionais e pacientes. Desempenha atividades de Vigilância Epidemiológica, de infecções hospitalares, Hospital Sentinela de Vigilância de Acidentes e Violências e ainda atividades de capacitação em serviço e promoção de campanhas educativas sobre saúde. (H.T.,2012c).

4.2.4 Hospital de Clínicas

Oficialmente inaugurado pelo presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, em 1960, teve funcionários contratados somente no ano seguinte, já no governo do presidente Jânio Quadros.

Maior Hospital público no Estado, e o terceiro em nível nacional, é uma instituição de nível terciário, ligada à Universidade Federal do Paraná (HC, 2011).

Foi pioneiro em serviços como o de Diagnóstico de Doenças Neuromusculares (1972), no primeiro transplante de medula óssea da América Latina, em 1979, transplante hepático intervivos em adultos (1991), Banco de Ossos e Tecidos Músculo-Esqueléticos, em 1998, e muitos outros serviços e procedimentos (HC, 2011).

Com 63 mil metros quadrados de área construída, tem 510 leitos, 261 consultórios e atende uma média/mês de 61 mil (60.920) pacientes, com 1.464 internações e 837 cirurgias. Além das atividades assistenciais, é reconhecido também pelas atividades de ensino, pesquisas e extensão que desenvolve. (HC, 2012).

Seu Núcleo de Epidemiologia foi inaugurado em 2004; é pioneiro entre os hospitais do Estado do Paraná desenvolvendo atividades relativas à Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação obrigatória dos casos atendidos no Hospital, acompanhamento dos fluxos internos e qualidade do registro de informações dos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos no HC. Ainda, atua no Registro Hospitalar de Câncer (RHC), organiza campanhas de vacinação junto a colaboradores e exerce atividades de apoio ao ensino, à pesquisa e extensão, voltadas às informações de interesse epidemiológico, além de ser campo de estágio e aulas práticas de estudantes de graduação (HC, 2012).

4.2.5 Hospital Universitário Cajuru

Fundado em 1958 pertenceu à União dos Ferroviários até 1977, sendo então adquirido pela então Universidade Católica do Paraná, atual PUC PR. Foi

certificado como hospital escola em 1993, pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) (HUC, 2012).

O Hospital Universitário Cajuru (HUC) é um hospital geral, privado, filantrópico e de ensino e que atualmente atende exclusivamente a pacientes do SUS, com o qual, desde 2005, tem compromissos quanto ao cumprimento de metas assistenciais, de gestão, controle de custos, ensino e pesquisa e humanização (HUC, 2012). Sua ênfase está no Atendimento ao Trauma e Emergência, onde se destaca como um dos melhores e maiores da Região Sul do Brasil (Paraná Online, 2012).

Possui uma área de aproximadamente 21.000 metros quadrados e conta com 300 leitos, dentre eles leitos de Terapia Intensiva (UTI) e de cuidados intermediário. (HUC, 2012). O Pronto socorro é a principal porta de entrada dos pacientes, além de servir como retaguarda para um Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM). Seu atendimento ambulatorial destina-se a pacientes do SUS com diversas especialidades médicas para continuidade da assistência dos pacientes atendidos no Pronto Socorro (HUC, 2012).

Por se tratar de uma instituição de ensino, há ainda residentes em treinamento e estudantes dos cursos da área de saúde como medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia, odontologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia, dentre outros. (HUC, 2012).

Conforme dados da SESA (PARANÁ, 2008), o NHE utiliza sala compartilhada com a CCIH, e realiza busca ativa diária de casos suspeitos de DNC, investigação e notificação de eventos de interesse sanitário. Para isso, conta com a parceria de serviços do hospital, entre eles com o laboratório.

4.3 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

A primeira categoria empírica, *Processo de Trabalho*, apresentou seis subcategorias: *Organização do Processo de Trabalho no NHE*; *Visibilidade do trabalho do NHE na instituição hospitalar*; *Atividades do Enfermeiro no NHE*;

Instrumentos do trabalho; Técnicas e relacionamento como instrumentos para a intervenção junto às equipes na instituição e por fim a Intervenção interinstitucional.

Sobre os sujeitos deste estudo e dos processos de trabalho que a seguir serão analisados a partir dos dados de identificação do instrumento de coleta de dados, constatou-se que dos nove entrevistados, quatro trabalham em três hospitais que prestam serviços exclusivamente ao SUS, e cinco estão distribuídos em outros dois hospitais que têm como característica atender a convênios diversos e ao SUS. Dessa forma, destaca-se que o maior número de enfermeiros entrevistados está concentrado nos hospitais que têm atendimento misto - SUS e convênios.

Entre os nove enfermeiros, cinco têm idades entre 20 e 30 anos, e figuram entre os profissionais que atuam na área de Vigilância Epidemiológica Hospitalar em períodos que variam de menos de um ano a três anos. Entre os demais enfermeiros, quatro têm idade maior que 30 anos, com atuações em núcleos hospitalares de epidemiologia há mais de três anos, como se vê no gráfico:

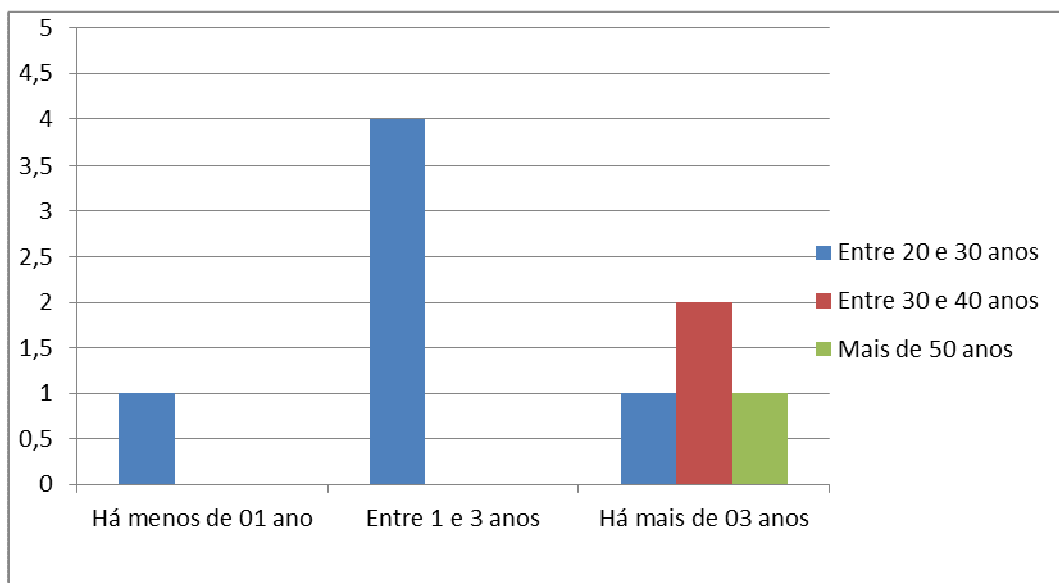


GRÁFICO 1 – RELAÇÃO ENTRE TEMPO DE ATUAÇÃO NOS NHES E A IDADE DOS ENFERMEIROS, CURITIBA, 2012.

FONTE: A Autora (2012)

Em relação ao treinamento específico para a atuação nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), aqui considerado como a participação dos enfermeiros em cursos e oficinas promovidos pelas esferas municipal, estadual e federal de governo no âmbito da Vigilância Epidemiológica hospitalar, apenas dois profissionais referiram ter feito curso de capacitação. Entre os demais, quatro

referiram ter sido preparados para suas funções por meio da experiência de colegas da instituição, e um enfermeiro citou a experiência assistencial em hematologia como preponderante para o bom desempenho no Registro Hospitalar de Câncer, uma das atividades do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.

Dois enfermeiros, respectivamente, mencionaram a participação em reuniões nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e o desenvolvimento de estágio curricular/elaboração de monografia na área como preponderantes para sua atuação em VEH.

Um dos enfermeiros manifestou claramente seu interesse em envolver-se pessoalmente no preparo técnico de cada profissional da sua área admitido para o trabalho no Núcleo de Epidemiologia. Relatou que esta seria uma forma de evitar o desgaste sofrido por ele na implantação do Núcleo de Epidemiologia da instituição onde trabalha, pois teve de fazê-lo sem qualquer preparo ou experiência.

Convergente com essa posição, um dos sujeitos da pesquisa, **E9**, ressaltou o quanto o preparo técnico para as ações do NHE faz falta, especialmente quando ocorrem, durante a atuação na vigilância, situações inusitadas que requerem ações imediatas.

Cinco enfermeiros afirmaram ter concluído algum tipo de especialização *latu sensu*, sendo que quatro foram cursos de especialização na área de Epidemiologia, um *stricto sensu* nível mestrado e dois enfermeiros estão em fase de qualificação por meio de curso de especialização. Isso evidencia tendência à busca pelo aprimoramento profissional por parte dos profissionais atuantes em Vigilância Epidemiológica, visto que, de um universo de nove, seis já se especializaram ou estão em vias de concluir algum curso.

Nos discursos encontraram-se detalhamentos do Processo de Trabalho dos enfermeiros em Vigilância Epidemiológica Hospitalar, conforme se apresenta a seguir. E, na sequência, também com base nos discursos, evidenciam-se os saberes para o trabalho do enfermeiro na VEH.

Inicialmente, o Processo de Trabalho do enfermeiro em Vigilância Epidemiológica Hospitalar será detalhado, e na sequência os saberes para o trabalho, com base nos fragmentos dos discursos analisados.

4.3.1 Organização do Processo de Trabalho no NHE

Durante a análise dos discursos, evidenciou-se a importância atribuída pelos enfermeiros à organização do Processo de Trabalho em VEH. Em todos os discursos estiveram presentes aspectos relacionados à periodicidade, forma como têm sido feitas as buscas das doenças de notificação compulsória nos diversos setores das instituições hospitalares pelos enfermeiros dos NHES, divisão das atividades entre os profissionais, e particularidades acerca dos fluxos de envio de amostras de materiais para apoio diagnóstico nos laboratórios de análises clínicas.

Nas cinco instituições pesquisadas, foram observadas diferenças em relação ao que os enfermeiros consideram ser de sua responsabilidade e ao que delegam a outros setores e a outras categorias profissionais. Exemplo disso foi a coleta de amostras para exames laboratoriais e o cadastro delas em sistema próprio de gerenciamento de amostras enviadas ao Laboratório Central do Estado (LACEN). A execução dessas atividades não parece ser atribuição do Núcleo, pois cabe a este a sua supervisão. No entanto, constatou-se nos discursos que em duas das instituições essas questões operacionais ocuparam boa parcela do tempo dos profissionais do Núcleo de Epidemiologia.

Quanto à relação entre o Serviço de Controle de infecção (SCIH) e o Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (SEH), em três instituições os dois serviços compartilham o mesmo espaço, e nelas divergem tanto as nomenclaturas para a forma como o Serviço é conhecido quanto o grau de entrosamento para o desenvolvimento das ações de Controle de infecção Hospitalar e Vigilância das doenças de notificação compulsória, componentes do Processo de Trabalho do enfermeiro.

Em dois discursos, os enfermeiros **E1** e **E2**, em consonância com a Portaria n.º 2616/98 (BRASIL, 1998), vêem claramente a importância da integração entre a vigilância das doenças de notificação compulsória e das infecções hospitalares, e foi recorrente o termo “unidade” na descrição da relação entre SCIH e VEH. Ficaram evidentes nos discursos os benefícios que essa parceria traz ao Processo de Trabalho.

Nos discursos de seis sujeitos foram identificadas tentativas de estabelecimento de diferenças entre o trabalho de Vigilância Epidemiológica

Hospitalar e o de Controle de Infecção hospitalar, conforme se observa nas falas a seguir.

[...] O SCIH é bem mais antigo, o Núcleo de Epidemiologia veio depois, em 2006., sempre tem a confusão com o SCIH, [...] a gente sempre faz questão de esclarecer a diferença, principalmente porque a gente encabeça as campanhas de vacinação...(E4);

[...] a gente já fala que são do Núcleo de Epidemiologia as doenças de notificação, e do SCIH as bactérias multirresistentes. (E5).

Nos discursos, foram referidas dificuldades para a execução das ações em virtude de inúmeras atividades e cobranças. Em alguns momentos os sujeitos indicam o privilégio das atividades de Controle de Infecção em detrimento das de Vigilância Epidemiológica, e vice-versa:

[...] não sou exclusiva da Epidemiologia, mas quando tem bastante demanda, deixo um pouquinho de lado o Controle de Infecção. (...) [...] às vezes é um pouco complicado porque a Epidemiologia demanda muito tempo, se deixar, a semana toda (...) (E2 .

[...] é complicado, porque se a minha colega for fazer só Epidemiologia, não tem quem faça atividades do SCIH comigo, sozinha não tem jeito, o fluxo é muito grande (E9).

Isso ocorre pelo próprio risco de disseminação de muitas doenças de notificação compulsória no ambiente hospitalar, e a conseqüente demanda de vigilância sobre as ações preventivas e de controle para estas. Conquanto, mesmo nas instituições em que foi referida unidade nas ações entre VEH e Controle de Infecção, surgiram ressalvas no desenvolvimento das ações conjuntas.

[...]eu acho que se fossem separados, talvez eu conseguisse fazer um trabalho (de VEH) muito melhor.(E8).

Ainda com relação à organização do trabalho, destaca-se que oito sujeitos (**E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9**) referiram sobre o grau de participação e responsabilidade dos estagiários. Em três discursos eles figuraram como auxílio em parte das atividades diárias, como coadjuvantes que têm o Núcleo de Epidemiologia como campo de aprendizado. No discurso dos outros cinco sujeitos percebeu-se delegação de atividades e responsabilização dos estagiários pela Vigilância Epidemiológica em Unidades de Terapia Intensiva, digitação de fichas epidemiológicas e entrevistas com pacientes e familiares para preenchimento de fichas de notificação. Acredita-se que isso esteja ocorrendo pelas características destes serviços, motivado pelo déficit de pessoal e pressão institucional para que os enfermeiros dediquem-se exclusivamente ao Controle de Infecção Hospitalar, conforme apontaram em suas falas.

*[...] a partir do momento em que a estagiária entrou, a gente está nesse processo que praticamente é só uma enfermeira de 6 horas para todo o hospital para fazer controle de tudo (...) acho errado passar as minhas tarefas para a estagiária. (...) eu sofro muita pressão, de deixar a Epidemiologia de lado e fazer mais CCIH (**E8**).*

Em consonância com o exposto, os enfermeiros referiram nos discursos que nem sempre podem ler e digitar as fichas epidemiológicas de violência no SINAN, devido ao grande volume de atendimento na instituição.

*[...] e com esse quadro funcional do setor, a gente não tem como digitar, porque são em grande quantidade (**E8**).*

*[...] A gente só faz a coleta dessas fichas e reencaminha para o Distrito. Dificilmente a gente lê essas notificações, só quando dá tempo. [...] A gente não tem atenção nenhuma em cima disso. (**E9**)*

A não digitação das fichas de violência constituiu um dos exemplos de atribuição de menor importância para atividades do Núcleo de Epidemiologia em comparação com a recebida pelas atividades de Controle de Infecção. O privilégio

de algumas atividades sobre outras estendeu-se também a outras subcategorias presentes nesse trabalho, que serão apresentadas oportunamente.

Em cinco discursos o grau de interação entre os enfermeiros e as respectivas chefias médicas apareceu vinculado ao tipo e à frequência de momentos reservados para reuniões internas dos serviços: em dois discursos, **E3** e **E8**, os enfermeiros mencionaram a ausência / desatenção por parte das chefias médicas acerca das atividades do Núcleo de Epidemiologia. Contudo, em outros três discursos, **E1**, **E2** e **E6**, percebeu-se tendência ao equilíbrio entre as atividades de Controle de Infecção Hospitalar e as atividades de Vigilância Epidemiológica.

Contraditoriamente, os emissores dos discursos que referiram menor envolvimento das chefias na Vigilância Epidemiológica, **E3** a **E5**, foram os mesmos sujeitos que disseram condicionar à notificação epidemiológica tanto o envio de amostras ao Laboratório Central do Estado quanto a liberação de algum resultado de exame:

[...] notificam quando precisam de alguma coisa, (...) normalmente quando a notificação está atrelada à liberação de medicação de bloqueio para meningite e requisição de algum exame (E4);

[...] Nefrologia sabe o trabalho que a gente faz, porque eles dependem da gente para encaminhar os PCRs.(E5).

E assim, os discursos dos sujeitos exemplificaram as múltiplas faces do Processo de Trabalho nos NHES, e suas peculiaridades nas cinco instituições estudadas.

4.3.2 Visibilidade do trabalho na instituição hospitalar

Na subcategoria *Visibilidade do Trabalho na instituição Hospitalar*, o volume crescente de notificações espontâneas por profissionais de saúde foi associado, por três sujeitos, a uma avaliação positiva da visibilidade do Núcleo de Epidemiologia na instituição, conforme aponta o discurso a seguir.

[...] o pessoal procura bastante pela Epidemiologia aqui, (...) a gente percebe reconhecimento pelo trabalho fazendo Epidemiologia (E2).

Foram evidenciadas estratégias para melhoria da imagem do Núcleo, como o desenvolvimento de campanhas de vacinação, presente em dois discursos:

[...] essa visibilidade do Núcleo só melhorou muito com a vacinação, porque daí a gente trabalhou com prevenção (...) (E5);

[...] Na campanha de vacinação anual contra influenza, a gente aproveitou também para tentar divulgar o setor, para fazer uma campanha explicativa a respeito das hepatites virais, atrelada à imagem do núcleo (E3).

Três enfermeiros citaram a participação em pesquisas clínicas e a oferta de campo de estágio como processos favoráveis para o fortalecimento do Núcleo de Epidemiologia.

Nos discursos, os entrevistados relataram a sua participação direta ou do médico da equipe do Núcleo de Epidemiologia na formação de estudantes dos níveis de formação técnico, graduação e especialização. Quanto às atividades desenvolvidas com a participação do médico do Núcleo, foram citados os momentos de palestras sobre Vigilância Epidemiológica no início dos programas de residência e, ainda, o acompanhamento de estágio de enfermeiras de um curso de especialização.

Contudo, dois entrevistados observaram que no treinamento ministrado pelo Núcleo de Epidemiologia foi dada maior ênfase para assuntos de Controle de Infecção Hospitalar, e entre os discursos destacaram-se:

[...] Ao longo do tempo, as reuniões de orientação junto aos departamentos médicos não são sobre Epidemiologia, são mais voltados ao Controle de Infecção (E9);

[...] o treinamento que a gente faz mais é para a Enfermagem, daí abordando mais assuntos de CCIH mesmo, como precauções (...) (E8).

Outro ponto atribuído como indicativo de visibilidade, identificado em cinco discursos, foi a oferta de maior ou menor tempo para a equipe do Núcleo de Epidemiologia em reuniões e encontros de capacitação para colaboradores nas instituições. Novamente, o motivo de insatisfação, presente em quatro discursos, foi a insuficiência do tempo disponibilizado para tais atividades:

[...] em toda integração para novos colaboradores a gente tem 15 minutos. Muito pouco (E6);

[...] quando os residentes iniciam a residência no Hospital, a responsável pelo Núcleo de Epidemiologia faz uma aula de 20 minutos, e ela tem que abordar quinhentas mil coisas (...)(E8).

Mesmo com a disponibilidade de tempo atribuída para o Núcleo de Epidemiologia, o entrevistado **E8** ressaltou ser esse tempo de treinamento priorizado para assuntos do Controle de Infecção, convergente com a própria cobrança, já citada anteriormente, de privilégio das ações de Controle de Infecção sobre as de Vigilância Epidemiológica:

[...] o treinamento que a gente faz mais é para a Enfermagem, daí abordando mais assuntos de CCIH mesmo, como precauções (...)(E8).

Esse aspecto foi recorrente nas falas dos entrevistados. Os enfermeiros citaram como espaços para discussão de assuntos de Vigilância Epidemiológica: reuniões com equipes, serviços, departamentos, e inclusive com as Diretorias de cada instituição. De 06 enfermeiros, 2 (dois) denotaram maior ênfase à discussão de assuntos de Controle de Infecção.

Nesses cenários, puderam ser correlacionados os poucos fóruns para discussão de assuntos pertinentes à Vigilância Epidemiológica com menor visibilidade e apoio ao desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

*[...] Com a Direção tem reunião pelo menos a cada **6 meses**, pelo menos (E4).*

A partir dessa fala, emergiram as relações entre política de contratação de profissionais e a visibilidade das ações do Núcleo de Epidemiologia, em que pese o papel de responsabilidade atribuído aos estagiários no Processo de Trabalho de algumas instituições, já mencionados em subcategoria anterior.

Ainda com relação à visibilidade, os discursos evidenciaram a necessidade de maior atenção a ações de divulgação dos dados. Um dos enfermeiros comentou estar no planejamento da instituição a divulgação dos dados epidemiológicos para 2013, e quatro enfermeiros referiram divulgação periódica de dados, no mínimo anual, como devolutiva aos notificadores. Contudo, um dos sujeitos mencionou que:

[...] a divulgação, com maior frequência, não faz diferença, porque o trabalho continua igual (...)(E3).

Outros dois enfermeiros reafirmaram a importância na divulgação das atividades de VEH:

[...] Eu gosto muito de divulgar o Serviço, eles conseguem conhecer a gente, são essas oportunidades que a gente tem (E5);

[...] Eu acho que quando a gente apresenta os dados e principalmente a análise, a gente conquista um espaço com aquela equipe. [...] eu vejo que tem um respeito, porque no começo eu sentia que eles não achavam razão no meu trabalho, (...) embora trabalho administrativo, eles conseguem ver que a gente faz análise, é um trabalho contínuo e sério (E7).

De forma geral, a importância atribuída pelos sujeitos à divulgação do seu trabalho na Vigilância Epidemiológica Hospitalar indica um longo caminho a ser percorrido para o reconhecimento dessas práticas nas instituições, e o entusiasmo dos seus protagonistas pode ser resumido nas falas que seguem:

[...] Eu adoro fazer Epidemiologia. (...) Eu não sei se é porque você vê o resultado..., orienta, faz a coleta, tem um resultado, fecha o caso (E2);

[...] Eu sempre estou pensando em alguma coisa (...), gosto da Epidemiologia, me inspira profundamente (E5).

A percepção dos sujeitos sobre seu próprio trabalho evidenciou singularidades entre **E3**, **E4**, **E6**, **E8** e **E9**. Nas suas falas, emergiram questões acerca da associação, por alguns colegas assistenciais e pelo meio acadêmico, entre atividades de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Infecção com trabalho administrativo e fácil.

[...] existe uma cultura de que as enfermeiras da Epidemiologia e da CCIH não fazem muita coisa, ou tem uma vida fácil (...)(E3);

[...] acho que as equipes não compreendem as atividades do Núcleo de Epidemiologia (...), nos vêem como profissionais que preenchem papel para mandar para o município (...)(E8).

O desconhecimento pelos outros profissionais dos hospitais sobre as suas atividades, percebido pelos entrevistados como negativo, é contrário ao que alguns sujeitos pensam do próprio trabalho, como pode se verificar na fala a seguir:

[...] extremamente complicado, minucioso [...], até o próprio pessoal da graduação tem aquela visão que é enfermeiro administrativo não tem muito trabalho, e se assustam com o nível de complexidade das nossas atividades (E4).

Concordando com o exposto, um dos enfermeiros, **E6**, atribuiu a confusão entre ações do Núcleo de Epidemiologia e as ações do Controle de Infecção nas instituições como fator impeditivo para o maior envolvimento dos enfermeiros assistenciais na Vigilância Epidemiológica Hospitalar, ao afirmar que a diferenciação entre ambas as atividades poderia ser benéfica:

*[...] Olha....eu vejo como um problema o fato de eles acharem que tudo é Controle de Infecção, porque eu teria um trabalho melhor se eles vissem como um **Núcleo de Epidemiologia**, porque trabalhariam mais em parceria com relação aos agravos, às prevenções. (...) (E6).*

Em contrapartida, **E8** e **E9**, ao invés de “culparem” o Controle de Infecção pelo mau desempenho da Vigilância Epidemiológica, já consideraram que a Epidemiologia Hospitalar é vista como atividade secundária:

[...] o foco do nosso setor é SCIH, então o Núcleo de Epidemiologia é só um trabalho que tem que ser feito. [...] o Núcleo de Epidemiologia não é importante, não é interessante pro Hospital (E8);

[...] Você tem que cumprir, um formulário que você tem que preencher, as médicas do núcleo ajudam nessa tarefa, obrigação pública (...), compromisso público (E9).

Dessa forma, vislumbra-se o longo caminho que a VEH tem pela frente, até sua consolidação nas instituições hospitalares.

4.3.3 Atividades do enfermeiro no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Entre as atividades referidas nos discursos, foram elencadas aquelas percebidas como atribuições dos enfermeiros na jornada de trabalho nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

Dos enfermeiros, à exceção de um, o qual é exclusivo do Registro Hospitalar de Câncer, todos referiram dedicarem-se à busca diária de doenças de notificação compulsória entre pacientes atendidos em pronto atendimento, pronto socorro e internação. A concentração das atividades executadas em um ou outro local deveu-se a particularidades institucionais.

Três sujeitos citaram a entrevista com pacientes e familiares como atividades rotineiras, e nas falas dos demais foi percebida grande ênfase no sistema

informatizado hospitalar, juntamente com a ferramenta laboratorial, para maior sensibilidade na busca ativa de doenças e fornecimento de informações para as notificações epidemiológicas na maior parte das instituições.

A pouca importância atribuída à entrevista dos enfermeiros com pacientes e familiares, em discursos como **E3** a **E5**, **E8** e **E9**, veio ao encontro da delegação de responsabilidades para os estagiários, discutida nas subcategorias *Organização e Visibilidade do Trabalho do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia*. Na presente subcategoria - atividades do enfermeiro - o termo “Supervisão do trabalho do estagiário” fez-se presente em dois discursos, **E4** e **E9**, ou seja, apesar da delegação da tarefa de entrevistar o familiar na busca ativa, só dois entrevistados referiram supervisionar as atividades do estagiário.

Em relação ao trabalho articulado do NEH com o SCIH, apenas um dos sujeitos referiu aproveitar os momentos de busca ativa da Vigilância Epidemiológica para a captação também de casos de infecção hospitalar. Considerando-se que em três hospitais o Núcleo de Epidemiologia está vinculado ao SCIH, a ausência dessa informação chama a atenção.

No discurso dos entrevistados, o preenchimento da ficha de notificação foi vinculado à requisição de exames destinados ao Laboratório Central do Estado (LACEN). A notificação epidemiológica com atribuição de ordem numérica foi citada como condição para o cadastramento obrigatório da amostra laboratorial no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial, intitulado GAL.

Isso se coaduna à descrição feita por três sujeitos de que a rotina diária consiste em fazer buscas, tanto no sistema informatizado quanto de forma ativa presencial nos setores, pela manhã, para identificação de amostras já coletadas ou de pacientes com necessidade de coleta de amostra laboratorial, para posterior envio ao LACEN. Em uma das instituições pesquisadas, os enfermeiros do Núcleo de Epidemiologia disseram fazer algumas coletas e registro das amostras no GAL. Nas demais, afirmaram realizarem orientação, e em algumas disseram caber a eles o registro das amostras, quando o laboratório não se encarrega disso, o que corrobora a dificuldade de estabelecer atribuições específicas do enfermeiro nesses serviços.

Em geral, os resultados destes exames subsidiaram o encerramento das fichas de notificação, pelos enfermeiros, conforme informações presentes em sete discursos. Nesses discursos, a incompletude de fichas, necessidade de ligação

telefônica para complementação de informações, encerramento, digitação e conferências no Banco de Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) foram consideradas atividades do enfermeiro por **E3**, **E4** e **E6**. Em outras quatro falas, os sujeitos afirmaram que, após o encerramento, ao enfermeiro caberia a conferência, deixando, portanto, a atividade de digitação da ficha epidemiológica para o auxiliar administrativo ou para os estagiários, quando se tratavam de fichas epidemiológicas de grande monta, como a de violência.

Em dois discursos, os enfermeiros mencionaram como atividade a entrega de resultados de exames do LACEN para pacientes, familiares e profissionais de saúde, em que pese o papel centralizador e integrador representado pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia na instituição nesse quesito.

Ademais, foi mencionado por **E4** o acompanhamento do paciente pelo Núcleo de Epidemiologia até a alta, como forma de assegurar o cumprimento de rotinas, entre elas continuidade do tratamento na Unidade de Saúde após a alta:

[...] a gente liga e avisa os médicos acerca de algumas rotinas da Epidemiologia antes da alta do paciente, apesar de essa informação ser passada no começo do ano, acabam esquecendo... (E3).

Os enfermeiros do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, em uma das instituições, realizam orientação e indicação de vacinas para pacientes pediátricos, durante longos internamentos. Em outra instituição, é rotina a administração de vacinas aos colaboradores pela equipe do Núcleo. Essa atividade, nas demais instituições, é feita por setores envolvidos com a saúde ocupacional, e à equipe do Núcleo cabe apenas o levantamento de número de doses de vacina a serem liberadas pela SMS. As descrições destas atividades evidenciaram as particularidades na rotina de cada serviço, assim como a forma que esses profissionais se organizavam para responder às demandas das diversas instâncias sob suas responsabilidades.

A atuação em comissões e comitês diversos foi identificada em três discursos, em que se percebe atuação em várias dimensões, desde a preparação de casos até a organização dos fóruns para discussão, como apontado no discurso a seguir.

[...] dos comitês de mortalidade infantil e materna eu participo, preencho a ficha, monto os casos, somos bem envolvidos (E6).

O Registro Hospitalar de Câncer é realizado em três das instituições pesquisadas, mas foi mencionado por enfermeiros de apenas duas, visto que na terceira instituição essa atividade é desvinculada do Núcleo de Epidemiologia. O volume e a complexidade das atividades de registro, desde a detecção de casos até o intercâmbio junto aos setores notificadores, foi aparente em quatro discursos, **E3**, **E4** **E5** e **E7**. A respeito do intercâmbio com os demais setores, em apenas uma instituição isso já existe e está consolidado. Nas demais, está em fase de construção, como neste discurso:

[...] a gente ainda não consegue conversar com o pessoal da oncologia, porque a gente está revendo bases de dados, e quer apresentar os dados quando estiverem fechados (E3).

Muito importante nesse trabalho de registro dos dados hospitalares de câncer, e conforme evidenciado em um dos discursos foi a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade assistencial na instituição, a partir da análise dos dados e devolutiva para a Direção, como neste relato:

[...] já aconteceu de a gente ter que solicitar reuniões com a Direção para melhorar alguma coisa relacionada à qualidade da assistência (...)(E7).

Até aqui, foram descritas a organização, a visibilidade e as atividades dos enfermeiros na Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Com isso, já se pode ter ideia do volume de atividades diárias e da fragmentação do Processo de Trabalho, composto de diversas e repetitivas etapas. É inquestionável a importância desses profissionais no processo, assim como é significativo o montante de atividades por eles assumidas, algumas nem sempre cabíveis, pela própria falta de experiência e ausência de histórico institucional com a Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

A seguir, foram apresentados os instrumentos utilizados pelos enfermeiros para a concretização do trabalho na VEH.

4.3.4 Instrumentos do trabalho

Aqui, foram apontados, a partir da identificação nos discursos, os meios dos quais os enfermeiros se utilizam para a concretização das ações de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar.

De forma geral, as análises de fichas de atendimento ambulatorial, de pronto atendimento, e de boletins de emergência foram mencionadas por cinco enfermeiros (**E1**, **E2**, **E6**, **E8**, **E9**), e parecem representar, no dia a dia, significativas ferramentas para a busca das doenças de notificação compulsória em instituições disponíveis para procura direta pela população.

Já para três enfermeiros, **E3** a **E5**, a impressão diária do censo dos pacientes internados configurou em uma ferramenta muito útil para a busca dos casos, em associação às prescrições e evoluções disponíveis no prontuário eletrônico aos quais esses enfermeiros têm acesso. Em outros dois discursos, **E8** e **E9** existe o prontuário eletrônico apenas para os pacientes que internaram. Foi mencionado por **E1** e **E2** que essa ferramenta, de muita importância, encontra-se em fase de desenvolvimento.

Para os entrevistados envolvidos com o Registro Hospitalar de Câncer, **E3**, **E5** e **E7**, as pistas para busca dos casos são fornecidas pelos laudos da Anatomia Patológica, seguidas pelo relatório por CID (Código Internacional de Doenças) do Sistema de Informações Hospitalares, bem como pela pesquisa em prontuários e declarações de óbitos.

Um dos enfermeiros ressaltou o trabalho exaustivo representado pelo cruzamento anual de nomes de pacientes, obtidos a partir dos instrumentos, com as fichas de Registro de Câncer existentes:

*[...] a gente busca casos novos através de fontes como lista de exames anátomo patológicos e relatório do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) por CID [...] que tem mais de 20.000 nomes, os quais a gente cruza com as fichas já existentes (...) são consultados, de 2.700 a 3.000 nomes por ano (...) precisa buscar todas as fontes (...) ,não posso descartar sem ter certeza (**E7**).*

Para a atuação nos Comitês e Comissões de Mortalidade, mencionada por três enfermeiros, as declarações de óbito e prontuários dos pacientes foram considerados os principais instrumentos.

Por fim, como subsídio à elaboração de relatórios para a SMS e demais instâncias, sete enfermeiros referiram utilizar fichas, livros de registros e planilhas com bancos de dados paralelos, em função de o banco de dados SINAN não ser aplicável a todos os agravos.

Ainda sobre os instrumentos para o trabalho nos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, um aspecto já discutido na subcategoria empírica *Organização do Processo de Trabalho* e que apresenta nuances também aqui é a vinculação da solicitação ou liberação de algum exame à obrigatoriedade de notificação epidemiológica. Evidenciou-se seu uso também como *Instrumento*, como se pode observar na fala a seguir:

[...] a gente vinculou a requisição dos exames que deverão ir para o LACEN à Epidemiologia, senão a gente não manda (...) (E3).

Essas formas de centralização de alguns processos tiveram o objetivo de aumentar a captação de doenças de notificação compulsória, que os treinamentos, buscas ativas e a própria forma como o Núcleo de Epidemiologia foram incapazes de proporcionar.

Foi notória a relação direta da subcategoria *Instrumentos* para o trabalho com as demais, e particularmente interessante a forma como cada NHE vem se organizando para a realização das atividades investigativas, com maior ou menor “Controle e centralização”, conforme cada cenário institucional.

4.3.5 Técnicas e relacionamento como instrumentos para a intervenção junto às equipes na instituição

Essa subcategoria contemplou as técnicas utilizadas pelos sujeitos para atuação junto às equipes das instituições. Em alguns momentos houve sobreposição com os Instrumentos, motivo pelo qual a construção das categorias

empíricas foi feita por afinidade de discursos e de acordo com a interpretação da pesquisadora.

Em três discursos, **E1**, **E2** e **E6**, abordagens pautadas em orientação, recomendação técnica, o retorno de informações e o contato pessoal com as equipes assistenciais pareceram contribuir fortemente para a visibilidade positiva das atividades desempenhadas pelo Núcleo, como nestes relatos:

[...] a relação com os enfermeiros das unidades é ótima, é um contato diário, (...) a gente tem uma conversa muito boa, nos procuram para tirar qualquer dúvida, saber das coletas, para notificar [...] todos são bem acessíveis, sempre. (E1);

[...] No pronto-socorro o pessoal é bem mais consciente em relação à necessidade de notificação de agravos [...] As próprias funcionárias da recepção já avisam a gente (...) (E9).

Inclusive, rotinas foram incorporadas, ao longo do tempo, como resposta a necessidades assistenciais e do Núcleo de Epidemiologia como, por exemplo, a de solicitação de resultados de cargas virais, como forma de colaborar para a tomada de decisões terapêuticas das equipes assistenciais, além da oficialização de fluxos para notificação e encaminhamento de amostras laboratoriais:

[...] a rotina de solicitação do histórico de cargas virais fomos adicionando ao conjunto de rotinas do Núcleo ao longo do tempo (...) pode auxiliar o médico (E5);

(...) todo o pessoal do laboratório já sabe que aquele pote é para colocar amostra que vai para o LACEN, que é de interesse epidemiológico, para a vigilância (...)(E8).

Contudo, em um dos discursos, evidenciou-se que nem sempre bom relacionamento significa ter colaboração para o desenvolvimento do trabalho:

(...) a gente tem bom relacionamento com as enfermeiras assistenciais. [...] nas atividades da Epidemiologia elas praticamente não se envolvem (E4).

Em relação à interação com acadêmicos e médicos residentes, os enfermeiros **E3**, **E4**, **E5**, **E6**, **E8** e **E9** mencionaram questões positivas e negativas.

A passagem de acadêmicos e médicos residentes pelo Núcleo de Epidemiologia, como estágio, foi mencionada por quatro enfermeiros como oportunidade para a divulgação das atividades de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e a conquista de apoio junto aos futuros profissionais de saúde. Três desses sujeitos salientaram que, apesar de ser mais voltada às atividades de Controle de Infecção, oportuniza a sensibilização de futuros profissionais de saúde para a notificação de doenças de notificação compulsória. Entre os discursos, destaca-se:

*[...] Todos os residentes da Clínica médica passam pelo NECIH, ficam um mês, (...) Eu acho a passagem dos residentes pelo NECIH, ficam um mês, muito boa, (...) ajudam muito e sempre falam que não sabiam que fazíamos tudo isso, (...) multiplicam as informações junto aos colegas da especialidade (...) e vão cobrar dos colegas deles (**E9**).*

O grande número de acadêmicos em estágio, sua alta rotatividade e graus de restrição na comunicação com o meio acadêmico foram citados como fatores complicadores para o repasse de informações, em especial sobre o adequado atendimento antirrábico.

Esse agravamento foi responsável por grande parcela de atendimentos nas instituições pesquisadas, e segundo **E6**, **E8** e **E9**, a não indicação/ aplicação de vacina antirrábica, além do registro incompleto de informações sobre o animal envolvido, realizado nas fichas de atendimento/boletins de emergência, geraram retrabalho para os enfermeiros do Núcleo de Epidemiologia, na forma de busca telefônica da quase totalidade de pacientes, tanto para reorientação quanto para obtenção de dados para a ficha de notificação.

Entre as estratégias para superação dessa dificuldade, dois enfermeiros – **E8** e **E9** - citaram o contato, “de médico para médico”, da equipe médica do Núcleo com os médicos residentes quando existem dúvidas sobre doenças de notificação compulsória, ou quando são percebidos erros de conduta e de orientação ao paciente :

*[...] elas, enquanto infectologistas, falam com a equipe médica, **de médico para médico (...)(E8)***

*[...] Se **precisar alterar conduta** do paciente, **daí as infectologistas é que vão intervir (E9).***

Os treinamentos foram mencionados por **E5** como abordagens educativas por demanda, no momento em que questões relacionadas à Vigilância Epidemiológica vêm à tona na instituição. Todavia, esse mesmo profissional reconheceu a importância da realização de campanhas e eventos educativos na instituição, como forma de sair da sala, estabelecer parcerias com outros setores e mostrar as atividades do Núcleo de Epidemiologia, de forma proativa, ao invés de reativa.

Outra medida citada por **E6** e **E9** foi o repasse da informação do Núcleo à gerência da unidade ou a enfermeiros coordenadores, que atuam nos locais de ocorrência de condutas discordantes para que, dessa maneira, a elas caiba a cobrança em prol da mudança de atitude:

[...] nosso hospital tem um perfil diferenciado, tem algumas coisas, doenças de notificação que eu cobro mais dos enfermeiros (...)(E6);

[...] Agora a gente conversa com a gerência do pronto socorro, relata o não cumprimento das orientações, e a pessoa vai ser chamada pela gerência dela para ser reorientada (E9).

Em adição, também nessa subcategoria, como a exemplo da *Organização do Processo de Trabalho e Visibilidade do trabalho na instituição hospitalar*, os discursos destes sujeitos evidenciaram ações das chefias médicas mais voltadas ao Controle de Infecção do que à Vigilância Epidemiológica. Isso tem raízes na própria constituição e trajetória histórica do Controle de Infecção Hospitalar, pioneiro, quando comparado com as incipientes ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, as quais foram iniciadas há menos de uma década.

*[...] no Núcleo nosso médico sabe que se tem alguma doença de notificação, tem que notificar.(E8) (...) Mas, **ativamente não fazem Epidemiologia (E8);***

*[...] as médicas normalmente sabem do caso todo, são bem parceiras, colaboram, fazem tudo junto, é tudo bem dividido.(E9) (...) repassam orientações sobre doenças de notificação compulsória **quando os residentes têm dúvida (E9).***

Outra técnica inovadora, mencionada em um dos discursos, foi a participação na visita multidisciplinar, momento de discussão de casos e balizamento de diagnóstico e tratamento:

[...] às vezes, na própria visita multidisciplinar, a gente já levanta as necessidades de coleta de sorologias, de acordo com a Epidemiologia do paciente (...) (E9).

A importância do apoio recebido para o desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar por parte de diretores, ex-diretores e instâncias influentes na instituição foi mencionado em cinco discursos. Em três deles esse apoio foi atribuído ao envolvimento dos diretores e ex-diretores na assistência e na Residência Médica, razão pela qual tiveram contato com o Núcleo de Epidemiologia e assim passaram a notificar ou orientar que seus residentes fizessem a notificação de agravos.

[...] o chefe da pediatria faz parte da direção e tem reuniões com o núcleo de epidemiologia, então o residente da pediatria liga e avisa sobre as doenças, mais do que há 02 anos (...) (E3).

Em todos os discursos puderam ser percebidas tentativas de maior assertividade da abordagem das equipes assistenciais, para que notificassem. Ainda, o fato de as instituições terem o aporte de estudantes foi mencionado como um grande desafio, em função da rotatividade de pessoas e da dificuldade de obtenção de colaboração para as atividades de VEH.

4.3.6 Intervenção interinstitucional

Nos discursos que constituíram esta subcategoria, foram marcantes as expressões dos entrevistados de cada instituição acerca da parceria com os respectivos distritos sanitários a que se reportam, bem como sobre os fluxos de comunicação dos distritos entre eles e as demais esferas na rede hierarquizada de saúde.

Em cinco discursos os enfermeiros referiram se preocupar e priorizar o acionamento do distrito sanitário nos casos de meningite e coqueluche (nos exemplos foram mencionadas apenas essas doenças), como forma de desencadeamento de ações de bloqueio aos familiares dos pacientes, tanto pelos distritos quanto pelas demais instâncias. Todavia, um dos enfermeiros afirmou não conseguir ver qualquer relação entre seu trabalho no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e a comunidade:

[...]fora do Hospital, com o Distrito, acho que não consigo ver ligação do trabalho que desempenho no hospital com a comunidade. (...)(E8).

Sobre a relação com o distrito, um dos entrevistados ressaltou o respeito a um fluxo de comunicação que sempre incluía o distrito sanitário, tanto na tomada de decisões quanto no repasse de informes, mesmo que a procura seja direta:

.[...], quando ligam direto aqui no Serviço para saber os resultados de exames, sobre pacientes internados, [...] a gente passa pro Distrito para daí eles darem o retorno (...) [...] para eles começarem a criar essa cultura de que é o Distrito que tem que fornecer essa informação (...) (E2).

Nessa relação, o termo “ponte” foi utilizado em três discursos para ilustrar o papel do Núcleo de Epidemiologia com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da relação de parceria com o distrito. Além das ações de acionamento de bloqueio junto à comunidade, foram referidas por sete entrevistados: visitas para busca de fichas de notificação e amostras laboratoriais, discussão de casos inusitados,

discussão de agravos que requeiram ação imediata, e auxílio nas buscas ativas quando se fizeram necessárias ações com equipes assistenciais.

*[...] a gente nunca passa etapas. Primeiro (procura) o Distrito, e depois, se precisar de alguma coisa, o Estado. É o Distrito que faz essa **ponte** entre a gente (...) [...] a ligação é muito boa entre a gente **(E2)**;*

*[...] eu acho que elas vêem a gente como a **ponte** de ligação com a Secretaria Municipal, que a gente trabalha com os órgãos externos ao Hospital (...) **(E4)**.*

Os entrevistados mencionaram ainda o suporte telefônico, a entrega, pelo distrito, de material para coleta de amostras laboratoriais quando não disponível na instituição, e o papel de mediação, mencionado por E3 e E5 na mediação, junto à Central de Vacinas, para a solicitação de doses de vacinas a pacientes e colaboradores, em campanhas pontuais e em vacinação hospitalar de rotina.

*[...] independente do horário em que detecte a coqueluche, a gente já notifica o Distrito para que agilize o bloqueio. [...] A urgência nesse caso está em iniciar o tratamento para evitar maiores danos. **(E1)**;*

*[...] O distrito sanitário passa aqui todo dia, para pegar amostras e ajudam bastante a discutir casos e dificuldades com algumas fichas, (...) também encaminham coisas da SMS para a gente, e a gente encaminha coisas para eles **(E4)**.*

Outro papel de mediação realizado pelo distrito foi a checagem de informações sobre a existência ou não de notificação de pacientes crônicos, em nível municipal ou estadual. Dois sujeitos mencionaram o papel do distrito nessa checagem, e um mencionou manter contato com uma técnica da SMS para elucidar suas dúvidas sobre pacientes crônicos diretamente com ela.

Nos discursos de quatro entrevistados, **E3**, **E5**, **E6** e **E8**, a relação com o Distrito Sanitário foi muito elogiada, especialmente pela presteza no fornecimento de informações e agilidade na tomada de decisões.

[...] a relação com o Distrito é bem boa, eu não tenho do que reclamar. [...] A gente sempre foi muito bem atendido, o pessoal é muito participativo. Até ajudam a gente quando tem campanha de vacinação (E3);

[...] A relação com o Distrito é próxima, o contato telefônico é aberto, tudo que a gente precisa eles nos respondem...(E8).

Um dos enfermeiros criticou, em seu discurso, a demora no fornecimento de algumas informações pelo Distrito Sanitário:

[...] um pouco complicado, porque parece que o Distrito não tem a informação que tem. [...] Eles têm muito conhecimento da prática, mas se você questiona sobre alguma questão dos agravos, já não têm resposta pronta (...), um passa o assunto para o outro (...) dizem que retornam a ligação depois (...) (E9).

Mesmo assim, o sujeito não deixou de mencionar a proximidade com o referido Distrito:

[...] é muito próximo o contato, porque todos os dias elas vão buscar material (...) sabem que se não retornarem a ligação em meia hora, é a gente que vai retornar (...) (E9).

A comunicação interinstitucional, segundo o discurso de quatro entrevistados, não ficou restrita ao Distrito Sanitário (**E1**, **E3**, **E5** e **E6**). Foram citados contatos com o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e com a Central de Vacinas, além da articulação com o Laboratório Municipal, referida como muito importante para o envio de amostras de sangue e emissão de resultados de cargas virais para o HIV, ferramentas para a decisão clínica.

Foram essas articulações interinstitucionais que os enfermeiros referiram em seus discursos como importantes ferramentas para a tomada de decisões oportunas em Vigilância Epidemiológica.

4.4 OS SABERES PARA O TRABALHO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

Essa subcategoria contemplou os saberes dos enfermeiros sobre as repercussões do trabalho que realizam na Vigilância Epidemiológica Hospitalar não somente junto ao *paciente*, mas também junto a sua *família, grupos populacionais, serviços e equipe do hospital* e ante aos demais setores que se relacionam no trabalho - *interinstitucionalidade*.

4.4.1 Os saberes para a intervenção junto ao usuário

Os saberes para a intervenção junto ao usuário foram identificados no discurso de **E4**, quando referendou o quanto seria importante se os profissionais da instituição percebessem a importância da Vigilância Epidemiológica Hospitalar para a intervenção junto ao paciente. Todavia, essa atribuição de importância foi focada no corpo biológico:

[...] os enfermeiros não tem essa correlação que nós, enfermeiros da Epidemiologia, temos dos sinais e sintomas das doenças de notificação, eu gostaria que eles conseguissem fazer essa correlação e avisassem a gente (...)[...] que elas tivessem essa visão de que a Epidemiologia tem um papel extremamente importante nessa parte de doenças de notificação para com os pacientes (...)(E4).

Outro enfermeiro, **E8**, salientou a importância dos seus conhecimentos em Vigilância Epidemiológica no Hospital, como subsídio para a detecção de condutas

incorretas na instituição, e posterior repasse à sua chefia médica no Núcleo, possibilitando assim a resolução do problema.

[...] depois que pega dados da ficha do pronto socorro, liga para o paciente, reorienta e [...] confirma se o que está escrito na ficha de atendimento é aquilo mesmo, [...] para ver até se os nossos médicos estão orientando a conduta certa, daí encerro a ficha. [...] vendo pela evolução que o médico assistente talvez esteja em uma conduta errada, daí eu peço uma orientação para as médicas do Núcleo (E8).

Em um exemplo, **E9** mencionou a insuficiência de seus conhecimentos teóricos sobre um determinado agravo, e sua dificuldade em reconhecer que a experiência e o conhecimento do paciente acometido pelo agravo poderiam auxiliar no diagnóstico e na assistência.

[...] paciente chegou, afirmou estar com malária e ser proveniente de Manaus, (...) disse saber como era estar com malária porque lá todo mundo tinha (...) eu não dei crédito para ela, e disse que seria internada para investigação. A paciente respondeu que só precisava do remedinho, eu disse que (...) a dispensação não era daquela forma (...) quando eu olhei a lâmina, um plasmódio, (...) a paciente sabia que estava certa. (...) e a pior parte ainda foi ouvir dela: “viu só, eu te falei que eu estava com malária....(E9).

4.4.2 Os saberes para a intervenção junto à família do usuário

Os saberes para a intervenção junto à família do usuário foram mencionados por três enfermeiros, ao se referirem à abordagem dos familiares de pacientes internados para realização de orientações, indicação de quimioprofilaxia medicamentosa nos casos de meningite e coqueluche, bem como para a coleta pelos próprios enfermeiros do Núcleo das amostras laboratoriais de contatos familiares.

[...] a gente vai atrás, conversa com o familiar[...]contato, quantas pessoas realmente moram na mesma casa, para saber de quem eu tenho que fazer o bloqueio ou não (E8);

[...] às vezes é a mãe que está tossindo, então a gente coleta da criança e da mãe, cadastra no GAL e manda pro LACEN (E3).

Dois desses enfermeiros mencionaram o auxílio do médico do Núcleo de Epidemiologia para auxiliar nas orientações aos familiares.

[...] quando tem casos em que as famílias têm que ser abordadas, no ato do preenchimento da ficha de notificação, a gente automaticamente já puxa o médico do Núcleo, para dar todo esse suporte (...)(E8).

4.4.3 Os saberes para a intervenção junto a serviços e equipes do hospital

As técnicas e o papel do relacionamento interpessoal já foram mencionados como uma das subcategorias do Processo de Trabalho. Aqui serão ressaltados os saberes necessários ao relacionamento e à intervenção junto a serviços e equipes dos hospitais que compuseram esse estudo.

Em cinco discursos os enfermeiros ressaltaram seu papel formativo e de orientação em virtude da inserção do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia em hospital universitário, em um cenário em que todos os hospitais têm atividades de ensino:

[...] sempre a nossa função formativa e de orientação é bastante forte [...] nós do núcleo orientamos e o enfermeiro faz administração, registro e tudo o mais de vacina (E1);

[...]O nosso papel aqui como hospital universitário é educar, nosso papel é ensinar [...] a gente faz o máximo esforço, quando os residentes entram (...)

estamos aqui para que tenha esse conhecimento das necessidades que uma doença de notificação exige (...) (E4).

Ainda sobre o papel formativo, todos os enfermeiros referiram em seus discursos atividades de treinamento obrigatório a novos colaboradores e médicos residentes. Em seis falas, essa atividade foi considerada natural e sem grandes dificuldades, como nestes discursos:

*[...] É mais um momento em que a gente se aproxima muito da equipe, [...] é muito bom esse momento porque a gente consegue reunir um grande número de enfermeiros e **passar a mesma informação, da mesma maneira (E1);***

[...] Com os residentes, no começo de ano, é feito treinamento específico sobre o NECIH, então para eles é reforçado mais atendimento antirrábico que é o que eles mais atenderão (E9).

Em outras falas, contudo, alguns enfermeiros relataram dificuldades não só de inserção nos espaços de treinamento das instituições, mencionadas na subcategoria visibilidade, mas também problemas no repasse das informações sobre VEH de forma sistemática na instituição, para todos os colaboradores envolvidos:

[...] tenho trabalhado bastante é com os coordenadores de Enfermagem e os enfermeiros quanto à necessidade de notificação [...] Existe reunião semanal com a Direção, envolve o hospital todo [...] daí eles repassam para os seus subordinados o que é resolvido, o que precisa ser mudado (...). Nem sempre eu percebo que a informação chega até a ponta (E6);

[...] os residentes recebem treinamento e informação na entrada, porém às vezes não acontece (...).(E8)(...) se eu falar para você que hoje eu faço treinamento específico, eu não faço (E8).

Outra dificuldade referida por **E8** foi referente à conciliação entre as atividades de Vigilância Epidemiológica e as de Controle de Infecção, já mencionada

anteriormente nessa análise, mas que aqui se repete também na subcategoria sobre saberes para intervenção junto a serviços e equipe no hospital:

*[...] Para novos colaboradores, a gente faz a integração, e essa aula é muito rápida e muito pobre, destinada a diversas categorias profissionais, (...) Falo sobre composição da equipe, que tem a Epidemiologia, a CCIH, e o Gerenciamento de Riscos. (E8) [...] Sobre a Epidemiologia eu dou um apanhado geral de uma frase que é **fazer... reportar os agravos de notificação para a SMS. Isso, ponto.** (...) daí a gente acaba citando os agravos de notificação (...) (E8).*

Além da atividade formativa por meio de treinamentos, os momentos de reuniões técnicas foram referidos como oportunidades de difusão de saberes sobre o escopo de trabalho da Vigilância Epidemiológica Hospitalar, inclusive do Registro Hospitalar de Câncer, para as diferentes equipes.

[...]a gente já teve reuniões para melhorar atendimentos no Hospital [...] (E7).

Em relação ao atendimento de pacientes com meningite, sobre a necessidade ou não de bloqueio medicamentoso para profissionais de saúde que atenderam aos casos, dois enfermeiros citaram dificuldade pela falta de conhecimento técnico dos profissionais da instituição:

[...] eles ligam e já querem imediatamente a medicação, (...) daí a gente tem que explicar quando e porque é feita a medicação usada na quimioprofilaxia da meningite (E8);

*[...] médicos (da instituição) acabaram prescrevendo bloqueio de meningite para **funcionários** sem necessidade (...) (E2).*

Os exemplos evidenciam a confusão provocada pela falta de conhecimento para a ação, e a importância do preparo técnico dos profissionais da instituição, presente nos discursos:

(...) muitas vezes a gente tem que avisar que os pacientes tem que ficar em isolamento, [...] os enfermeiros não tem esse conhecimento, essa consciência (E4);

[...] seria necessário que as próprias faculdades de Enfermagem dessem mais visibilidade às atividades da Epidemiologia, para que os enfermeiros que se formam tenham esse conhecimento, e não deleguem aos enfermeiros do Núcleo a responsabilidade de avisar sobre o isolamento ou não de um paciente (...) (E4).

A divulgação dos dados notificados, já tratada anteriormente na subcategoria sobre a *Visibilidade do trabalho*, aqui se apresenta como um saber originado a partir das notificações epidemiológicas, que após as devidas análises na instituição, pode vir a constituir informações úteis à instituição e à comunidade.

Alguns discursos evidenciaram perspectivas positivas, mesmo que os saberes presentes nas informações epidemiológicas ainda não pareçam ter a merecida atenção por parte de todos os profissionais entrevistados.

*[...] a gente conseguiu fazer a **divulgação do boletim informativo**, pela internet e na forma impressa, uma coisa que a gente demora muito tempo para conseguir produzir. (...) escreveu sobre os projetos que a gente participou da nossa campanha da AIDS, e esse ano a gente espera fazer um agora no meio do ano (E4);*

[...] a gente está fechando muitos casos de leptospirose, (..) eu já montei um comunicado [...] a gente já mandou para a assessoria de imprensa, vão divulgar pela intranet, para os coordenadores (...) (E5).

Mesmo que a divulgação dos dados ainda não seja uma constante, existe o reconhecimento da importância dos dados gerados pelo Núcleo de Epidemiologia como possibilidade de divulgação junto ao meio científico e para a comunidade, como nesses discursos:

[...] existe ideia de publicar esses dados, trimestralmente, em meio eletrônico, mas a gente ainda não consegue divulgar, ainda não há espaço na

intranet, [...] na intranet, já temos as fichas de notificação, com o papel a gente não consegue verba (E6);

[...] nossa chefia propôs para o Departamento de Marketing de se criar um boletim como já existe em outros hospitais, divulgado para todos. Mas tudo isso depende de custo, de aprovação, sem certeza de liberação (E8).

A possibilidade de utilização dos dados levantados em prol da instituição foi encontrada em dois discursos, tanto para o delineamento de políticas internas em prol da Saúde Ocupacional, quanto para melhoria da qualidade assistencial:

*[...] Sim, a gente manda relatório mensal para a SMS, para a Segurança do Trabalho, por causa do **risco ocupacional (...)** (E5);*

[...] a coleta de dados é principalmente para analisar a qualidade da assistência que está sendo dada no hospital. [...] ver onde há falhas, e tentar ir até a Clínica para poder melhorar. [...] a gente não tem muita perna para fazer isso, mas quando é gritante a gente vai [...] (E7).

Foi marcante nos discursos a preocupação na mobilização de conhecimentos para a tomada de decisões no âmbito institucional.

4.4.4 Os saberes para a intervenção junto a grupos populacionais

Este item incluiu o conjunto de saberes construídos a partir da Vigilância Epidemiológica Hospitalar, e os desdobramentos e possibilidades de sua utilização junto a grupos populacionais.

O Registro Hospitalar de Câncer teve notória contribuição na composição dessa subcategoria, pelo seu papel de coleta de informações para repasse periódico ao Instituto Nacional do Câncer (INCA). O enfermeiro **E7** já havia mencionado anteriormente a contribuição do Registro de Câncer também em prol dos Serviços e equipes do Hospital, a partir de análises capazes de contribuir para a melhoria na qualidade assistencial.

[...] Gosto deste trabalho por contribuir com o INCA e com o hospital, (...), eu me identifiquei com essa investigação. [...] eu imagino que é um tijolinho o que eu faço para eles, como todos os outros serviços que notificam câncer [...] Se não fosse a contribuição do Registro de Câncer com esses dados todos, não se podiam fazer campanhas, porque se você não tiver o dado em mãos, como é que você vai subsidiar essas informações para campanhas... [...] eu penso que a informação é a base para você poder tratar. (E7).

O enfermeiro **E8** compartilhou do mesmo ponto de vista de **E7** ao reconhecer a importância dos produtos da Vigilância Epidemiológica Hospitalar para controle de surtos e epidemias, para além do ambiente hospitalar:

[...] vejo que esse trabalho de vigilância hospitalar é bem importante, até para dados estatísticos, controle epidemiológico, de surto [...] agora, conhecendo esse trabalho de VE hospitalar, que eu já domino, antes não, hoje eu vi que esse trabalho de Vigilância funciona (E8).

Com isso, percebeu-se a apropriação das finalidades do trabalho de VEH por alguns enfermeiros, em que pese a importância disso para a manutenção e aprimoramento da VEH, bem como sua consolidação como Política Pública.

4.4.5 Os saberes para a intervenção interinstitucional

Trata-se da articulação do trabalho de Vigilância Epidemiológica Hospitalar com as demais instâncias da rede de assistência à saúde.

[...] quando a gente tem todas as informações, a gente volta, liga e passa as informações pro distrito poder avisar o próximo distrito ou a outra regional de saúde [...] a gente liga para o Distrito quando, por exemplo, é uma gestante que não fez pré-natal, deu HIV positivo, então a gente já agiliza esse processo pro distrito repassar para o distrito competente saber que vai ter uma alta (E3).

Entretanto, foi identificada alienação do fruto do seu próprio trabalho bem como certa descrença dos desdobramentos de suas ações em articulação com o Distrito Sanitário no discurso do enfermeiro **E9** quando afirma:

(...) me sinto assim como uma fornecedora de informação! Você passa aquilo lá, você se vira do avesso para conseguir as coisas, e depois não fica sabendo o que aconteceu [...] uma coisa que eu particularmente sinto bastante falta é de ter um retorno específico do Distrito sobre o que foi notificado. O Distrito tem os relatórios deles, mas não informa as medidas que foram tomadas, (...).[....] eu não sei se eles vão dar continuidade naquilo que eu comecei (E9)

Esse discurso, ao se referir à articulação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia com o Distrito, foi único, e constituiu um dos exemplos das barreiras que a VEH enfrenta para seu reconhecimento não só em nível hospitalar, mas também nas demais esferas do sistema de saúde, em que as linhas de atuação entre cada uma das esferas são tênues.

No discurso, o enfermeiro E4 citou o fluxo de liberação para pacientes com alta hospitalar em tratamento para tuberculose como um exemplo da desarticulação entre a assistência hospitalar e a rede básica por parte dos profissionais na instituição:

[...] liguei pro médico, falei que era necessário encaminhar o boletim de transferência de tuberculose (...) os residentes mais antigos tem o conhecimento de que os pacientes internados por tuberculose precisam do boletim de transferência (E4).

Fica claro o desgaste motivado pela necessidade de lembrar as equipes, a cada alta hospitalar, do trâmite de transferência do paciente hospitalizado para a continuidade de tratamento na Unidade de Saúde. Esse enfermeiro relatou sua insatisfação em razão do desconhecimento dos profissionais e médicos residentes da instituição sobre os vínculos “extramuros” que os pacientes mantêm, ao pertencerem a uma comunidade e poderem ter entrado em contato com outras pessoas, com risco de contágio, antes da admissão hospitalar.

[...] eu acho que enfermeiros assistenciais não têm o conhecimento que o paciente aqui tem que ficar isolado dos outros pacientes, nem o conhecimento de que lá fora os pacientes podem ter entrado em contato com outras pessoas, e da necessidade de fazer bloqueio (E4);

[...] as enfermeiras do Distrito levam uma cópia das fichas, porque precisa de bloqueio [...] a família fala na escolinha que o filho está com uma meningite grave, aí a diretora da escola entra em contato (E2)

O bloqueio a que **E2** e **E4** se referem é a administração de antibioticoterapia profilática a contatos familiares e íntimos de pacientes, nos exemplos dados, com suspeita ou confirmação de meningite meningocócica ou causada por *Haemophilus influenzae*.

5 DISCUSSÃO

Ao analisar os discursos dos sujeitos evidenciou-se centralidade no Processo de Trabalho que, de acordo com Egrý (1996), é dirigido pelos Saberes Ideológicos. Conforme a autora, esses saberes são mais do que instrumentos transformadores do objeto, dada sua influência sobre os elementos constitutivos do Processo de Trabalho. No contexto do Processo de Trabalho em VEH, as Políticas Públicas de Vigilância Epidemiológica figuraram entre os Saberes Ideológicos balizadores, mesmo que os enfermeiros dos NHES não tenham afirmado isso diretamente em seus discursos.

Houve sim a percepção de grande ênfase nos saberes instrumentais inerentes ao Processo de Trabalho *do enfermeiro no núcleo hospitalar de epidemiologia*, em que saberes advindos das normas, técnicas e rotinas em VEH tiveram recorrência nos discursos dos sujeitos. A figura que segue ilustra os saberes instrumentais e ideológicos a partir dos discursos:



FIGURA 3 – ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DOS NHES SEGUNDO OS SABERES INSTRUMENTAIS E IDEOLÓGICOS, CURITIBA-PR, 2012.

FONTE: A autora com base em Egrý (2011)

Entre as razões, postula-se que a Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória em âmbito hospitalar é um campo de atuação profissional instituído em 2004 a partir da Portaria 2529 (BRASIL, 2004), e seu Processo de Trabalho ainda não está consolidado, em comparação com o Processo de Trabalho de Controle de Infecção Hospitalar e mesmo o desenvolvido pela Vigilância Epidemiológica na atenção básica, em seus vários níveis de atuação.

Neste estudo percebeu-se a incipiência de suas práticas em algumas instituições e, sobremaneira, a preocupação dos profissionais em implantar e organizar rotinas, buscar visibilidade institucional e desenvolver ações articuladas com serviços de referências e apoio diagnóstico.

Em comparação com o relatório estadual do ano de 2008, manteve-se a maior expressão de enfermeiros como força de trabalho nos NHES, a quem cabe grande parcela de atividades desenvolvidas naqueles espaços, mesmo considerando a modalidade interdisciplinar do trabalho executado. Da mesma forma, persiste também o reduzido quantitativo de profissionais com preparo técnico específico a partir de Cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica e (ou) treinamento para realização de análise de dados (PARANÁ, 2008).

A *Organização do trabalho no NHE* representou significativa parcela temática dos discursos dos sujeitos, em especial quanto à forma de divisão das atividades na rotina da VEH. Destacou-se o volume de tarefas repetitivas, de cunho tecnicista e baseadas na fragmentação dos cuidados e visão biologicista do ser humano (MENDES GONÇALVES, 1992). Egrý (1996), ao abordar as contradições encontradas no desenvolvimento da TIPESC, ressaltou a falta de clareza do trabalhador sobre os elementos constituintes do Processo de Trabalho como uma das possíveis causas para sua alienação sobre os produtos do trabalho.

Ademais, o preparo dos profissionais para as ações de VEH tem intensa participação de uma visão clássica da Epidemiologia, com destaque para a fisiopatologia das doenças e agravos, convergência aos programas de saúde e políticas públicas vigentes, bem como para a relação entre as ações do nível hospitalar com o conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

Essa visão de ser humano sob o prisma de uma assistência curativista e individualizada é comum na assistência especializada (proporcionada pelo hospital de referência) e no atendimento à coletividades (proporcionado pela Atenção Básica). Na busca de sua efetividade, esse e outros modelos paradigmáticos têm

sido repensados, segundo Breilh (2006), pelo seu limitado alcance, visto não considerarem as singularidades, as particularidades e as questões estruturais na análise de uma dada realidade.

Sobre o conjunto de *Atividades desempenhadas pelos enfermeiros* em VEH, observou-se consonância com a Portaria n.º 2254 (BRASIL, 2010), apesar do *déficit* de profissionais em alguns NHES. A busca ativa apresentou-se como uma das principais fontes para reconhecimento das doenças de notificação, e o papel dos estagiários foi mencionado não somente como auxílio, mas, em alguns discursos, também como base fundamental no Processo de Trabalho.

Sobre o papel de estagiários no trabalho do NHE, a experiência em VEH pode repercutir favoravelmente na formação de futuros profissionais de saúde, além de contribuir para a notificação, investigação e análise de dados (PARANÁ, 2008). Entretanto, ao descreverem a participação dos estagiários no desenvolvimento de atividades nos NHE, os entrevistados apontaram as contradições nas suas realidades: de um lado, o comprometimento dos serviços na formação dos futuros profissionais de saúde e, de outro, o desenvolvimento por estagiários de atividades que são de responsabilidade de profissionais do serviço.

Um exemplo oriundo dos discursos, e que foi relacionado ao quantitativo reduzido de profissionais em VEH é representado pela não incorporação da vigilância da violência (BRASIL, 2011b) ao Processo de Trabalho de alguns NHES, ou sua delegação aos estagiários. Esse agravo apresenta elevado número de notificações e a ficha de notificação extensa dificulta a análise e digitação pelo NHE, o que contribui para a marginalização, também na VEH, desse agravo de grande relevância para a sociedade brasileira.

A desvalorização do trabalho de VEH quando comparado com as atividades de Controle de Infecção repercutiu não só na análise e digitação das fichas de violência, mas também em outras ações de VEH, em que foi notório no discurso dos sujeitos o pouco comprometimento de alguns profissionais médicos dos NHES, justamente em alguns cenários em que o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia congregava VEH e SCIH.

A Portaria n.º 2616/98 (BRASIL, 1998), no item 3.11, que trata das competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, menciona a obrigatoriedade de notificação das doenças de notificação compulsória, quando da ausência do Núcleo de Epidemiologia, de forma cooperativa com os serviços de

saúde coletiva. Considera-se esta situação uma das contradições destacadas nos discursos analisados:

(...) notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância Epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.

De acordo com técnicos da Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ, 2008), em relatório sobre a avaliação das atividades dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado, houve reconhecimento da importância do trabalho interdisciplinar e da integração e parceria entre a vigilância das doenças de notificação compulsória e das infecções hospitalares. Esse ponto de vista foi compartilhado por dois enfermeiros no presente estudo, na categoria “*Organização do Processo de Trabalho no NHE*”.

Entretanto, em seis discursos os enfermeiros citaram tentativas de estabelecimento de distinção entre as atividades de VEH e as atividades do SCIH. Sobre a relação entre os dois serviços, definida como harmônica e com unidade por apenas dois sujeitos no presente estudo, Schettert (2008) registrou que a concepção abrangente e inicial de “Vigilância Hospitalar” seria para incluir SCIH e VEH em um Núcleo, mas na prática isso vem ocorrendo paulatina e heterogeneamente nas diversas instituições com NHE.

Em 1998 apenas 52,4% dos NHEs na cidade de São Paulo desenvolviam atividades conjuntas, e os motivos da desarticulação incluíam a especificidade do trabalho em Controle de Infecção e questões políticas e institucionais. Shettert, por sua vez, em uma década não vislumbrou mudanças significativas no cenário dos NHEs dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, a ponto de SCIH e VEH perceberem que o objeto de pesquisa fosse um fator integrador. O primeiro com um olhar mais clínico, e o segundo com uma visão epidemiológica (SCHETTERT, 2008). É possível que o próprio tempo de existência de SCIH e VEH na instituição, e o impacto das ações de Controle de Infecção sobre os custos hospitalares constituam fator de valorização maior de um serviço e não de outro.

Entre os desafios referidos pelos enfermeiros na subcategoria *Saberes para a intervenção junto a serviços e equipes do hospital*, encontram-se a difícil conciliação de atividades de VEH com atividades de Controle de Infecção, e o

prejuízo das capacitações na temática da Vigilância Epidemiológica. Na visão de Schettert (2008), a explicação dessa disparidade tem raízes no controle de qualidade das práticas hospitalares, atribuído ao Controle de Infecção, diferentemente do controle de doenças de notificação compulsória, que pela própria “juventude” ainda precisa conquistar espaços no interior das instituições.

Essa tentativa de diferenciação entre as atividades presente nos discursos foi também relacionada à *Visibilidade do trabalho na instituição hospitalar*, em que a disponibilidade de poucos espaços para a VEH em treinamentos, reuniões institucionais e fóruns com a Direção foi correlacionada à menor visibilidade e apoio limitado de gerentes e diretores ao desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Como forma de superação, Schoutt (1998) afirma que a melhor integração do NHE com serviços, gerências e direções pode representar maior legitimidade, aporte de recursos e ampliação do papel de VEH, inclusive pela maior sensibilização dos profissionais para as notificações espontâneas e para o objeto de trabalho da VEH.

Ademais, na subcategoria *Saberes para a intervenção junto a serviços e equipes do hospital* os enfermeiros salientaram seu papel formativo e de orientação, pela inserção dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia em cenários de hospitais de ensino.

Foram mencionadas estratégias como a divulgação de boletins informativos, campanhas educativas e realização de treinamentos para colaboradores na instituição e profissionais de saúde em formação, como forma de reversão do desconhecimento de alguns profissionais dos hospitais sobre o trabalho em VEH, considerado por alguns sujeitos do estudo como não valorizado pelo conjunto de trabalhadores das instituições que foram cenário do estudo, recebendo adjetivos como “administrativo, fácil e burocrático”. Essa visão foi percebida pelos enfermeiros entrevistados como negativa e contrária ao que pensam do próprio trabalho, definido como minucioso e complexo.

As apresentações de análises sobre agravos e publicações científicas, citadas por alguns enfermeiros como fatores positivos para a *Visibilidade do trabalho na instituição hospitalar*, segundo Schettert (2008) e Schoutt (1998), corroboram o papel de referência dos Núcleos no fornecimento de informações epidemiológicas dos adoecimentos ou de mortalidade. Com a disseminação da informação, salienta

Schoutt (1997), contribui-se para o aumento das notificações espontâneas pelo corpo de trabalhadores da instituição, bem como para o conhecimento e a valorização do papel de VEH na instituição.

Entretanto, dados do Relatório Estadual sobre os NHES apontaram certo acúmulo de dados, nem sempre convertidos em informações para o desencadeamento de ações (PARANÁ, 2008). Assim, constatou-se que a temática carece de melhor estruturação e reconhecimento de importância pelas instituições às quais estão vinculados. A apropriação das informações pelos hospitais vem ocorrendo, conforme Schettert (2008), paulatinamente, com graus de dificuldade variáveis de instituição para instituição.

Os *instrumentos* para a concretização das ações de VEH apresentaram-se de forma semelhante nos nove discursos, em que foram evidenciados diversos meios indispensáveis para a detecção e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, uma das finalidades do Processo de Trabalho dos enfermeiros que atuam em Vigilância Epidemiológica hospitalar.

A *respeito das Técnicas e relacionamento como instrumentos para a intervenção junto às equipes na instituição*, foram marcantes nos discursos abordagens ancoradas em orientações e recomendações técnicas, em conformidade ao exposto por Teixeira e Costa (2008), quando apontaram a importância do papel normativo da VE para a garantia de uniformidade em procedimentos e condutas em todas as esferas de ação.

Ao mesmo tempo, o retorno de informações e contato pessoal com as equipes assistenciais contribui fortemente para o desenvolvimento das atividades de VEH no Núcleo, visto que a retroalimentação de informações epidemiológicas está prevista na legislação e em documentos técnicos sobre VE (BRASIL, 2009).

Para Matias (2010), a aproximação dos profissionais de saúde com a VEH pode contribuir com a redução da descrença existente no tocante a sua utilidade, já que esse descrédito influencia diretamente a amplitude e qualidade dos dados notificados por eles, com prejuízos ao planejamento das ações em saúde.

A divulgação das atividades de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e a conquista de apoio junto a acadêmicos e profissionais de saúde por meio de estágios e aulas práticas nos NHES foi outra técnica presente nos discursos dos enfermeiros. Essas iniciativas encontram-se em acordo ao preconizado pela SESA PR para a VEH (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; PARANÁ, 2008). Entretanto,

mesmo com o reconhecimento da importância, em muitos discursos foram referidas as dificuldades que a alta rotatividade de alunos e estagiários proporciona aos vários cenários, com demandas de estratégias inovadoras e recorrentes para a obtenção de colaboração dessa clientela.

Na subcategoria *Saberes para a intervenção junto a grupos populacionais*, acompanhando Schoutt (2008), percebe-se a importância da apropriação dos saberes construídos a partir da Vigilância Epidemiológica Hospitalar pelas instituições hospitalares, e os desdobramentos e as possibilidades de seu repasse para outros serviços da rede de atenção à saúde, dado seu potencial de repercussão no Sistema de Saúde.

Há constatação na subcategoria *Saberes para a intervenção junto ao usuário*, de alguns sujeitos do presente estudo, acerca da falta de conhecimento e comprometimento de colegas assistenciais no que tange à adoção de medidas de precauções e isolamentos em doenças de notificação compulsória, o que também ilustra a desarticulação entre vigilância e assistência, tal como afirma Passos (2003), visto que nesses NHES cabe à equipe do NHE a definição da necessidade ou não de isolamento dos pacientes.

Ainda, entre os *Saberes para a intervenção junto ao usuário e à família do usuário* foram referidos pelos sujeitos: os conhecimentos dos enfermeiros do NHE para a detecção de sinais e sintomas das doenças de notificação compulsória dos pacientes; conhecimentos de VE para a detecção de condutas incorretas na assistência a pacientes na instituição, para a tomada de medidas corretivas; e conhecimentos de VE para a intervenção junto a familiares de pacientes durante o período de internação. Todas as ações apresentaram respaldo legal e consonância com o aparato normativo de VEH (BRASIL, 2009).

A *interinstitucionalidade* das ações desencadeadas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, a partir da comunicação de agravos e doenças ao Distrito Sanitário e, deste, para as outras instâncias da rede de atenção à saúde foi caracterizada a partir dos discursos como via de mão dupla, em conformidade com a Portaria 2254 (BRASIL, 2010).

Entretanto, Passos (2003), no cenário da Atenção Básica, tratou da falta de retorno de informações da VE municipal para as equipes locais. Sobre os *Saberes para a intervenção interinstitucional*, um enfermeiro evidenciou insatisfação pela falta de retroalimentação do distrito sanitário para com o NHE, como se ações

assistenciais fossem completamente dissociadas de ações de VE. Para Passos (2003), essa contradição é fruto da não superação do modelo assistencial curativo de Saúde Pública, que não reconhece ações de VE como parte do processo assistencial, e sim como algo externo ao Processo de Trabalho desenvolvido em instituições hospitalares.

6 CONCLUSÕES

O estudo, a partir do alcance integral dos objetivos propostos, permitiu constatar a centralidade dos discursos dos enfermeiros nos Saberes instrumentais inerentes ao Processo de Trabalho em Vigilância Epidemiológica Hospitalar, em virtude da sua recente implantação e a preocupação dos profissionais com a Organização do Processo de Trabalho. Mesmo sendo o Processo de Trabalho um Saber Ideológico, conforme o referencial teórico adotado, foi evidenciada influência significativa dos saberes instrumentais no cotidiano das ações dos enfermeiros, que ainda buscam espaço nas instituições para consolidação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar e necessitam de maior reflexão acerca dos saberes ideológicos, representados pelas Políticas Públicas e pelo próprio Processo de Trabalho.

As Políticas Públicas que regem o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e seu universo maior, o Sistema Único de Saúde, constituíram Saberes Ideológicos identificados nos discursos dos sujeitos a partir de fragmentos em que foram percebidas ações de VE em prol de coletividades, para além dos muros das instituições hospitalares e articuladas com o sistema de saúde.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a consolidação das ações de VEH, ao subsidiar a reflexão crítica sobre os elementos que constituem o Processo de Trabalho em VEH e colaborar para a não alienação dos trabalhadores envolvidos.

Postula-se que possam ser vislumbrados novos caminhos para a atuação dos enfermeiros dos Núcleos Hospitalares, não mais centrada em tarefas, e sim na interpretação crítica e proposição de Políticas Públicas condizentes com as necessidades de saúde da população, capazes de integrar os diferentes níveis de atenção.

A riqueza dos diferentes cenários possibilitou sua caracterização e corroborou a reflexão sobre as possibilidades de integração entre a Atenção Básica e a Assistência Hospitalar, pelo maior diálogo entre ambas, alicerçado no saber de uma Epidemiologia Crítica.

A superação de modelos de saúde curativistas e focados em indivíduos será possível com a retroalimentação de informações e com a interinstitucionalidade das

ações, em um cenário em que indivíduos não sejam números, e sim sujeitos de um conjunto, com particularidades institucionais e singularidades reconhecidas. É a partir do fortalecimento das ações interinstitucionais junto a grupos prioritários que se pode contribuir na diminuição das desigualdades sociais e na melhoria das condições de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L.D.; AYRES, J.R.C.M. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 3, p. 323-344, septiembre-Diciembre, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. A clínica e a Epidemiologia: laços, contratos e contradições. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 207-14.
- ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a Epidemiologia**. Salvador: Apce-Abrasco, 1992.
- _____. **Epidemiologia sem números**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- ARMUS, D. Qué historia de la salud y la enfermedad? [Editorial]. **Salud Colectiva**, v. 6, n. 1, 2010, p. 5-10. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n1/v6n1a01.pdf>>. Acesso em: 13/09/2012.
- ARREAZA, A.L.V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1001-1013, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400022&script=sci_arttext>. Acesso em: 13/09/2012.
- AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, jul, 2011, p. 1301-1311. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/06.pdf>>. Acesso em: 13/09/2012.
- _____. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). *In* MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p.52-91. Online: Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>>. Acesso em: 13/09/2012.
- BARATA, R. B. Causalidade e Epidemiologia. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4. n. 1, jun. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/10/2011.
- BIRMAN, J. A. Physis da Saúde Coletiva. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, supl. 15, p. 11-16, 2005.
- BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde - Parte 1**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011, v. 5. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.5.pdf>. Acesso em: 13/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme Regulamento Sanitário Internacional 2005 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 02/10/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 ago. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html>. Acesso em: 23/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria n. 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 mai. 2005. Revogada pela Portaria n. 2.254 de 05 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Lei n. 8.080, 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**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990 a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 26/08/2010.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 05/12/2011.

BRASIL. **Constituição** (1988). Brasília,DF: Senado, 1988.

BREILH, J. Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade: entrevista.[03-11-2011]. **Radis Comunicação e saúde**: Radis na Rede. Entrevista concedida a Célia Guimarães e Raquel Junia. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na->

rede/%E2%80%98precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressivas-mas-com-mais-q>. Acesso em 10/09/2012.

BREILH, J. La epidemiologia crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, 2010, v. 6, n. 1, p. 83-101.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP-Hucitec, 1991.

CHAVES, M.M.N. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias** [Tese]. Programa interunidades EE-EERP da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010, 271p.

CNES. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. DATASUS. 2012. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=05&VListar=1&VEstado=41&VMun=410690&VSubUni>. Acesso em: 30/04/2012.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15. n. 4, p. 679-84, out/dez. 2006.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Assistência**. Atenção Hospitalar. Disponível em:
<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-hospitalar>>. Acesso em: 29/04/2012.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de Curitiba**. Curitiba, 2010, XXI. Disponível em
<[http://www.hc.ufpr.br/files/boletim_2010\[1\].pdf](http://www.hc.ufpr.br/files/boletim_2010[1].pdf)>. Acesso em: 17/09/2012

EGRY, EY. Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e método de intervenção. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Estágio Curricular 2011. Disponível em:
<www.moodle.stoa.usp.br/mod/resource/view.php?id=38633>. Acesso em: 12/07/2012.

EGRY, EY. Cipecando rumbo à equidade: reflexões acerca da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, set-out., 2009, v. 62, n. 5, p. 762-5.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.). **Isto é**

trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 33-55.

FAUSTINO, R.L.H. **Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 198 p.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Ed. Ática, 2007.

FONSECA, R.M.G.S da.; EGRY, E.Y. Epidemiologia Social. In: EGRY, EY.; HINO, P. **Las necesidades em salud en La perspectiva de La atención básica**. São Paulo :Dedone Editorial, 2009, p. 29-57..

FONSECA, RMGS; EGRY, EY, BERTOLOZZI, MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. IN: EGRY, EY, CUBAS, MR, organizadoras. **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPECSC guia para pesquisadores**. Curitiba (PR): ABEn-PR; 2006, p. 19-62.

FRACOLLI, LA. Processo de produção e Processo de Trabalho em saúde: uma discussão para a Enfermagem. In: EGRY EY, CUBAS MR, (Organizadoras). **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPECSC: guia para pesquisadores**. Curitiba (PR): ABEn-PR; 2006.

HC - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Revista do Hospital**. Edição Especial, Agosto/2011. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/sites/all/arquivos/HC50ANOS_1_20.pdf>. Acesso em: 23/08/2012.

HC - HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Dados institucionais**, 2012. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/261>>. Acesso em: 01/05/2012.

HT - HOSPITAL DO TRABALHADOR (Paraná). **Histórico**. Disponível em: <http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=16>>. Acesso em: 09/08/2012a.

HT- HOSPITAL DO TRABALHADOR (Paraná). **Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=21>>. Acesso em: 09/08/2012b.

HT - HOSPITAL DO TRABALHADOR (Paraná). **Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção hospitalar**. Disponível em: <<http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=16>>. Acesso em: 09/08/2012c.

HPP - HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE. **Homepage institucional**. Disponível em: <<http://www.hpp.org.br/estrutura-fisica>>. Acesso em: 30/04/ 2012.

HUC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU (Curitiba). **Assistência, ensino qualificado e pesquisa**. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/saude/alianca/cajuru/index.html>>. Acesso em: 03/08/2012.

HUEC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA. **Homepage institucional**. Disponível em: <http://www.evangelico.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=34>. Acesso em: 29/04/2012.

IPPUC - INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO. **Curitiba em dados**. Disponível em: <<http://curitibaemdados.ippuc.org.br/>>. Acesso em 17/09/2012.

LACERDA, R. Memórias póstumas de Carlos Lacerda: política, a gente morria por ela e se matava por ela. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 fev 2011. Folha Ilustríssima. p. 4-9.

MACEDO, L. C.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; MAZZA, V. A. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12. n. 26, p. 649-657, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 17/10/2011.

MATIAS, A.C.M. **Clima organizacional e satisfação laboral**: um estudo sobre os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de Natal/RN. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, 2010. 138 f. : ii.

MEDEIROS, ARP; LAROCCA, LM; CHAVES, MMN; MEIER, MJ; WALL, ML. A Epidemiologia como referencial teórico-metodológico no Processo de Trabalho do enfermeiro. **Rev.Esc. Enf. USP**, no prelo.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo : CEFOR, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOREIRA, S.D.R.; PEDROSO, H.C.; SOUZA, R.H.S.; VALESCA, A.; CARVALHO, D.S.; SILVA, S. A experiência do serviço de epidemiologia hospitalar como estratégia de aprimoramento da formação do profissional de saúde na prática da Vigilância Epidemiológica. *In: Anais da 4a Expoepi*: Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças; 2004 nov. 23-26; Brasília, Brasil, Ministério da Saúde; 2005.

MOURA, D. **Saúde não se dá**: conquista-se. São Paulo: Hucitec, 1989.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, Ligia et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008, pp . 435-472.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc. Enf. USP**, v. 34. n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-87.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia/NHE**. Paraná, 2008. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA04/Relatorio_NHE_CIB.pdf>. Acesso em: 25/08/2010.

PARANÁ ONLINE. **Hospital Cajuru Celebra 45 Anos de Sua Fundação**, 2012. Disponível em: <<http://www.paranaonline.com.br/editoria/cidades/news/57987/?noticia=HOSPITAL+CAJURU+CELEBRA+45+ANOS+DE+SUA+FUNDACAO>>. Acesso em: 03/08/ 2012.

PASSOS, L. M. R. **Assistir e vigiar**: as ações da Vigilância Epidemiológica na Unidade Básica de Saúde: situação atual e perspectivas. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15092004-094725/>>. Acesso em: 25/08/2010.

PERNA, P. O.; CHAVES M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do coletivo para a ação da Enfermagem. **Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, n. 6, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P..pdf>>. Acesso em: 13/08/2011.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume/CNTSS; 1998.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2012.

SCHETTERT, P. A. S. **Vigilância hospitalar**: possibilidades e obstáculos de uma prática integrada. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina , Social, 2008, 223f.

SCHOUTT, D. **Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica: a experiência no Estado de São Paulo**. Dissertação [Mestrado], Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, 1998, 137p.

SOUZA, S.S. *et al.* A Epidemiologia como instrumental na produção do conhecimento em Enfermagem. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 16. n. 1. p. 58-63, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a09.pdf>>. Acesso em: 20/08/2010.

TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/CEBES, 2008, pp . 795-818.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; BAPTISTA, T.W.F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/CEBES, 2008, pp . 65-105.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA. DISCURSO LIVRE

1. **CONSIDERANDO O PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR, DESCREVA O MAIS DETALHADAMENTE POSSÍVEL, UMA SEMANA TÍPICA DE TRABALHO OU UMA SITUAÇÃO-PROBLEMA QUE TENHA CHAMADO A ATENÇÃO E ENVOLVIDO OUTROS TRABALHADORES DE SAÚDE, NA QUAL VC TENHA UTILIZADO A EPIDEMIOLOGIA COMO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.**

- DESCREVER A SITUAÇÃO
- QUEM
- COMO ACONTECEU
- COMO FEZ
- QUEM FALA
- QUAL FOI A DECISÃO?
- VOCÊ CONCORDA?
- ESSA PRÁTICA TEM SIDO USUAL
- COMO FOI A CONDUÇÃO A PARTIR DISSO

2. **CONCEITOS A PARTIR DAS CATEGORIAS. SABERES IDEOLÓGICOS. SABERES INSTRUMENTAIS.**

- RELAÇÃO COM DISTRITO: FREQUÊNCIA DE VISITA, TELEFONE...
- ESPAÇOS FORMAIS PARA APRESENTAÇÃO DO NHE: TIPO E FREQUÊNCIA REUNIÕES
- RELATÓRIOS: COMO E PARA QUEM? BOLETIM DIVULGAÇÃO DADOS...
- HIERARQUIA E RELAÇÃO COM COLEGAS

APÊNDICE 2 - CARACTERIZAÇÃO – QUESTÕES ESTRUTURADAS

DATA:

INSTITUIÇÃO: **I1, I2.....I5**

I - A instituição

1. Identificação: **E1 a E9**

2. Tipo de estabelecimento quanto à clientela:

SUS SUS+Convênios e particulares

II - O SUJEITO DA PESQUISA

3. Identificação: **E1,E2...E9**

4. Sexo: Feminino Masculino

5. Idade: Entre 20 e 30 anos Entre 30 e 40 anos

entre 40 e 50 anos mais de 50 anos

6. Tempo de graduação:

Há menos de um ano entre 1 e 3 anos mais de 3 anos

7. Último nível cursado: Graduação Especialização

Mestrado Doutorado Outro

Qual:

8. Há quanto tempo desenvolve ações no Núcleo de Epidemiologia Hospitalar?

há menos de um ano entre 1 e 3 anos há mais de 3 anos

9. Recebeu treinamento específico para sua função?

Sim Não

Qual:

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

7. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e a Saúde Coletiva – uma trajetória inovadora para a Enfermagem” parte de dissertação de Mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As Pesquisas promovem avanços importantes para a área de Enfermagem e sua participação é fundamental.

O objetivo geral deste estudo é Reconhecer junto aos Enfermeiros dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, a relação entre saúde coletiva e os diferentes saberes e formas de pensar/fazer Epidemiologia.

Caso você concorde em participar, será realizada uma entrevista em áudio, gravada, no seu local de trabalho ou outro de sua escolha, em dia e horário que melhor lhe convier, com duração média de 40 minutos, durante a qual você será convidado a ler uma breve descrição sobre os assuntos que lhe serão perguntados, intitulada “Vinheta”, depois do que lhe serão feitas algumas perguntas referentes ao seu processo de trabalho no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. A realização de entrevista em local reservado, bem como a utilização da vinheta reduz a possibilidade de constrangimento frente ao desconhecimento de alguma resposta, por conter conceitos relacionados ao tema da pesquisa.

A pesquisadora Adeli Regina Przybicien de Medeiros, enfermeira, poderá ser contatada para esclarecimentos sobre sua pesquisa, a qualquer tempo, pelos telefones (41) 30155215 (res), (41) 99960304, (41) 33601035 (com. de segunda a sexta-feira), e-mail adeli.medeiros@ufpr.br. Endereço: Rua General Carneiro 181, Anexo G, Alto da Glória, Curitiba, Paraná

A sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo, e seu anonimato será preservado. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, fitas, etc.) não são da sua responsabilidade.

A sua entrevista será áudio gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Ao final dela, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade dos registros feitos. Tão logo a pesquisa termine, sua entrevista, as fitas gravadas e o instrumento de coleta de dados serão apagados/destruídos.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e finalidades deste estudo. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão me afete diretamente.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante/sujeito Data ____ / ____ / ____

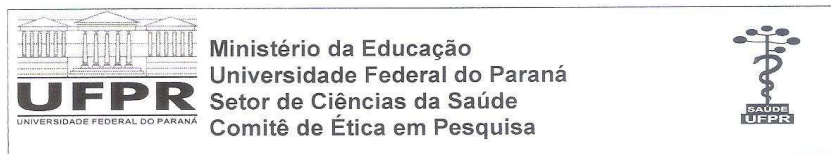
Assinatura do pesquisador Data ____ / ____ / ____

Aprovado pelo Comitê de Ética
em Pesquisa do Setor de Ciências
da Saúde/UFPR.

Em, 31 / 08 / 2011

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 06 de setembro de 2011.

Ilmo (a) Sr. (a)
Adeli Regina Przybicien de Medeiros
Liliana Muller Larocca

Nesta

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e a Saúde Coletiva – uma trajetória inovadora para a enfermagem**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 03 de agosto de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 31 de agosto de 2011.

Registro CEP/SD: 1184.109.11.08

CAAE: 0110.0.091.091-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial: 07/03/2012.

Atenciosamente

Cláudia Seely Rocco
Prof.ª Dr.ª Cláudia Seely Rocco
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde





Curitiba, 05 de outubro de 2011.

Adeli Regina Przybicien de Medeiros
Pesquisadora Responsável

Prezada Senhora,

Comunicamos que as pendências solicitadas por este Comitê de Ética referente ao projeto de pesquisa intitulado **Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e a Saúde Coletiva: Uma trajetória Inovadora para a Enfermagem**, registro no CEP 1006-11, avaliado em reunião plenária em 26 de setembro de 2011, foram atendidas e chegou-se ao seguinte parecer: **foi aprovado** e está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatórios trimestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Atenciosamente

Prof. Dr. Luiz Antonio Munhoz da Cunha
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa de Seres Humanos - HPP

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA
 HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Hospital Pequeno Príncipe / Hospital de Crianças César Pernetta / Faculdades Pequeno Príncipe / Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe
 Rua Desembargador Motta, 1070 • Curitiba, PR, Brasil • CEP 80.250-060 • tel.: + 55 41 3310.1010 • fax: + 55 41 3225.2291 • info@hpp.org.br
 www.pequenoprincipe.org.br • CNPJ: 76.591.569/0001-30 / Inscrição Estadual: isento / Inscrição Municipal: 5.002.035.943-2