

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X
ISSN 1806-4272 – online

Nesta edição: nº 4

**Saúde em dados
contextualização**

GAIS
GRUPO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BEPA₇₂

Volume 6 Número 72 dezembro/2009

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 6 Nº 72

dezembro de 2009

Nesta edição

- Avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo
Evaluation of the implanting of hospital epidemiologic centers in the State of São Paulo..... 4
- Diagnóstico de serviços de controle de zoonoses no Estado de São Paulo
Diagnostic of control services of zoonoses in the State of São Paulo 17
- Formação de um grupo de médicos-veterinários que atuam no controle de cães e gatos no serviço público de municípios do Vale do Paraíba, SP
Formation of a group of veterinarians operating in control of dogs and cats in the public service in municipalities of Vale do Paraíba, SP..... 26
- Instruções aos Autores
Autor's Instructions..... 32
- Saúde em dados contextualização – GAIS
Hospitais de ensino: oportunidade de interação intra e interinstitucional
Teaching hospitals: opportunity for intra-institutional and inter-institutional relations

Expediente

Editor Geral

Clelia Maria Sarmiento Souza Aranda

Editores Associados

Affonso Viviane Junior – Sucen/SP
Ana Freitas Ribeiro – CVE/CCD/SES-SP
Fernando Fiuza – Instituto Clemente Ferreira/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CD/CCD/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Marta Lopes Salomão – IAL/CCD/SES-SP
Neide Yume Takaoka – Instituto Pasteur/CCD/SES-SP

Comitê Editorial

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Artur Kalichmam – CRT/AIDS/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – Instituto Butantan/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Gerusa Figueiredo – CCD/SES-SP
José da Silva Guedes – Instituto Butantan/SES-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Telma Regina Carvalhanas – CVE/CCD/SES-SP
Vera Camargo-Neves – CCD/SES-SP
Virgília Luna – Sucen/SES-SP

Consultores Científicos

Albert Figueiras – Espanha
Alexandre Silva – CDC Atlanta
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Exedito José de Albuquerque Luna – USP
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu- SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP/USP
José Cássio de Moraes – FCM-SC/SP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/SP
José da Rocha Carvalho – Fiocruz-RJ
Luiz Jacintho da Silva – FM/Unicamp
Maria Mercia Barradas – Abec
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF Pará
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – CVE/CCD/SES-SP

Coordenação Editorial

Cecília S. S. Abdalla
Cláudia Malinverni
Letícia Maria de Campos
Sylia Rehder

Centro de Produção e

Divulgação Científica – CCD/SES-SP

Projeto gráfico/editoração eletrônica

Marcos Rosado – Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP
Zilda M Souza – Nive/CVE/CCD/SES-SP



Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 135
CEP: 01246-000 – Cerqueira César
São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825
E-mail: bepa@saude.sp.gov.br
<http://ccd.saude.sp.gov.br>

Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Para republicação de qualquer material, solicitar autorização dos editores.

Avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo

Evaluation of the implanting of hospital epidemiologic centers in the State of São Paulo

Ana Freitas Ribeiro*; Vera Lucia Malheiro

Coordenação do Subsistema de Vigilância em Âmbito Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

O objetivo fundamental da vigilância epidemiológica hospitalar é a detecção e investigação oportuna de agravos de notificação compulsória, em especial as doenças emergentes. A notificação pelo núcleo hospitalar de epidemiologia à vigilância municipal de doenças que necessitam de ações imediatas permite a implementação de medidas de controle na comunidade, evitando, assim, o aparecimento de casos secundários. A criação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, com a implantação da Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, viabilizou o aprimoramento das ações de vigilância epidemiológica hospitalar, com impacto importante na implementação de medidas de controle no Estado de São Paulo. As ferramentas para notificação e investigação de casos no ambiente hospitalar, tais como a busca ativa em setores importantes do hospital, pronto-socorro, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, laboratório e farmácia, que possibilitou a melhoria da sensibilidade e oportunidade do sistema de vigilância em âmbito hospitalar. A pandemia de influenza A/H1N1, emergência em saúde pública de interesse internacional, exigiu de todos os países resposta coordenada, em especial das áreas da saúde, vigilância epidemiológica, laboratório e assistência. A rede de núcleos hospitalares de epidemiologia estadual notificou e investigou alta proporção de casos de influenza A/H1N1, reforçando a necessidade de consolidação e ampliação da rede como estratégia fundamental para as respostas às emergências em saúde pública, em consonância com o novo regulamento sanitário internacional (RSI) de 2005.

PALAVRAS-CHAVE: Núcleos hospitalares de epidemiologia. Vigilância epidemiológica hospitalar.

*Trabalho de conclusão do curso de especialização de gestão pública em saúde – Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Coordenadoria de Recursos Humanos.

ABSTRACT

The major objective of epidemiologic surveillance in hospitals is opportune detection and investigation of hazards of compulsory notification, especially emerging diseases. Notification by the hospital epidemiologic center to municipal surveillance of the diseases that require immediate action allows implementation of control measures in the community, avoiding appearance of secondary cases. Creation of the Subsystem of Hospital Epidemiologic surveillance, with the implantation of the Hospital Epidemiologic Center Network, allowed perfecting of the actions linked to hospital epidemiologic surveillance with significant impact on the implementation of control measures in the State of São Paulo. The tools for case reporting and investigation in hospital environment, such as active search in important sectors of the hospital, first aid clinics, internment units, intensive care units, laboratory and pharmacy, allowed improvement of the sensitivity and opportunity of the surveillance system within hospitals. The pandemics of influenza A/H1N1, a public health emergency of international interest, demanded, from all countries, coordinated answers especially from areas such as epidemiologic surveillance, laboratory and assistance. The hospital epidemiologic surveillance network of the state notified and investigated a high proportion of influenza A/H1N1 cases, outlining the need to consolidate and broaden this network as a fundamental strategy to answer public health emergencies, according to the new 2005 International Health Regulations

KEY WORDS: Hospital Epidemiologic Centers. Hospital epidemiologic surveillance.

INTRODUÇÃO

Vigilância epidemiológica

O termo vigilância foi inicialmente vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena surgidos no final da Idade Média, consolidando-se nos séculos XVII e XVIII com o desenvolvimento do comércio e das cidades. Esses conceitos determinavam a separação compulsória de doentes, visando à proteção da população. Nesse sentido, a vigilância tinha como função primordial acompanhar os contatos de doentes (cólera, varíola e peste),

para detecção dos primeiros sintomas e instituição de isolamento precoce.^{1,2}

Nos Estados Unidos, em 1955, a partir de acidente com a pesquisa de campo para utilização de vacina contra poliomielite, houve contaminação da vacina com o vírus selvagem. Inicialmente, seis casos de poliomielite foram reportados ao sistema. Após investigação, 141 casos da doença associados a evento adverso foram identificados. Esse episódio representou ampliação do

conceito de vigilância.¹ Em 1963, Alexander Langmuir, do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta (EUA), incluiu na definição as atividades de coleta, análise e disseminação de dados, excetuando-se as ações de controle e prevenção de doenças.^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1965, criou a Divisão de Doenças Transmissíveis. Karel Raska, seu primeiro diretor, ampliou a definição de vigilância incluindo estudos epidemiológicos e atividades de prevenção e controle. Nesse período, o programa de erradicação da varíola abrangia as seguintes atividades: coleta regular e sistemática de dados, investigação e estudos de campo, análise e interpretação das informações, controle de epidemias, vacinação e ampla distribuição dos dados.^{1,2}

Em 1968, na Assembléia Mundial da Saúde da OMS, o conceito de vigilância epidemiológica foi estendido para problemas de saúde pública, e não apenas os relacionados às doenças infecciosas. Assim, passou a incluir, entre outras ocorrências, os envenenamentos na infância, as leucemias, as malformações congênitas, os riscos profissionais e ambientais e os acidentes e as violências.¹

Na América Latina, o conceito de vigilância foi discutido amplamente durante o I Seminário Regional sobre Sistemas de Vigilância Epidemiológica. FOSSAERT e colaboradores determinaram vigilância como “o conjunto de atividades que permitem reunir a informação disponível para conhecer em todo o momento a conduta ou história natural da enfermidade, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes para recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e

eficientes que levem à prevenção e controle de doenças.”¹

FISHMANN conceitua sinteticamente vigilância como “a obtenção de informação para ação.”¹

Em 1986, o CDC estabeleceu o conceito de vigilância como “a contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais para planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, intimamente integrado com a periodicidade de disseminação desses para aqueles que necessitam conhecê-los.”¹

THACKER e BERKELMAN propõem a adoção da denominação de “vigilância em saúde pública”. Portanto, a vigilância não inclui a pesquisa e os serviços de saúde.¹

Após reflexões de TACKER e STROUP (1997) e FOEGE et al (1976), pode-se admitir as seguintes atividades essenciais de vigilância como prática em saúde pública: o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o foco dirigido para determinados resultados específicos, a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública e o sentido utilitário e pragmático, visando estabelecer o controle de doenças.³

O conceito de vigilância em saúde visa ampliar a abordagem da prática em vigilância, incluindo: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde.³

Vigilância epidemiológica hospitalar

O objetivo da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar é detectar e investigar doenças de notificação compulsória atendidas em hospital. Com esse

objetivo geral foi instituído, por meio da Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, formado por uma rede nacional de 190 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) em hospitais de referência no Brasil¹⁰ (Anexo 1). Os hospitais são classificados em níveis (I, II e III), segundo grau de complexidade das ações de vigilância epidemiológica que desenvolvem.

O valor do repasse mensal do fator de incentivo financeiro varia conforme o nível: R\$ 1.500(I), R\$ 3.000(II) e R\$ 5.000 (III). O repasse do fator de incentivo para os núcleos de hospitais sob a administração do município é feito diretamente do Ministério da Saúde para o fundo municipal e deste para o hospital. Para os núcleos de hospitais sob administração direta das Secretarias de Estado da Saúde o repasse é feito ao Fundo Estadual. Os repasses são regulados por Termos Aditivos de Responsabilidade do Fundo de Desenvolvimento Econômico e Social (Fundes) e, no caso de São Paulo, pela Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde.

A finalidade da criação do subsistema é o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica por meio da ampliação da rede de notificação e investigação de doenças transmissíveis, com aumento da sensibilidade e da oportunidade na detecção de agravos de notificação compulsória. A implantação do NHE permite ao município, primordialmente, a adoção de medidas de controle oportunas, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças na população. A instituição da

rede de hospitais de referência serve de apoio para o planejamento das ações de vigilância. As atribuições do núcleo de epidemiologia no hospital são fundamentais também no planejamento e gestão hospitalar.¹⁰

A vigilância hospitalar de agravos de notificação constitui fonte importante de informação para os sistemas de vigilância municipal, estadual e nacional. É importante ressaltar o hospital como porta de entrada de pacientes, principalmente em doenças que cursam com maior gravidade, como, por exemplo, meningites, hantavirose, tétano, febre amarela e raiva, entre outras. A notificação imediata de alguns agravos pelo profissional do hospital, como de doença meningocócica e doenças exantemáticas, possibilita a implementação das ações de controle, tais como quimioprofilaxia de comunicantes e vacinação de bloqueio, quando indicadas. Essas medidas estão normalizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo impacto na interrupção da cadeia de transmissão, se implementadas de forma oportuna.

Portanto, a presença de profissional capacitado em vigilância epidemiológica no hospital, participando da composição dos núcleos de vigilância, melhora a sensibilidade do sistema de vigilância e, conseqüentemente, a intervenção oportuna para prevenção de casos secundários e disseminação da doença na população.^{4,11}

A criação do subsistema de vigilância em âmbito hospitalar considerou a Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006,¹² que define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória,

incluindo a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo viral. Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do sistema público de saúde, desde 1988 norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde, a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos Anexos I, II e III da referida Portaria. O anexo I inclui 41 agravos.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo atualizou a lista de doenças de notificação compulsória, em fevereiro de 2006, elencando 44 doenças ou agravos de notificação obrigatória, bem como epidemias e agravos inusitados.¹³

O ambiente hospitalar é importante fonte para a notificação das DNC, principalmente os casos mais graves. Além disso, a investigação epidemiológica de casos pode demonstrar surgimento de novas doenças (emergentes), a reemergência de outras e, até mesmo, mudanças na história natural de uma doença, com impacto importante para a saúde pública no País.¹⁰

O aparecimento de doenças emergentes decorre do crescimento e deslocamento populacional e do desmatamento, bem como do tráfico de animais silvestres. O número crescente de viagens, principalmente internacionais, também contribui para a emergência de doenças. O desenvolvimento tecnológico das aeronaves tem reduzido o tempo de deslocamento, possibilitando o acesso das pessoas a diferentes regiões do mundo ainda no período de incubação de doenças.¹⁴

Em novembro de 2002, os primeiros casos da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) foram registrados em Guangdong, na China, de onde rapidamente se disseminou para 26 países dos cinco continentes. Do início da epidemia até julho de 2003, quando a OMS declarou a interrupção da transmissão da SRAG, foram registrados 8.098 casos e 774 óbitos (letalidade 9,6%). O ambiente hospitalar consistiu importante fonte de disseminação da doença, com registro de 1.706 profissionais de saúde (21%) acometidos. Foram notificados também 142 casos importados.¹⁵

Em abril de 2009, o CDC de Atlanta registrou dois casos de doença respiratória febril em crianças no sul da Califórnia (EUA), com diagnóstico laboratorial de infecção pelo vírus geneticamente semelhante à influenza suína A/H1N1. O vírus contém um segmento de gene não identificado anteriormente em influenza humana e suína. As duas crianças não tiveram contato com porcos. Outros seis casos foram registrados em território norte-americano, nos Departamentos de Saúde Pública da Califórnia e do Texas. Ao mesmo tempo, amostras de pacientes do México confirmaram o mesmo subtipo viral.¹⁸

Em 12 de abril de 2009, o México registrou surto de doença respiratória aguda em Gloria, Veracruz, caracterizado por alta taxa de ataque (28,5%). Em março e abril, 47 casos de pneumonia severa com 12 óbitos foram identificados na cidade do México, São Luis de Potosi e outras cidades. Em quatro amostras foi identificado o novo subtipo viral de influenza A/H1N1.¹⁹

Em 11 de junho de 2009, a Organização Mundial de Saúde elevou o nível de

alerta mundial para a fase 6, ou seja pandemia causada pelo novo vírus influenza A/H1N1- linhagem suína. A ação ocorreu pela rápida propagação do vírus e não pela gravidade da doença.¹⁸

No mundo, até 22 de novembro de 2009, foram confirmados mais de 628.482 casos de influenza H1N1, com 7.862 óbitos, em 207 países – a maioria dos quais não notifica mais casos individualmente, particularmente os leves e moderados; portanto, há subnotificação importante. Na semana 46, América do Norte, Europa e leste da Ásia apresentam intensa atividade viral, com disseminação importante de casos de influenza.²¹

A criação do subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e a instituição da rede de referência de núcleos hospitalares de epidemiologia consolidam a importância do hospital como fonte importante para investigação de agravos de notificação compulsória, doenças emergentes e reemergentes, tendo em vista a implementação oportuna de medidas de controle. O conhecimento do perfil dessas doenças pode demonstrar mudanças na história natural, bem como sugerir aumento de transmissão, contribuindo para identificação de epidemias. A emergência de um novo subtipo viral de influenza e a disseminação de casos reforça a importância da implantação de núcleos hospitalares de epidemiologia para detecção, investigação e monitoramento de casos de doença respiratória aguda grave.

METODOLOGIA

A avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia foi realiza-

da a partir do preenchimento de instrumento autoaplicado “Monitoramento das Ações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar” (NHE) – SVS/Ministério da Saúde, referente ao ano de 2007. Os questionários foram digitados no programa EPI INFO™, versão 6.04d.

As notificações realizadas pelos NHEs foram comparadas antes e após a sua implantação, bem como analisadas com o número de autorizações de internação hospitalar (AIH) realizadas pelos respectivos hospitais. As informações de doenças de notificação compulsória foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Os dados até 2006 correspondiam à versão Sinanw, e a partir de 2007 Sinannet, disponibilizados pelo Núcleo de Informações em Vigilância Epidemiológica (Nive) do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE), órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP). O número de AIHs dos hospitais pertencentes à rede de referência para vigilância hospitalar foi coletado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), disponível no site www.saude.sp.gov.br.

RESULTADOS

São Paulo participa do subsistema com 39 núcleos em hospitais distribuídos por todo o Estado. A coordenação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar do Estado de São Paulo e o CVE estabeleceram critérios para a indicação da lista de hospitais que compõem esta rede, aprovada na

Comissão Intergestora Bipartite e homologada pela SVS/MS. O número de notificações realizadas pelo núcleo em 2003 (Sinan/NIVE/CVE) e o fato de a unidade hospitalar já ter núcleo nível instituído foram os critérios utilizados pela SES-SP para indicação dos núcleos níveis III e II. As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) definiram os hospitais de nível I.

A distribuição dos 39 núcleos (7 de nível III, 12 de nível II e 20 de nível I) pelas regionais de saúde foi definida a partir da estimativa populacional (1 núcleo para 1 milhão de habitantes) (Figura e Quadro). Esses núcleos recebem incentivo financeiro mensal, que é repassado aos Fundos Estadual e Municipais de Saúde pela SVS/MS, de acordo com o grau de complexidade.

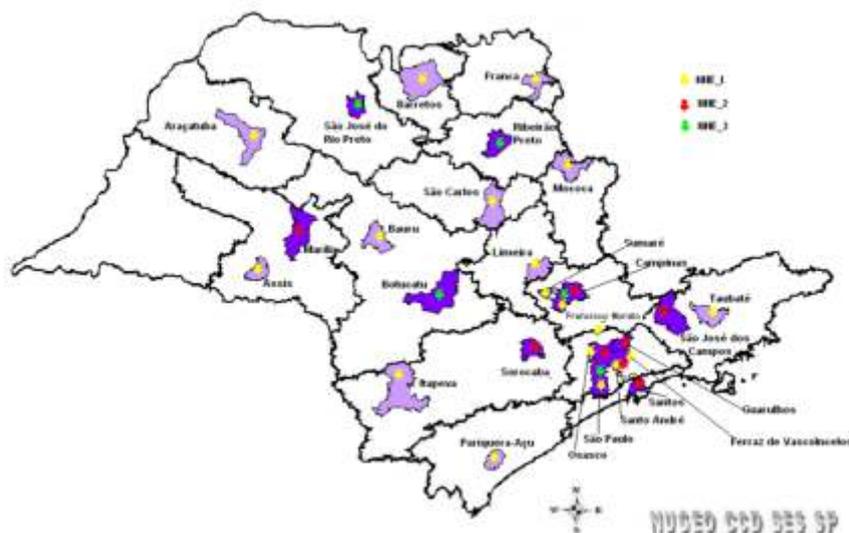


Figura. Núcleos hospitalares de epidemiologia, segundo município e nível. Estado de São Paulo.

Quadro. Distribuição dos núcleos hospitalares de epidemiologia segundo nível. Estado de São Paulo – 2009.

Nível III	Nível II	Nível I
Instituto de Infectologia Emilio Ribas	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	Hospital Infantil Menino Jesus
Hospital das Clínicas (FMUSP)	Hospital Casa de Saúde Santa Marcelina	Hospital Infantil Cândido Fontoura
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Hospital Regional Sul	Centro Hospitalar do Município de Santo André
HC Faculdade de Medicina de Botucatu	Hospital Municipal Tatuapé	Hospital Regional Ferraz de Vasconcelos – Dr. Osiris F. Coelho
HC Unicamp	Dr. Cármino Caricchio	Hospital Estadual Professor Carlos Lacaz – Francisco Morato
HC Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Hospital São Paulo	Hospital Geral de Pirajussara – Taboão da Serra
Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José Rio Preto	HC Dr. Radamés	Hospital Municipal Antonio Giglio – Osasco
	Nardini – Mauá	Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba
	Hospital Geral de Guarulhos	Santa Casa de São Carlos
	Hospital Municipal Mario Gatti – Campinas	Hospital Regional de Assis
	HC Fundação Municipal de Ensino Superior – Marília	Santa Casa de Barretos
	Hospital Guilherme Álvaro – Santos	Hospital Estadual de Bauru
	Hospital Municipal José de C. Florence – São José dos Campos	Hospital Estadual de Sumaré
	Conjunto Hospitalar de Sorocaba	Hospital e Maternidade Celso Pierro
		Santa Casa de Misericórdia de Franca
		Santa Casa de Limeira
		Hospital Regional Vale do Ribeira
		Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Mococa
		Santa Casa de Misericórdia de Itapeva
		Hospital Universitário de Taubaté

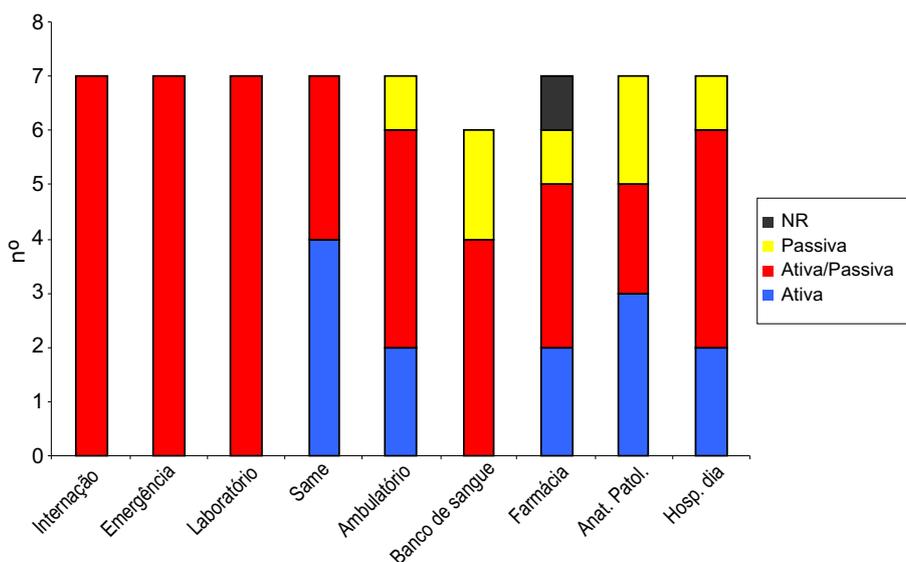
O processo de trabalho realizado pelos profissionais dos núcleos requer sistematização das fontes de dados no hospital. A busca ativa de casos em locais estratégicos possibilita a identificação dos casos, aumentando assim a sensibilidade do sistema. A busca ativa no laboratório é fundamental para identificação de casos, em especial dos pacientes atendidos no ambulatório, pois os núcleos têm dificuldade para realizar essa ação de forma sistemática, em decorrência do número elevado de consultas ambulatoriais. Os exames laboratoriais solicitados, sorologia para dengue e líquor, entre outros, ajudam na identificação de suspeito de DNC atendidos no hospital.

O encerramento do caso deverá ser realizado entre 30 e 60 dias após a notificação, para doenças agudas, sendo fundamental a disponibilidade do resultado do exame para confirmação e descarte dos casos, bem como o critério de confirmação, laboratorial ou, em algumas situações especiais, clínico-epidemiológico.

Os NHE de nível III realizam busca ativa em áreas importantes para detecção de

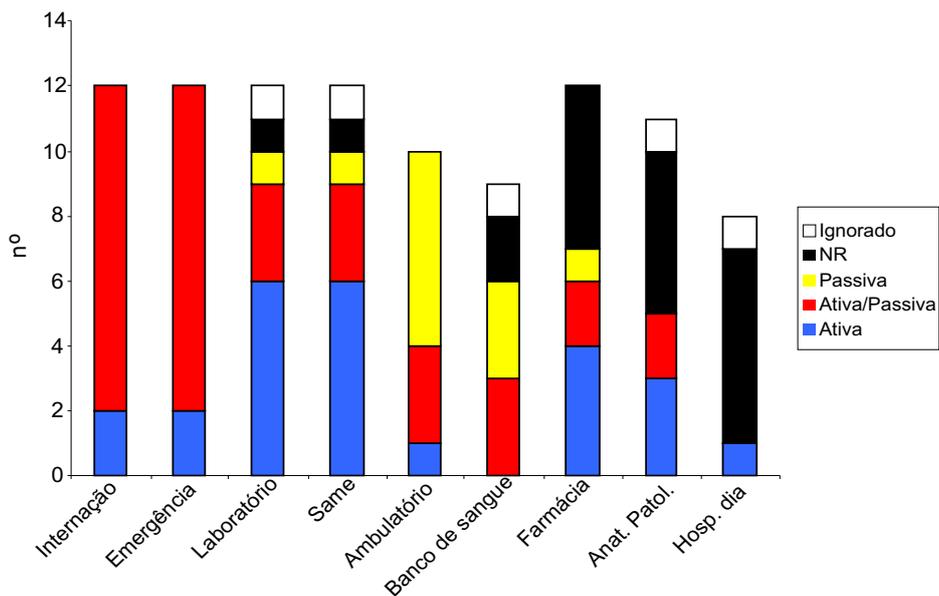
casos de DNC, tais como: internação, emergência, laboratório e Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same). Pequena proporção de NHE realiza apenas notificação passiva no ambulatório, banco de sangue, farmácia, anatomia patológica e hospital-dia, conforme Gráfico 1. Essa forma, tradicionalmente, reflete baixa sensibilidade para detecção de agravos, pois depende da notificação pelo profissional da assistência. É preciso investir em ações de sensibilização desses profissionais para a notificação de casos suspeitos de DNC.

Os NHE de nível II realizam também busca ativa em locais fundamentais para a vigilância epidemiológica hospitalar (internação, emergência e laboratório). No ambulatório, a notificação passiva como fonte de detecção de casos é efetuada em 50% dos hospitais, podendo, assim, comprometer a sensibilidade do sistema. A busca ativa no laboratório aprimora a sensibilidade do sistema, pois o conhecimento da solicitação de exames para diagnóstico de DNC permite a detecção de casos, conforme Gráficos 2 e 3.



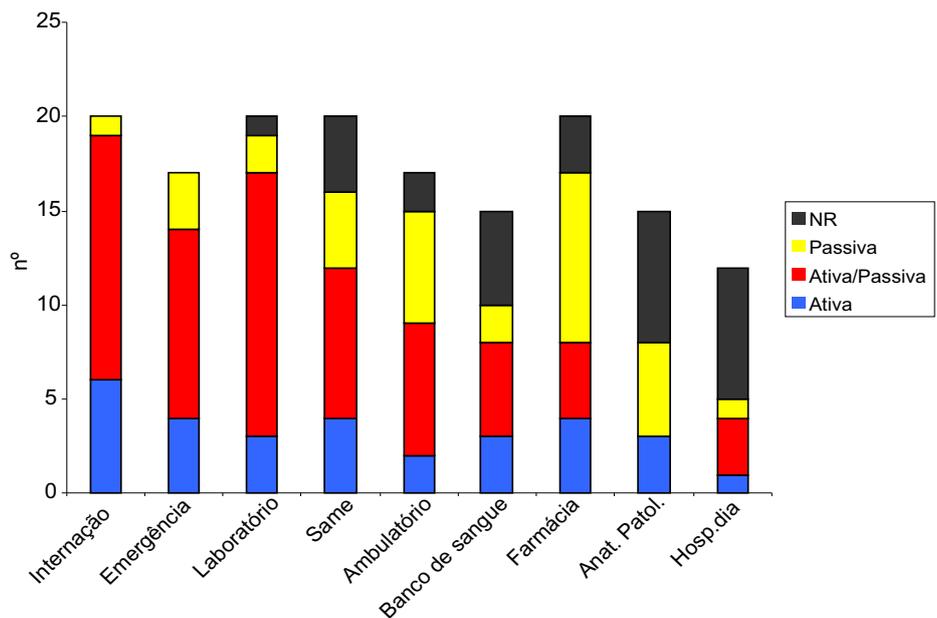
Obs.: excluídos os hospitais que não têm estes serviços (NA - não se aplica)

Gráfico 1. Núcleos hospitalares de epidemiologia Nível III segundo tipo e local de busca de caso. Estado de São Paulo, 2008.



Obs.: excluídos os hospitais que não tem estes serviços (NA - não se aplica)

Gráficos 2. Núcleos hospitalares de epidemiologia Nível II segundo tipo e local de busca de caso. Estado de São Paulo, 2008.



Obs.: excluídos os hospitais que não tem estes serviços (NA - não se aplica)

Gráfico 3. Núcleos hospitalares de epidemiologia Nível I segundo tipo e local de busca de caso. Estado de São Paulo, 2008.

Os hospitais que compõem a rede de núcleos hospitalares de epidemiologia de nível I efetuam busca ativa em setores primordiais para detecção de DNC. Vale ressaltar o aumento de técnicas menos sensíveis, como a busca passiva em áreas importantes do hospital, conforme apresentado no Gráfico 3.

O investimento em capacitação realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, desde 2000, tem sido fundamental para o aprimoramento das ações de vigilância epidemiológica hospitalar no

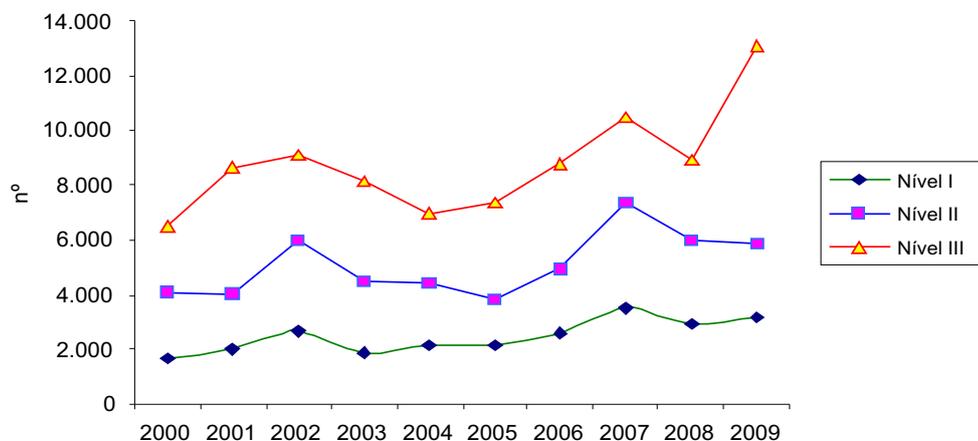
Estado de São Paulo. Entretanto, é fundamental manter treinamentos permanentes, tendo em vista a rotatividade de profissionais nos hospitais.

A evolução das notificações de DNC nos hospitais pertencentes ao Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar mostra aumento importante a partir de 2005, ano da implantação dos NHE em São Paulo. Comparando 2008 e 2005, o crescimento proporcional das notificações foi de 46,3% para o nível I, 67%, nível II e 36,5% nos hospitais de nível III.

Em 2007, incidência elevada de dengue no Estado de São Paulo refletiu no aumento da curva de casos dos hospitais, segundo diferentes níveis, conforme apresentado no Gráfico 4. O desenvolvimento de estratégias para implementar a busca ativa em setores prioritários no hospital mostra impacto importante no número de agravos notificados aos sistemas de vigilância municipal, estadual e nacional. A melhoria da sensibilidade na detecção de DNC permite agilidade na adoção das medidas de controle, bem como o melhor conhecimento da magnitude das doenças. A oportunidade na notifi-

cação das DNC, principalmente àquelas que necessitam ação imediata é de fundamental importância.

O encerramento das meningites bacterianas pelo critério laboratorial é um indicador pactuado pela SVS/MS. A melhoria do diagnóstico dessas meningites tem tido papel importante na detecção de surtos e epidemias de doença meningocócica, possibilitando assim a adoção de medidas de controle, tais como a quimioprofilaxia dos comunicantes e a vacinação da população suscetível, nos casos de surtos. Em 2006, a proporção de meningite bacteriana encerrada pelo critério laboratorial foi de 42,9% nos hospitais com NHE e 37,9% naqueles sem NHE, diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$). O programa da melhoria da vigilância das meningites bacterianas desenvolvido em hospitais pertencentes ao subsistema nos municípios de São Paulo e de Campinas, com a introdução do PCR em tempo real, RT-PCR, método diagnóstico mais sensível, contribuiu para o alcance da meta pactuada, com aumento da identificação etiológica das meningites bacterianas.¹⁷



Fonte: Sinanw/SinanNet/Nive e TbWeb/Divisão de Tuberculose/CVE/CCD/SES-SP

Gráfico 4. Número de casos de doença de notificação compulsória segundo hospital NHE e nível, 2000 a 2009.

A avaliação do número de internações pagas pelo SUS demonstra estabilidade, não apresentando variações significativas, conforme Gráfico 5. Em 2009, foram notificados no Estado de São Paulo 31.589 casos de síndrome respiratória aguda grave (dados até 17 de outubro), com suspeita de influenza A/H1N1, sendo 24,0% nos 39 hospitais pertencentes ao Subsistema de Vigilância em Âmbito Hospitalar.

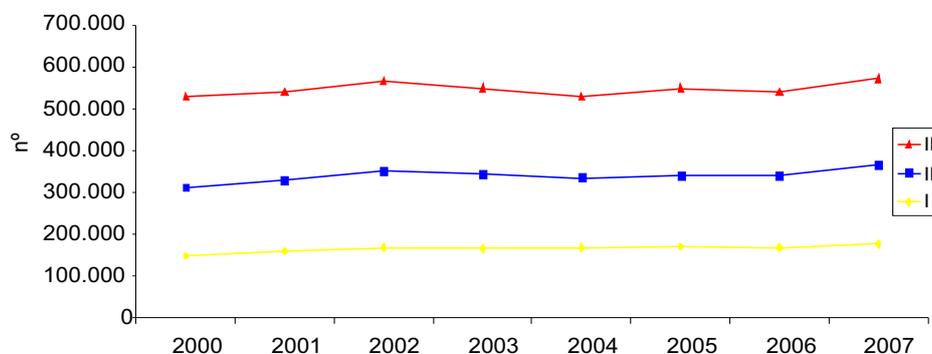
CONCLUSÕES

A implantação do Subsistema de Vigilância em Âmbito Hospitalar, com a instituição de núcleos hospitalares de epidemiologia, possibilitou o aprimoramento das ações de vigilância epidemiológica, com melhoria da sensibilidade e oportunidade nas ações de controle. O repasse financeiro pelo Ministério da Saúde contribuiu para estruturação dos núcleos, a partir da compra de materiais permanentes, tais como computadores, equipamentos essenciais para o processamento e análise de dados. O investimento em capacitações em vigilância hospitalar pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, em conjunto com o Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE/CCD/SES-SP), possibilitou o aprimoramento das ações de vigilância no ambiente hospitalar.

A sistematização da busca ativa de casos em setores estratégicos do hospital elevou a sensibilidade para detecção de casos de doenças de notificação compulsória, permitindo, assim, agilidade nas medidas de controle e, consequentemente, a interrupção da cadeia de transmissão.

A deficiência de recursos humanos ainda é um problema para grande maioria dos núcleos. É importante ressaltar a parceria que desenvolvem com os diferentes setores do hospital, fonte importante para a notificação de agravos.

A avaliação das notificações apresenta aumento importante de casos detectados a partir da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia, possibilitando a execução das medidas de controle pertinentes. Detecção importante de casos de influenza A/H1N1 em hospitais que compõem o Subsistema de Vigilância em Âmbito Hospitalar reforça a importância da consolidação e ampliação da rede de núcleos hospitalares de epidemiologia no País. É importante reforçar a necessidade de apoio e desenvolvimento de metodologias para identificação de doenças emergentes, a partir do aprimoramento da vigilância por síndromes, como vem sendo utilizada em alguns hospitais sentinelas.



Fonte: SIH/AIH

Gráfico 5. Número de autorizações de internação hospitalar pagas por hospitais de competência SUS segundo hospitais que compõem o subsistema de VE hospitalar e nível. Estado de São Paulo, 2000 a 2007.

REFERÊNCIAS

1. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública. São Paulo, 1991. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.
2. Teutsch SM, Churchill RE. Principles and practice of public health surveillance. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2000.
3. Silva Junior JB. Epidemiologia em serviço de saúde: uma avaliação de desempenho do sistema nacional de vigilância em saúde [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2004.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Lei na internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>.
5. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6 ed. Brasília: SVS/MS; 2005.
6. Teixeira MG. Secretaria de Vigilância em Saúde: novas perspectivas para o SUS. Rev Bras Epidemiol. 2003;6(3):197-9.
7. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc saúde coletiva. 2004;9(3):711-24.
8. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2 reimp. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz/ Edufba; 2008.
9. Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/Aids no Brasil, Coleção ABIA, Fundamentos de avaliação, nº 1. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004. Dispõe sobre a instituição do subsistema de vigilância em âmbito hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a rede nacional de hospitais de referência para o referido subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. Diário Oficial da União. 26 dez 2004.
11. Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):497-91, 2007.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, definem doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional e normas para notificação de casos [Portaria na internet]. Disponível em: <http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/portaria%2005%20de%2021%2002%202006%20-%20revoga%20portaria%2033%20de%2014%2007%202005.pdf>.
13. Secretaria da Saúde de São Paulo (Estado). Resolução SS 20, de 22 de fevereiro de 2006. Atualiza a lista das doenças de notificação compulsória – DNC no Estado de São Paulo e dá outras providências

- [Resolução na internet]. Disponível em:
<http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1647&word=Resolu%C3%A7%C3%A3o>.
14. Nelson KE. Emerging and new infectious diseases. In: Nelson KE, Williams CM, editors. Infectious disease epidemiology – Theory and practice. 2 ed. Massachusetts, Ontário, Londres: Jones and Bartlett Publishers; 2007.
 15. World Health Organization - WHO. Summary of probable SARS cases onset of illness from 1 november 2002 to 31 july 2003. Global Alert and Response (GAR). [acesso em 14 jan 2009]. Disponível em:
http://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/print.html.
 16. Schout D. Núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica. A experiência no Estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1998.
 17. Ribeiro AF, Albernaz R, Carvalhanas T, Kemp B, Malheiro V, Ramos S, et al. Programa de Vigilância Epidemiológica da Doença Meningocócica e Meningites Causadas por *S. Pneumoniae* e *H. Influenzae* em Hospitais Sentinelas. Centro de Vigilância Epidemiológica e Instituto Adolfo Lutz. Apresentação pôster na 8ª Expoepi. Brasília, DF, 2008.
 18. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Update: swine influenza A (H1N1) infections – California and Texas, April 2009. MMWR. 2009;58(16):435-7.
 19. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Update: Update: novel influenza A (H1N1) virus infection – Mexico, March-May, 2009. MMWR. 2009;58:435-7.
 20. Centers for Diseases Control and Prevention - CDC. Novel H1N1 Flu situation update. MMWR [periódico na internet]; 24 de jul 2009 [acesso em 26 jul 2009]. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/h1n1flu/update.htm>.
 21. World Health Organization - WHO. Pandemic (H1N1) 2009, weekly update 76 [acesso em 29 nov 2009]. Disponível em:
http://www.who.int/csr/don/2009_11_27a/en/index.html.

Recebido em: 04/11/2009
Aprovado em: 20/12/2009

Correspondência/correspondence to:

Ana Freitas Ribeiro
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8247
E-mail: afribeiro@saude.sp.gov.br

Diagnóstico de serviços de controle de zoonoses no Estado de São Paulo ***Diagnostic of control services of zoonoses in the State of São Paulo***

Luciana Hardt Gomes; Ricardo Fernandes de Menezes

Grupo de Planejamento e Avaliação. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

A interação entre seres humanos e animais requer o desenvolvimento de atitudes conscientes para que sejam mantidos os equilíbrios biológico, social e ambiental entre as diversas espécies.¹ Tal formulação, tomada em outra dimensão, evidencia que a existência de uma dada consciência coletiva sobre a necessidade de manter-se essa condição de equilíbrio entre as espécies requer, sobremaneira, a instituição de políticas públicas específicas e estáveis.

De acordo com revisão de literatura, 1.415 espécies de organismos patogênicos ao homem foram identificadas, sendo 868 (61%) determinantes de zoonoses, doenças ou infecções transmissíveis entre animais vertebrados e seres humanos.² A falta de controle e o manejo inadequado de alguns animais podem, ainda, gerar incômodos e agravos: cães e gatos, por exemplo, são responsáveis por agressões à população humana, com significativo impacto à saúde pública, favorecendo a transmissão de doenças. Podem, também, causar contaminação do meio ambiente com seus dejetos.³ Além disso, animais soltos em vias públicas ficam expostos a riscos como atropelamentos, brigas, doenças infectocontagiosas e outros agravos, colocando em risco a saúde da população humana e a de outros animais e comprometendo o equilíbrio do ambiente.¹

Importante ressaltar que estudos acerca das modificações ambientais decorrentes das

atividades desenvolvidas por seres humanos demonstram o aumento do risco de exposição a doenças, repercutindo, desse modo, negativamente na qualidade de vida do população.⁴ Ou seja, essas situações exigem que o poder público utilize estratégias de intervenção com vistas à promoção, restauração e manutenção da saúde pública, preservação do meio ambiente saudável e promoção da saúde e bem-estar animal.

Da legislação

No Brasil, as primeiras leis voltadas para o controle de populações animais foram elaboradas e publicadas sob a influência da divulgação dos trabalhos de Louis Pasteur, na década de 1880, ou seja, o início do estudo da raiva secundado pela veiculação dos primeiros manuscritos sobre essa zoonose, a pesquisa da vacina contra raiva em animais (1884) e o primeiro tratamento contra a raiva humana (1885).¹

A título de ilustração: na República nascente, o município de São Paulo promulgou a Lei nº 143, de 28 de janeiro de 1895, que proibia “cães soltos nas ruas, sem estarem açaimados”⁵ e o Acto nº 132, de 31 de março de 1902, que alterava, “consolidando, as disposições dos Actos nº 36, de 22 de maio de 1899, e 90, de 6 de julho de 1900, sobre a apreensão, venda e matança de cães.”⁶ A apreensão e matança de animais, em fins do triênio 1893-1895, passou a ser uma das atribuições da Intendência de

Higiene e Saúde Pública, órgão então vinculado à Câmara Municipal.⁷

Naturalmente, como decorrência direta do estágio de desenvolvimento científico e tecnológico, aliado às determinações social, política e cultural, as normas que regularam ao longo do tempo as ações de controle animal foram alteradas quando se tornaram obsoletas.

Nos anos 1980 e início da década seguinte, o arcabouço jurídico-normativo na área da saúde foi redesenhado depois da promulgação da Constituição Federal (1988),⁸ das constituições estaduais (1989) e das leis orgânicas dos municípios (1990), ao lado da publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990),⁹ que disciplinou o direito social à saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) – compartilhado pelas três esferas de poder (União, Estados/Distrito Federal e municípios). Tais normas, das constitucionais às infraconstitucionais, não conflitaram com parcela da legislação anterior que dispunha sobre zoonoses e ações de controle animal; porém, ensejaram a renovação da legislação sanitária a esse respeito.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.172, de 15 de junho de 2004,¹⁰ entre outros dispositivos, enfatizou a competência legal dos municípios brasileiros para controlar animais em sua área de circunscrição, mediante a execução de atividades programáticas.⁵ Essa responsabilidade recai, nos municípios, sobre os órgãos executores de controle de zoonoses, cuja criação e atribuições devem ser reguladas por legislação específica.¹

Ressalve-se que, a rigor, a quase totalidade das municipalidades do País, inclusive as do Estado de São Paulo, enfrentam dificuldades em relação a: a) animais

errantes; b) abandono animal; c) crias indesejadas; d) superpopulação de animais; e) criação e comercialização desregulada ou irregular; f) denúncias de maus-tratos; g) mordeduras e demais agravos; e h) desconhecimento ou não incorporação dos preceitos de bem-estar animal para o desenvolvimento de um programa de controle.¹

No Estado de São Paulo foi publicada a Lei nº 11.977, de 25 de agosto de 2005,¹¹ que institui o Código de Proteção aos Animais e estabelece que os 645 municípios paulistas devem criar e executar programas de controle reprodutivo de cães e gatos, acompanhados de ações educativas para a propriedade responsável. Já a Lei nº 12.916, de 16 de abril de 2008¹², que dispõe sobre o controle da reprodução, proibiu a eutanásia dos animais de estimação (cães e gatos) nos serviços de controle animal municipais como forma de controle populacional. Esse instrumento legal prevê exceções, tais como animais em situação sanitária crítica ou quando, por questões de saúde pública, a eutanásia seja a única alternativa viável, justificada por laudo de médico-veterinário. Também disciplina registro e identificação, adoção, campanhas educativas e controle reprodutivo de cães e gatos.¹

Centros de Controle de Zoonoses

Centros de Controle de Zoonoses (CCZ) são instituições municipais, com estrutura física específica e personalidade jurídica estabelecida, geralmente vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, com competência e atribuição para desenvolver programas de controle de zoonoses, de doenças transmitidas por vetores e de agravos provocados por animais.¹³ Na efetivação desses programas se dá o

monitoramento, manejo e/ou controle populacional dos animais domésticos (cães, gatos, equinos e bovinos, entre outros), sinantrópicos (ratos, baratas, pombos e morcegos) e os peçonhentos (escorpiões, aranhas etc.).

Os programas a serem implantados pelos CCZ são definidos de acordo com o número de habitantes do município, devendo-se considerar, em relação às realidades locais, as informações epidemiológicas referentes às zoonoses e agravos provocados por animais. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo definiram diretrizes para a construção de Centros de Controle de Zoonoses.^{13,14} São recomendados tópicos relativos a instalações, fluxos e atividades a serem desenvolvidas nas dependências dos CCZ.

Para a implantação e manutenção de um CCZ, os municípios devem prever recursos anuais específicos, incluindo-os na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Previsão Orçamentária Anual. A esfera federal oferece a possibilidade de repasse de verbas para a construção de CCZ, por meio de convênios específicos estabelecidos entre os governos municipal e federal (Vigisus).

Das iniciativas estaduais

A Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) compilou e publicou as diretrizes para a elaboração do Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos, incluindo informações sobre a guarda de animais em unidades municipais, que podem ser encontradas no manual técnico

elaborado em 2006, cuja 2ª edição foi recentemente revisada (2009). Trata-se de um instrumento de apoio para a definição e incorporação dessa programação às políticas públicas na área da saúde.¹

A CCD, tendo em vista que o recolhimento de animais soltos em vias públicas, por meio das “carrocinhas”, em geral necessita de adequação para que os funcionários que desempenham essa função deixem de ser identificados pela sociedade como “vilões assassinos”, em parceria realizada pela SES-SP com o Instituto Técnico de Educação e Controle Animal (ITEC) e a World Society for the Protection of Animals (WSPA), instituiu o Curso de Formação de Oficiais de Controle Animal (FOCA)*, com vistas à humanização dos serviços de controle de zoonoses e à capacitação de recursos humanos para a implantação de ações de controle populacional de cães e gatos dentro de preceitos técnicos, racionais e éticos. O FOCA, ao mesmo tempo em que gera conhecimento e desenvolve habilidades necessárias à profissão, trabalha com atitudes e posturas que valorizam a mudança de imagem desses profissionais e proporcionam, assim, condições para que no lugar do antigo “laçador” renasça um agente promotor da saúde aliado da comunidade: um oficial de controle animal. No âmbito do FOCA já foram capacitados no Estado de São Paulo 623 funcionários de 128 municípios, entre 2005 e 2009.¹⁵

Com propósitos semelhantes, a CCD está ultimando manual técnico que tratará do Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo.¹⁶⁻²³

*Em 2009, o FOCA foi selecionado entre os 25 melhores trabalhos da 5ª edição do Prêmio Governador Mario Covas, tendo recebido menção honrosa na categoria Inovação em Gestão Pública. O prêmio é uma iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Gestão Pública e Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), em parceria com a Fundação Mario Covas.

Por fim, considerando a necessidade de conhecer a realidade dos municípios, no que se refere às condições em que as ações de controle de zoonoses e/ou controle de populações animais são desenvolvidas, a CCD elaborou e disponibilizou de junho a agosto de 2009, no seu site <http://www.ccd.saude.sp.gov.br>, o questionário eletrônico Cadastro de Serviços de Controle de Zoonoses, com intuito de que fosse preenchido pelo conjunto das municipalidades paulistas. Buscou-se, assim, realizar um abrangente diagnóstico acerca do controle de zoonoses e/ou de populações animais no Estado de São Paulo, passo primeiro para que sejam propostos e incorporados programas e outras intervenções sanitárias específicas como elementos estáveis da política pública de saúde, no âmbito estadual.

METODOLOGIA

Elaboração de questionário

Foi elaborado um questionário em colaboração com profissionais de diversas instituições e instâncias técnicas que compõem a Coordenadoria de Controle de Doenças (Gabinete, Grupo de Planejamento e Avaliação, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, Centro de Vigilância Sanitária, Instituto Pasteur e Instituto Adolfo Lutz) ou vinculadas à SES-SP (Superintendência de Controle de Endemias), contando, ainda, com a participação do Centro de Controle de Zoonoses do município de São Paulo. Por meio da Portaria CCD n° 08, de 27 de março de 2008,²⁴ foi constituído grupo especial de trabalho para

realizar levantamento dos serviços municipais envolvidos no controle de zoonoses, coordenado pela CCD.

Para a elaboração do questionário, os profissionais que participaram do grupo de trabalho discutiram diferentes tópicos de interesse dos serviços de controle de zoonoses municipais e priorizaram a utilização de questões fechadas, de múltipla escolha. Denominado Cadastro de Serviços de Controle de Zoonoses, o questionário contemplou dez questões, divididas em cinco eixos: identificação institucional; instalações físicas; atividades desenvolvidas, inclusive destinação de resíduos biológicos (cadáver e carcaça de animais); articulações institucionais; e insumos (recursos humanos e equipamentos) existentes no município para o controle de zoonoses e de populações animais. Dentre as questões elencadas, destacou-se a destinação de resíduos biológicos por tratar-se de problema comumente encontrado em municípios paulistas.

Dezoito municípios foram selecionados intencionalmente para participar do pré-teste do questionário (Tabela), em função de inserirem-se em diferentes estratos populacionais, de participarem regularmente de colegiados de gestão regional do SUS e de localizarem-se nas áreas de abrangência dos 17 Grupos de Vigilância Epidemiológica, inseridos nos territórios de 14 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo.

Questões abertas foram incluídas na fase de validação do questionário, visando averiguar o tempo utilizado para o preenchimento, dificuldades encontradas e sugestões que poderiam contribuir para o diagnóstico

situacional. Os municípios apresentaram contribuições relevantes.

Partiu-se da premissa que as informações que seriam obtidas, acrescidas das informações epidemiológicas sobre as zoonoses em cada região do Estado, permitiriam a identificação de locais e/ou regiões onde intervenções deveriam ser propostas e priorizadas pela Coordenadoria de Controle de Doenças.

RESULTADOS

Nos dois meses em que o questionário ficou disponível no site da CCD, conforme mencionado anteriormente, 93,95% (608/645) dos municípios do Estado de São Paulo preencheram o Cadastro de Serviços de Controle de Zoonoses.

Considera-se esta pronta resposta do conjunto das municipalidades paulistas auspiciosa, o que faz com que a equipe da CCD acredite que, enquanto se analisa o banco de dados remetido, os demais 37 municípios paulatinamente enviarão os seus respectivos questionários preenchidos.

Esses 37 municípios localizam-se nos seguintes GVE: Araçatuba (1/40), Araraquara (2/24), Barretos (1/19), Bauru (1/38), Campinas (1/42), Franca (2/22), Piracicaba (1/26), Presidente Prudente (3/24), Presidente Venceslau (1/21), Ribeirão Preto (3/26), Santos (1/26), São João da Boa Vista (1/18), São José dos Campos (2/10), São José do Rio Preto (4/66), Jales (1/35), Sorocaba (5/33) e Taubaté (7/27).

Tabela. Municípios selecionados para participar de pré-teste do Cadastro de Serviços de Controle de Zoonoses, segundo inserção nos territórios dos Grupos de Vigilância Epidemiológica e Departamentos Regionais de Saúde e população estimada para 1º de julho de 2009. Estado de São Paulo.

Município	GVE	DRS	População*
Borá	Assis	Marília	837
Cunha	Taubaté	Taubaté	23.735
Duartina	Bauru	Bauru	12.796
Itanhaém	Santos	Baixada Santista	87.338
Itapeva	Itapeva	Sorocaba	89.768
Jaú	Bauru	Bauru	135.546
Mesópolis	Jales	São José do Rio Preto	1.767
Mirandópolis	Araçatuba	Araçatuba	26.761
Nova Aliança	São José do Rio Preto	São José do Rio Preto	5.140
Orlândia	Franca	Franca	37.534
Parisi	São José do Rio Preto	São José do Rio Preto	2.149
São Paulo	São Paulo	Grande São Paulo	11.037.593
Teodoro Sampaio	Presidente Venceslau	Presidente Prudente	21.202
Valinhos	Campinas	Campinas	107.481
Tambaú	São João da Boa Vista	São João da Boa Vista	22.575
Eldorado	Registro	Registro	14.514
São João da Boa Vista	São João da Boa Vista	São João da Boa Vista	83.909
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	563.107

*Estimativas de População [base de dados na internet]. Rio de Janeiro: IBGE [acesso em 3 dez 2009]; jul 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>.

Finalmente, é importante enfatizar que, concluído o presente diagnóstico, tornar-se-á factível cotejar as informações sobre os serviços de controle de zoonoses e as informações epidemiológicas relativas às zoonoses em cada região do Estado, o que, certamente, possibilitará identificar os locais onde a intervenção da Coordenadoria de

Controle de Doenças deverá ser priorizada, quer pela existência de doenças, quer por serem ali mais agudas as eventuais carências ou insuficiências constatadas. Em síntese: poder-se-á planejar a adequada alocação de recursos e, inclusive, identificar a necessidade de construção de novos Centros de Controle de Zoonoses.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo. BEPA [boletim na internet]. 2009 Supl 7(6). Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bepa_suple7v6_caesgatos.pdf.
2. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*. 2001;356(1411):983-9.
3. Schoendorfer LMP. Interação homem-animal de estimação na cidade de São Paulo: o manejo inadequado e as consequências em saúde pública [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
4. Philippi Jr A, editor. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri (SP): Manole; 2005.
5. São Paulo (município). Lei nº 143, de 28 de janeiro de 1895. Prohibe cães soltos nas ruas, sem estarem açaimados. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Controle de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo. BEPA [boletim na internet]. 2009 Supl 7(6). Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bepa_suple7v6_caesgatos.pdf.
6. São Paulo (município). Acto nº 132, de 31 de março de 1902. Altera, consolidando, as disposições dos Actos nº 36, de 22 de maio de 1899, e 90, de 6 de julho de 1900, sobre a apreensão, venda e matança de cães. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Controle

- de Populações de Cães e Gatos do Estado de São Paulo. BEPA [boletim na internet]. 2009 Supl 7(6). Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bepa_suple7v6_caesgatos.pdf.
7. Sposati AO, coordenadora. A Secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de São Paulo – História e memórias. São Paulo: Departamento do Patrimônio Histórico; 1985.
8. Brasil. Constituição Federal de 1988. [lei na internet]. [acesso em: 7 dez 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
9. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [lei na internet]. [acesso em: 7 dez 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/18080.htm>.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências [Portaria na internet]. [acesso em: 7 dez 2009]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>.
11. São Paulo (Estado). Lei nº 11.977, de 25 de agosto de 2005. Institui o Código de Proteção aos Animais do Estado e da outras providências [lei na internet]. [acesso em: 7 dez 2009]. Disponível em: http://www.cetesb.sp.gov.br/licenciamento/legislacao/estadual/leis/2005_lei_est_11977.pdf.
12. São Paulo (Estado). Lei nº 12.916, de 16 de abril de 2008. Dispõe sobre o controle da reprodução de cães e gatos e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado. 17 abr 2008. Seção 1:1.
13. Reichmann MLAB, Sandoval MRC, Formaggia DME, Presotto D, Nunes VFP, Santos LS, et al. Orientação para projetos de centros de controle de zoonoses (CCZ). São Paulo: Instituto Pasteur; 2004. p.45 (manuais, 2).
14. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projetos físicos de unidades de controle de zoonoses e fatores biológicos de risco. Brasília: Funasa; 2004. p.40 (manual).
15. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Gomes LH, et al. Formação de oficiais de controle animal, um modelo inovador de aprendizagem. BEPA [boletim na internet]. 2009 jan

- [acesso em: 7 dez 2009]; 6(61).
Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa61_foca.htm.
16. Leschonski C, Serra CM, Menandro C. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo I: Comportamento e biologia de equídeos. BEPA [boletim na internet]. 2008 abril [acesso em: 7 dez 2009];5(52). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa52_equideos.htm.
17. Kotait I, Ito F, Carrieri ML, Souza MCAM, Peres NF, Ferrari JJ F, et al. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo II: Principais zoonoses virais de equídeos e vigilância epidemiológica em unidades municipais. BEPA [boletim na internet]. 2008 jun [acesso em: 7 dez 2009];5(54). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa54_equideos.htm.
18. Ito F, Kotait I, Carrieri ML, Souza MCAM, Peres NF, Ferrari JJF, et al. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo III: Outras zoonoses de importância em equídeos e vigilância epidemiológica em unidades municipais – Parte 1. BEPA [boletim na internet]. 2008 jul [acesso em: 7 dez 2009];5(55). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa55_equideos.htm.
19. Ito F, Kotait I, Carrieri ML, Souza MCAM, Peres NF, Ferrari JJF, et al. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo III: Outras zoonoses de importância em equídeos e vigilância epidemiológica em unidades municipais – Parte 2. BEPA [boletim na internet]. 2008 ago [acesso em: 7 dez 2009]; 5(56). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa56_equideos.htm.
20. Nunes VFP, Tsutsui VS, Serra CM, Scarpelli KC, Martins JJN, Pereira WM, et al. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo IV: Recolhimento de equídeos. BEPA [boletim na internet]. 2008 out [acesso em: 7 dez 2009];5(58). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa58_equideos.htm.
21. Oliveira ER, Oseliero LR, D'Agostino RG, Cruz R, Fonseca C, Menandro C, et al. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo V: Guarda e destinação de equídeos em unidades municipais. BEPA [boletim na internet]. 2008 nov [acesso em: 7 dez 2009];5(59). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa59_equideos.htm.
22. Nunes VFP, D'Agostino RG, Scarpelli KC, Vieira AML, Gomes LH. Programa

de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo VI: Educação e participação social. BEPA [boletim na internet]. 2009 fev [acesso em: 7 dez 2009]; 5(62). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa62_equideos.htm.

23. Nunes VFP, Merlo SLVC. Programa de Vigilância de Zoonoses e Manejo de Equídeos do Estado de São Paulo. Módulo VII: Legislação. BEPA [boletim na internet]. 2009 abril [acesso em: 7 dez 2009];6(64).

Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa64_equideos.htm.

24. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Portaria CCD nº 8, de 27 de março de 2008. Constitui Grupo Especial de Trabalho com o objetivo de realizar levantamento dos serviços envolvidos no controle de zoonoses e controle animal nos municípios do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 29 mar 2008; Seção 1:46.

Correspondência/correspondence to:
Luciana Hardt Gomes
Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel./fax: 55 11 3066-8604/308-1916
1E-mail: lhgomes@saude.sp.gov.br

Formação de um grupo de médicos-veterinários que atuam no controle de cães e gatos no serviço público de municípios do Vale do Paraíba, SP

Formation of a group of veterinarians operating in control of dogs and cats in the public service in municipalities of Vale do Paraíba, SP

Daniela de Oliveira Bittencourt

Prefeitura de Redenção da Serra, São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

As ações que norteiam o controle de cães e gatos no Estado de São Paulo modificaram-se muito ao longo dos últimos anos, principalmente após a promulgação da Lei nº 12.916, de 16 de abril de 2008,¹ também conhecida como Lei Feliciano. Os municípios precisaram adaptar-se a essa nova realidade, que proíbe a eutanásia de animais sadios e que provocou um grande aumento no número de animais abandonados nas ruas e lotação dos canis municipais. Frente a essa situação, a melhor alternativa para controlar a população de cães e gatos é a castração, aliada a ações de incentivo à posse responsável de animais de estimação.

O Vale do Paraíba situa-se na região Leste do Estado de São Paulo, às margens do rio Paraíba do Sul. É cortado pela Rodovia Presidente Dutra, que liga as metrópoles do Rio de Janeiro e de São Paulo, entre as serras do Mar e da Mantiqueira. Apesar de ser uma região que concentra grande desenvolvimento tecnológico, existem muitos contrastes entre as cidades que a integram. E as diferentes realidades municipais também se estendem ao controle da população animal.

O porte dos municípios no Vale do Paraíba varia entre grande, como São José dos Campos, médio, como Taubaté, Jacareí e Pindamonhangaba, e pequeno, como Redenção da Serra, Tremembé, Santa Branca,

Lagoinha e São Luiz do Paraitinga. Alguns possuem canil e centros de controle de zoonoses (CCZ), outros não possuem sequer serviço de controle de zoonoses. Em alguns municípios já são realizadas campanhas de esterilização em massa, em outros não existem sequer clínicas veterinárias particulares.

Da mesma forma, o poder público municipal, a comunidade, as organizações não-governamentais e os protetores dos animais, de modo geral, estão em diferentes estágios em relação ao apoio a ações de controle populacional de cães e gatos.

Após participar das duas primeiras edições do Fórum de Controle Populacional de Cães e Gatos no Estado de São Paulo, realizado pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de estado da Saúde (CCD/SES-SP), detectamos a necessidade de ações conjuntas nos municípios vizinhos que apresentam diferentes realidades, mas que têm um problema em comum: animais abandonados. Entre todos, é consenso que a castração em massa e a educação para a posse responsável são a melhor alternativa para atuar sobre o problema.

Além disso, também é consenso que ações práticas de castração, isoladamente, não resolvem o problema de cada município, pois animais transitam entre eles, seja por vontade

própria, devido à proximidade geográfica entre algumas cidades, seja por abandono de seus proprietários nos municípios vizinhos. Nesse sentido, o problema de um município é de todos os outros.

O primeiro passo para iniciar as ações conjuntas é sensibilizar o poder público municipal, que é o responsável pelo controle das populações de cães e gatos. A sensibilização dos governantes e gestores é fundamental para o sucesso de qualquer atividade que venha a ser feita, principalmente nos municípios menores que ainda não possuem políticas e ações de controle desses animais, e muitas vezes desconhecem suas responsabilidades nessa área.

Contudo, os problemas não param por aí. Nos municípios maiores, o número de animais é muito grande, sendo praticamente impossível atingir a toda a população com ações pontuais de controle, principalmente a esterilização cirúrgica. Já nos menores, não há recursos suficientes para construção e manutenção de canis e CCZ, bem como para contratação de médicos-veterinários designados exclusivamente para a realização de cirurgias de esterilização. Nesses municípios, o veterinário costuma ser funcionário do setor de agricultura.

Uma alternativa para o enfrentamento desses problemas foi firmar uma parceria entre municípios vizinhos, ONGs e veterinários voluntários organizados em mutirões de castração, aumentando o número de cirurgias realizadas e a eficiência das ações de controle de cães e gatos.

A sensibilização do poder público (políticos e secretários de Saúde), por meio de reuniões itinerantes entre as cidades participantes, foi o passo inicial para o estabelecimento de parcerias. As reuniões contaram com o apoio da CCD/SES-SP, que tem acompanhado todas as

atividades do grupo, orientando suas ações desde a primeira reunião, em novembro de 2008.

OBJETIVO

Criar um grupo de médicos-veterinários que possa discutir e realizar ações de controle populacional de cães e gatos, de modo integrado e consiso, nos municípios do Vale do Paraíba (SP).

Além disso, cabe ao grupo discutir a situação atual do controle desses animais nos municípios envolvidos; trocar experiências bem e mal-sucedidas; avaliar e propor adequações nas legislações municipais referentes ao controle de animais em cada cidade; organizar mutirões de castração nos municípios participantes; capacitar equipes locais para ações de controle populacional desses animais; estimular ações de educação para a posse responsável; integrar e fortalecer as ações de controle de cães e gatos em toda região.

Descrição da dinâmica

O grupo teve como estratégias de ação organizar/realizar encontros itinerantes com frequência mensal entre os médicos-veterinários que atuam em prefeituras; adequar as ações e legislações à realidade de cada município; sensibilizar o poder público executivo e legislativo sobre a importância de realizar ações de controle populacional de cães e gatos e estimular a participação de outros municípios nas atividades do grupo. Também se propôs a organizar e realizar mutirões de castração de cães e gatos nos municípios participantes e oferecer capacitação aos médicos-veterinários interessados em realizar

cirurgias de ovariosalpingohisterectomia (OSH) e orquiectomia.

Além disto, outras ações educativas e de capacitação foram estimuladas pelo grupo, como propor estratégias de educação e conscientização da população sobre a posse responsável de animais domésticos; criação da “Semana da posse responsável”, que deverá ser realizada por volta do Dia dos Animais (4 de outubro), com ações educativas concentradas e simultâneas em todos os municípios da região; realização de treinamento FOCA (Formação de Oficiais de Controle Animal), capacitando funcionários públicos municipais para o controle animal; capacitação de técnicos veterinários para auxiliarem os veterinários em todas as etapas do controle de cães e gatos.

RESULTADOS

Já foram realizados 11 encontros de médicos-veterinários para o controle de cães e gatos no Vale do Paraíba: Redenção da Serra (12/11/2008), Taubaté (03/12/2008 e 22/05 e 03/06/2009), Lagoinha (11/02/2009), Pindamonhangaba (11/03/2009), São Luiz do Paraitinga (25/03 e 07/07/2009), Santa Branca (15/04/2009), Jacareí (05/05/2009) e Tremembé (22/06/2009).

Participaram desses encontros veterinários e suas equipes dos seguintes municípios: São José dos Campos, Jacareí, Taubaté, Tremembé, Redenção da Serra, Lagoinha, São Luiz do Paraitinga, Santa Branca, Cunha, Caçapava, Monteiro Lobato e Natividade da Serra.

Além da CCD/SES-SP, participaram das reuniões o prefeito municipal de Lagoinha, vereadores de Santa Branca, secretária de Saúde de Santa Branca, técnicos dos servi-

ços de vigilância sanitária de Pindamonhangaba, São Luiz do Paraitinga e Santa Branca, diretor da Vigilância à Saúde de Jacareí, representantes de empresas do setor privado (Santo Forte Informática e Votorantim Celulose e Papel) e veterinários autônomos.

O primeiro mutirão de castração foi realizado em Redenção da Serra, em 26 de abril de 2009, nas instalações do Clube Náutico. Contou com a participação de 35 pessoas, sendo 12 veterinários, 13 técnicos em veterinária, 5 auxiliares, 1 bióloga, 2 cozinheiras e 2 motoristas.

No primeiro mutirão de cães e gatos organizado pelo grupo foram castrados 54 animais, sendo 34 cadelas, 6 cachorros, 6 gatas e 8 gatos. O segundo mutirão de castração foi realizado pela prefeitura de Lagoinha, em 17 de maio de 2009, nas instalações do Centro de Controle de Zoonoses, inaugurado naquela ocasião. Foram castrados 46 animais (25 cadelas, 5 cachorros, 13 gatas e 3 gatos).

A Tabela mostra a somatória de resultados obtidos nos dois mutirões já realizados pelo grupo. Os Gráficos 1, 2 e 3 apresentam os resultados das castrações realizadas nos mutirões segundo espécie e sexo.

Em ambos o pós-operatório foi monitorado pelos médicos-veterinários que atuam nas prefeituras dos respectivos municípios. Nesse período, além da retirada dos pontos cirúrgicos, a equipe acompanhou os animais para controlar e tratar eventuais complicações; contudo, não foi registrado um único caso grave (como infecção pós-cirúrgica ou evisceração). Aqueles animais que apresentaram piometra foram medicados novamente e os proprietários dos que apresentaram tumor venéreo transmissível foram orientados a realizar o tratamento em clínicas veterinárias.

Tabela. Número total de animais castrados pelo grupo de médicos veterinários do Vale do Paraíba segundo sexo e espécie, até maio de 2009.

	Caninos	Felinos	Total
Fêmeas	59	19	78
Machos	11	11	22
Total	70	30	100

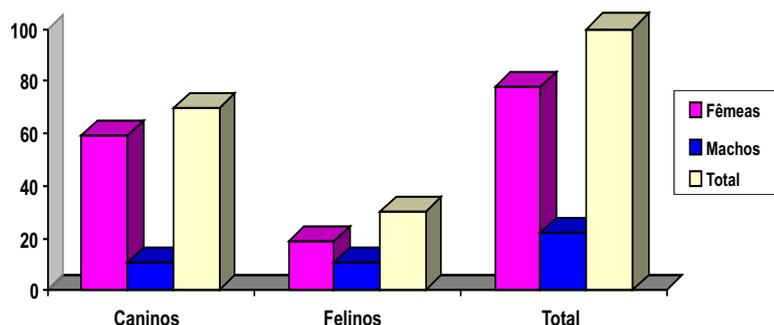


Gráfico 1. Total de animais castrados pelo grupo de médicos-veterinários do Vale do Paraíba segundo sexo e espécie, até maio de 2009.

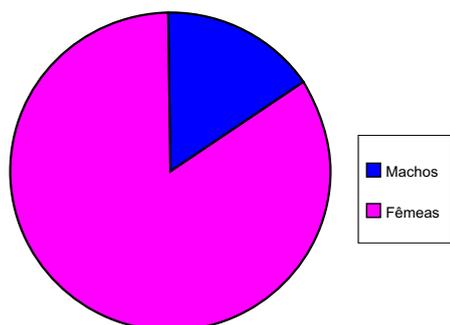


Gráfico 2. Animais da espécie canina castrados pelo grupo segundo o sexo, até maio de 2009.

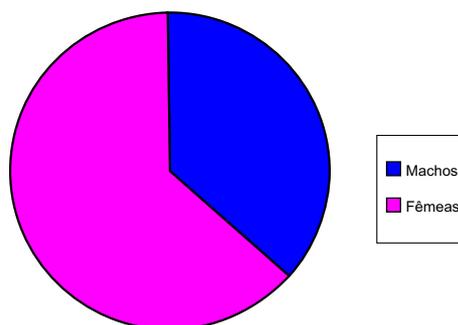


Gráfico 3. Animais da espécie felina castrados pelo grupo segundo o sexo, até maio de 2009.

DISCUSSÃO

Os encontros entre veterinários foram muito produtivos, gerando resultados práticos e iniciando a discussão sobre o controle populacional de cães e gatos nos municípios do Vale do Paraíba. A sensibilização do poder público municipal foi alcançada, possibilitando o início das demais ações propostas pelo grupo.

As reuniões itinerantes foram fundamentais para o sucesso desta sensibilização, pois

facilitaram a participação de representantes dos municípios que receberam as reuniões e aproximaram os membros do grupo, o que foi extremamente benéfico para as atividades práticas.

Os mutirões de castração realizados pelo grupo foram muito bem aceitos pelas comunidades locais, reforçando a importância desse tipo de ação pelo poder público municipal.

O grupo tem discutido a respeito da legislação referente ao controle de cães e gatos e está buscando compilar os melhores artigos de leis municipais já existentes e adequá-los à realidade de cada cidade, de modo que todas tenham legislação específica e possam basear suas atividades na lei.

O grupo tem como uma de suas principais diretrizes promover atividades educativas ligadas à guarda responsável de animais de estimação, e pretende instituir nos municípios participantes a “Semana da posse responsável”. Além disso, em parceria com empresas do setor privado, deve desenvolver material didático educativo para ser utilizado com essa finalidade.

Iniciativas desse tipo são muito importantes para integrar os veterinários que atuam em prefeituras e padronizar as ações desenvolvidas em municípios de uma região. Além disso, quando agem de forma coordenada, os veterinários ganham força para realizar o controle populacional de cães e gatos, controlando as zoonoses, sempre buscando o bem estar animal.



Aplicação de medicação pré-anestésica durante mutirão de castração em Lagoinha, SP



Centro cirúrgico do CCZ de Lagoinha, SP



Realização de cirurgia no mutirão de castração em Lagoinha, SP

AGRADECIMENTOS

A todos os médicos veterinários que compõem o grupo. Ao prefeito municipal de Redenção da Serra, João Carlos Fonseca, que possibilitou o início da formação do grupo, os mutirões de castração e a continuidade das ações. À médica-veterinária Luciana Hardt Gomes, da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pelo apoio ao grupo desde o início. Aos técnicos veterinários, funcionários das prefeituras e voluntários que auxiliam nos mutirões de castração. Aos prefeitos e secretários de Saúde que apoiam as atividades do grupo. A todos os parceiros que, direta ou indiretamente, têm colaborado com as atividades do grupo.

REFERÊNCIAS

1. São Paulo (Estado). Lei nº 12.916, de 16 de abril de 2008. Dispõe sobre o controle da reprodução de cães e gatos e dá outras providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 17 abr 2008. Seção 1:1.
2. Programa de controle de populações de cães e gatos do Estado de São Paulo [manual na internet]. BEPA [boletim na internet]. 2006 Supl 5(3) [acesso em 23 ago 2009]. Disponível ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/suple5_cao.pdf.
3. 1º Fórum sobre controle da população de cães e Gatos do Estado de São Paulo; 2006; São Paulo (SP): Coordenadoria de Controle de doenças, Secretaria de Estado da Saúde; 2006.
4. 2º Fórum sobre controle da população de cães e gatos do Estado de São Paulo; 2007; São Paulo (SP): Coordenadoria de Controle de doenças, Secretaria de Estado da Saúde; 2007.

Correspondência/Correspondence to:

Daniela de Oliveira Bittencourt¹
Av. XV de novembro, 829,
CEP 12.170-000 – Redenção da Serra/SP – Brasil
Tel.: 55 12 3676-1244
E-mail: dbitten@hotmail.com

Instruções aos Autores

Missão

O **Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa)** é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP). Editado nos formatos impresso e eletrônico, documenta e divulga trabalhos relacionados a essas ações, de maneira rápida e precisa, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde de maneira rápida e precisa, tem como objetivo incentivar a produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede pública, proporcionando a atualização e, conseqüentemente, o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, nas esferas pública e privada.

Política editorial

Os manuscritos submetidos ao Bepa devem atender às instruções aos autores, que seguem as diretrizes dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*, editados pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (Committee of Medical Journals Editors - Grupo de Vancouver), disponíveis em: <http://www.icmje.org/>.

Após uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do Bepa, os trabalhos passam por processo de revisão por dois especialistas da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem do artigo, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após os pareceres, o Conselho Editorial, que detém a decisão final sobre a publicação ou não do trabalho, avalia a aceitação do artigo sem modificações, a sua recusa ou devolução ao autor com as sugestões apontadas pelo revisor.

Tipos de artigo

Artigos de pesquisa – Apresentam resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de agravos e de promoção à saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, de surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, podendo, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua descoberta significa).

Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Os artigos desta seção incluem relatos de políticas de saúde pública ou relatos históricos baseados em pesquisa e análise de questões relativas a doenças emergentes ou reemergentes.

Comunicações rápidas – São relatos curtos destinados à rápida divulgação de eventos significativos no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico.

Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças e agravos e programas de prevenção ou eliminação de doenças infectocontagiosas.

Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de agravos.

Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até um ano dois anos após a defesa.

Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros.

Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo.

Editoriais – São escritos por especialistas convidados a comentar artigos e tópicos especiais cobertos pelo Bepa.

Relatos de encontros – Devem enfatizar o conteúdo do evento e não sua estrutura.

Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no Bepa, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação.

OBRS – Os informes técnicos, epidemiológico, Pelo Brasil, atualizações e relatos de encontros devem ser acompanhados de carta do diretor da instituição à qual o autor e o objeto do artigo estão vinculados. Modelo disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/MOD_CIENCIA_INSTIT_BEPA.pdf.

Apresentação dos trabalhos

O trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida ao Conselho Editorial do *Boletim Epidemiológico Paulista*. Nela deverão constar as seguintes informações: o trabalho não foi publicado, parcial ou integralmente, em outro periódico; nenhum autor tem vínculos comerciais que possam representar conflito de interesses com o trabalho desenvolvido; todos os autores participaram da elaboração do seu conteúdo (elaboração e execução, redação ou revisão crítica, aprovação da versão final).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar em MÉTODOS que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como registro dos estudos de ensaios clínicos em base de dados, conforme recomendação aos editores da Lilacs e Scielo, disponível em: <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/homepage.htm>. O nome da base de dados, sigla e/ou número do ensaio clínico deverão ser colocados ao final do RESUMO.

O trabalho deverá ser redigido em Português do Brasil, com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhando em formato eletrônico (*e-mail*, disquete ou CD-ROM) e impresso (folha A4), aos cuidados do editor científico do Bepa, no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 135
Cerqueira César – São Paulo/SP – Brasil
CEP: 01246-000
e-mail: bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: TÍTULO; AUTORES e INSTITUIÇÕES; RESUMO e ABSTRACT; INTRODUÇÃO; METODOLOGIA; RESULTADOS; DISCUSSÃO e CONCLUSÃO (se houver); AGRADECIMENTOS; REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS; e TABELAS, FIGURAS e FOTOGRAFIAS.

A íntegra das instruções aos autores quanto à categoria de artigos, processo de arbitragem, preparo de manuscritos e estrutura dos textos, entre outras informações, está disponível no *site*: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa37_autor.htm.

Agradecimentos aos relatores *Acknowledgement to peer-reviewers*

Adriana Pardini Vicentini Moreira
Instituto Adolfo Lutz/SP

Adriano Pinter dos Santos
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Africa Isabel de La Cruz Perez Neumann
*Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac"/SP*

Aguinaldo Gonçalves
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Albert Figueiras
Espanha

Alexandre Granjeiro
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Alexandre Silva
Centers for Disease Control and Prevention/EUA

Aline Tonello
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Ana Maria Figueiredo Souza
Centro de Vigilância Sanitária/SP

André Gemal
Centro de Vigilância Sanitária/SP

Carlos Butazzo
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza
Universidade Estadual Paulista – Botucatu/SP

Clovis Lombardi
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Cristiano Corrêa de Azevedo Marques
Coordenadoria de Controle de Doenças/SP

Dalva Marli Valério Wamderley
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Diana Carmem A.N.de Oliveira
Agência Nacional de Vigilância Sanitária/DF

Edvaldo Carlos Brito Loureiro
Instituto Evandro Chagas/PA

Elaine Ignotti
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Elaine Valim Camarinha Marcos
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Elisa San Martin Mouriz Savani
Prefeitura Municipal de São Paulo/SP

Elvira Maria Ventura Filipe
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids/SP

Expedito José de Albuquerque Luna
Universidade de São Paulo/SP

Fatima Regina Vilani Moreno
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Fernanda Pires Ohlweiler
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Francisco Chiaravalloti Neto
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Gerusa Figueiredo
Coordenadoria de Controle de Doenças/SP

Gisela M. Marques
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Gonçalo Vecina Neto
Hospital Sírio-Libanês/SP

Gustavo Romero
*Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico/DF*

Heloisa Cristina Quatrina Passos Guimarães
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Hiro Goto
*Instituto de Medicina Tropical da Universidade de
São Paulo/SP*

Horário Manuel Santana Telles
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Ida Maria Foschiani
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

José Antonio Garbino
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

José Cassio de Moraes
*Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo/SP*

José da Rocha Carvalheiro
Fundação Oswaldo Cruz/RJ

José da Silva Guedes
*Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
de São Paulo/SP*

José Fernando Casquel Monti
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Lavínia Schuller Faccini
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Letícia Eidt
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Luiz Antonio Dias Quitério
Centro de Vigilância Sanitária/SP

Luiz Jacintho da Silva
Boston/EUA

Luiz Sergio Ozorio Valentim
Centro de Vigilância Sanitária/SP

Marcia Moreira Holcman
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Margareth Regina Dibo
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Maria Ângela Bianconcini Trindade
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Maria Bernadete de Paula Eduardo
*Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac"/SP*

Maria Cristina da Costa Marques
Centro de Vigilância Sanitária/SP

Maria de Fátima Domingos
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Maria Esther de Carvalho
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Maria Mercia Barradas
Associação Brasileira de Editores Científicos/SP

Maria Stela Branquinho
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Marisa Cristina de Almeida Guimarães
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Mariza Pereira
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Marylene de Brito Arduino
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Mirna Sabino
Instituto Adolfo Lutz/SP

Mitie Tata Brasil
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Naila Janilde Seabra Santos
Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids/SP

Oσίας Rangel
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Regiane Maria Tironi de Menezes
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Ricardo Ishak
Universidade Federal do Pará/PA

Roberto Focaccia
Instituto de Infectologia Emílio Ribas/SP

Rosa Castáli
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Rosa Maria Tubaki
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Roseli Tuan
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Rosemari Baccarelli
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Silvia Maria Di Santi
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Somei Ura
Instituto Lauro de Souza Lima/SP

Telma Regina Carvalhanas
*Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac"/SP*

Vera Correa Rodrigues
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Vera L. F. Camargo-Neves
*Centro de Vigilância Epidemiológica
"Prof. Alexandre Vranjac"/SP*

Virgíliã Luna
Superintendência de Controle de Endemias/SP

Wilma Pinheiro Gawyszewsk
Organização Pan-americana de Saúde/EUA

Hospitais de ensino: oportunidade de interação intra e interinstitucional
Teaching hospitals: opportunity for intra-institutional and inter-institutional relations

Olímpio J. Nogueira V. Bittar¹; Adriana Magalhães^{II}; Rita de Cássia Abreu Gouveia^{II}

¹Assessoria Técnica de Gabinete para Assuntos Relacionados a Hospitais de Ensino. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

^{II}Equipe de Acompanhamento dos Hospitais de Ensino. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

Coordenado pelos ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), com participação das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, o Programa de Certificação e Contratualização dos Hospitais de Ensino foi implantado há cinco anos e tem se revelado excelente oportunidade de interação intra e interinstitucional no Estado de São Paulo.

A operacionalização do programa inicia quando uma instituição manifesta intenção de ser classificada como hospital de ensino (HE), seguida da visita de uma comissão certificadora composta por representantes dos dois Ministérios, com a presença das Secretarias de Saúde, que avalia a possibilidade de enquadramento da unidade hospitalar como HE com base na Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007.¹ O programa prevê a contratualização dos procedimentos de média complexidade e o monitoramento periódico dos hospitais, que é realizado pelas Secretarias de Saúde.

Atualmente, em São Paulo, são 37 hospitais de ensino (Tabela 1), distribuídos em quatro categorias: àqueles ligados a universidades, os especializados (contendo hospitais ligados a universidades, também), os diretamente ligados a faculdades e os que mantêm convênios com elas. É possível classificá-los de outras maneiras, como por porte, ou como as que se seguem: hospitais da administração direta (AD), hospitais ligados a organizações sociais de saúde (OSS), hospitais estaduais não vinculados diretamente à Secretaria de Estado da Saúde, hospitais municipais e filantrópicos.

Em 2004, inicialmente a responsabilidade pelo acompanhamento de todo o processo foi alocada, pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP), na Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS). Em 2007, com a criação da Assessoria para Acompanhamento dos Hospitais de Ensino, esse acompanhamento passou a ser feito pelo Gabinete do Secretário.

Tabela 1. Classificação dos hospitais de ensino. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – 2009.

Classificação	Número de HE
Ligados a universidades	08
Especializados	09
Ligados a faculdades	15
Convênio com faculdades	05
Total	37

Fonte: www.saude.sp.gov.br (21/08/2009)

O relacionamento entre a SES-SP e os hospitais tem sido fortalecido nas visitas, nas entrevistas com os diretores, no contato com equipes de informações e num trabalho de apoio às atividades específicas, que resultou na publicação, em 2007, da obra *Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo*,² que descreve a trajetória do programa e traz, também, dados e informações sobre os hospitais participantes.

A Secretaria da Saúde realizou, também, três seminários sobre os resultados da certificação e contratualização dos hospitais de ensino, sempre com participação expressiva dos profissionais de saúde e administradores hospitalares.

Uma das formas de se medir o desempenho é a comparação de indicadores numa série histórica de cada hospital ao longo do tempo, visto que a dificuldade de comparar hospitais entre si reside na complexidade dessas organizações, suas histórias variadas, particularidades e diversidades de demandas. Entretanto, investimentos em conhecimento e aperfeiçoamento no uso das informações passam a promover comparações e análises mais consistentes entre as unidades.

Observar e interpretar as interações ocorridas ou em curso na experiência particular do Estado de São Paulo é um modo de obter progressos tanto técnicos como administrativos na área de saúde.

Interação intrainstitucional

A interação intrainstitucional ocorre entre órgãos e áreas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que colaboram efetivamente na coleta, armazenagem e análise de dados para o monitoramento da produção quantitativa e qualitativa dos hospitais de ensino.

Assessoria de Gabinete

Dados demográficos, epidemiológicos e financeiros são constantemente utilizados nas análises elaboradas pelos técnicos do Gabinete da SES-SP, que apresentam como resultado oportunidades de melhoria da assistência, ensino e pesquisa.

O projeto dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), da Assessoria Técnica de Gabinete para implantação das AME, é um equipamento cujo modelo de atendimento é a “consulta única”, na qual o paciente tem seu diagnóstico realizado em uma única visita ao ambulatório, e o relacionamento com os HE será de importância para a referência e a resolução do caso após diagnóstico firmado. Associações ou fundações ligadas aos hospitais de ensino, como organizações sociais de saúde, administram o AME, o que certamente trará retornos na qualidade da assistência e do ensino.

Coordenadoria de Planejamento de Saúde

Os técnicos da CPS são responsáveis pelo trabalho com dados e informações, conhecimento de faturamento do Sistema Único de Saúde e têm habilidade na utilização dos recursos do Tabwin, programa de tabulação de dados desenvolvido pelo Datasus (Departamento de Informática do SUS), permitindo pesquisas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), e no Sistema de

Informação Ambulatorial (SIA-SUS), que podem orientar ações regionais e os investimentos do Estado. Outras fontes de informação, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), também são utilizadas.

Além disso, a equipe de tecnologia da informação (TI) da CPS desenvolveu e mantém o Sistema Informatizado de Avaliação de Hospitais de Ensino (SAHE) para coleta de dados estruturais e de produção.

No site da Secretaria (www.sau-de.sp.gov.br), de responsabilidade da CPS, pode ser encontrado material relacionado aos hospitais de ensino em forma de notas, manual do usuário, publicações e as apresentações dos seminários. A avaliação do III Seminário de Hospitais de Ensino, por exemplo, foi realizada através do site, evitando-se impressão de formulários.

Coordenadoria de Regiões de Saúde

Dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) – divisão administrativa da saúde paulis-

ta –, vinculados à CRS, 12 possuem hospitais de ensino (Tabela 2), e são responsáveis pelo relacionamento regional e acompanhamento das avaliações trimestrais nos hospitais situados nessas regiões.

Demandas e ofertas por programas e serviços, entre outras questões, sempre são discutidas com as regionais de saúde e/ou com a sua coordenação, por meio das equipes técnicas.

Não menos importante é a participação dos próprios hospitais de ensino, inclusive como centros de referência das redes hospitalares de alta complexidade, sob a coordenação da CRS: cardiologia, nefrologia, traumatologia-ortopedia, neurologia, oncologia, auditiva e oftalmologia.

A CRS responde, ainda, pelos contratos e convênios dos HE vinculados à SES-SP, mantendo registro de metas de internação e atendimento ambulatorial, repasses SUS e termos aditivos para unidades de saúde, informando a assessoria responsável pelos HE sobre cláusulas contratuais e valores.

Tabela 2. Distribuição dos hospitais de ensino sob gestão estadual e municipal segundo município e Departamento Regional de Saúde. Estado de São Paulo, 2009.

DRS	Município	HE gestão estadual	HE gestão municipal
I	São Paulo	9	3
IV	Baixada Santista	1	1
V	Barretos	1	–
VI	Jau/Botucatu/Bauru	4	–
VII	Campi nas/ Sumaré/ Bragança Paulista/Jundiaí	4	3
IX	Marília	1	–
X	Limeira		1
XI	Presidente Prudente	1	–
XIII	Ribeirão Preto	1	1
XV	São José do Rio Preto/Catanduva	3	–
XVI	Sorocaba	1	1
XVII	Taubaté	1	–
Total		27	10

Fonte: SAHE 2009

Coordenadoria de Controle de Doenças

Outro indicador importante para a gestão dos hospitais de ensino diz respeito às infecções hospitalares (IH). Os dados são coletados e trabalhados pela Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (CVE/CCD), que mantém relacionamento com grande parte dos hospitais do Estado.

O universo analisado pela CCD permite melhores comparações e conclusões com os resultados encontrados, além da interação com a equipe do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino.

Coordenadoria de Serviços de Saúde e Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

Dentre os hospitais coordenados pela CSS e CGCSS, seis são acompanhados também pela Assessoria dos Hospitais de Ensino, o que pressupõe interação entre essas três instâncias. A publicação do artigo “Comparação de grupos de hospitais no Estado de São Paulo”,³ com dados de todos os HE e de alguns hospitais não de ensino, comprova mais uma vez a possibilidade de utilizar as informações como forma de integrar e orientar os diversos órgãos da SES-SP.

Interação interinstitucional

Hospitais de ensino

A principal interação interinstitucional é, sem sombra de dúvidas, com os hospitais de ensino. Esse tem sido um importante processo não só para a Secretaria da Saúde de São Paulo, mas também para os próprios hospitais.

Nos seminários promovidos pela SES-SP os HE tomam conhecimento de seu desempenho em relação às outras unidades hospitalares, das metodologias desenvolvidas pelos demais serviços para aperfeiçoamento das atividades e dos cenários nacionais e internacionais sobre qualidade.

A finalização do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino contou com a participação de grupos de profissionais dos hospitais de ensino. No período 2006/2007, três grupos de trabalho com representantes dos HE e da SES-SP foram formados: um primeiro para discutir informações básicas para compor o SAHE, o segundo para avaliação de pesquisa e ensino e um terceiro para epidemiologia e qualidade. Esses grupos trouxeram contribuições importantes e deverão ser retomados.

O SAHE é utilizado internamente por alguns hospitais de ensino como ferramenta para sua administração, bem como os dados publicados são aproveitados como parâmetros por outros hospitais da rede paulista.

O sistema atende solicitações de coleta de dados de interesse dos HE, como foi o caso dos salários pesquisados na planilha anual de 2009, para comparação da situação particular de todos os hospitais de ensino. Ele é também um instrumento que facilita comparações e estimula medições, como o estudo sobre produtividade setorial nos HE apresentado em congresso⁴ e publicado na revista *Pratica Hospitalar*.⁵

Como parte do processo, quando solicitada a equipe SAHE visita as unidades, apresentando resultados dos dados coletados e evidenciando a posição do hospital frente ao conjunto.

Em médio prazo, outras formas de interação com o sistema de saúde e os HE

ocorrerão. Por exemplo, o melhor aproveitamento de hospitais secundários de pequeno e médio porte, alguns com baixas taxas de ocupação, nas diferentes regiões de saúde do Estado de São Paulo. Essa estratégia possibilitará assistir pacientes crônicos, sem prognóstico e idosos, dando suporte a esta tendência, criando novas maneiras de lidar com esses pacientes, além de possibilitar ao aluno maior proximidade com a realidade diferente da encontrada nos HE.

Ministérios da Saúde e da Educação

São os dois órgãos federais com maior atuação no processo e fazem parte da Comissão Interinstitucional. Portarias relacionadas à assistência e ao ensino emanam desses Ministérios. Contudo, o relacionamento é maior com o Ministério da Saúde, visto ser uma das fontes de instruções relativas à assistência médica-hospitalar no País e fonte de parte do financiamento dos serviços prestados pelos hospitais de ensino.

Os outros dois Ministérios membros da Comissão Interinstitucional são o da Ciência e Tecnologia e o do Planejamento, Orçamento e Gestão. Os demais componentes são: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, a Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior, a Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais, a Associação Brasileira de Educação Médica, a Associação Brasileira de Enfermagem e a Direção Nacional dos Estudantes de Medicina. Grupos de trabalho foram

constituídos com a participação dos envolvidos no processo.

A maior interação dessas entidades permitirá avaliações integradas entre assistência, ensino e pesquisa – estas duas últimas exigem habilidades específicas diferentes das utilizadas na primeira.

A avaliação e validação de tecnologias emergentes nos produtos de saúde encontram nos HE um importante aliado para o uso efetivo e seguro das mesmas, além de permitir estudos conjuntos de viabilidade financeira para aplicação em maior escala.

Secretarias Municipais de Saúde

Respondem pelo acompanhamento dos hospitais sob gestão municipal, porém, tanto nestes como naqueles sob gestão estadual existe a participação das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde na contratualização e nas avaliações trimestrais.

A interação entre gestores públicos e prestadores de serviços permite adequação de metas, ajustes na regulação, discussão de propostas assistenciais consistentes com as necessidades comunitárias e, consequentemente, uma racionalização da utilização de recursos.

Agencia Nacional de Saúde Suplementar

No Estado de São Paulo a cobertura dos planos de saúde atinge 40% da população, havendo municípios onde este percentual atinge 60%. Dos 37 hospitais de ensino, 29 possuem leitos destinados a atendimento de pacientes cobertos por esses planos. Baseados nesses números e em outras variáveis, estudos de gestão em saúde no Estado, obrigatoriamente, devem incluir o sistema supletivo.

Em 2007, foi assinado um termo de cooperação entre a SES-SP e a ANS⁶ baseado no modelo da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁷ de avaliação da qualidade hospitalar. O escopo do protocolo da AHRQ utilizado nesse termo de cooperação baseia-se em 22 indicadores distribuídos em volume, mortalidade por procedimentos e doenças e utilização. Esse termo apresentou resultados importantes, principalmente a melhoria de indicadores como redução das taxas de mortalidade em procedimentos invasivos. Os resultados já foram apresentados em seminário nacional⁸ e internacionais.⁹⁻¹¹

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A participação de 21 hospitais de ensino no Programa de Hospitais Sentinela, projeto criado em 2002 que congrega a Anvisa, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e o Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) nas atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e padronização de medicamentos, é uma importante interação para o aprimoramento de políticas de saúde e a segurança do paciente.

Agências de fomento e indústria

Financiamentos específicos oriundos de agências de fomento são importantes para ampliar o número de projetos de pesquisas voltados às necessidades do SUS.

Nas pesquisas financiadas pela indústria, o que é legítimo, a relação entre as partes deve ser preservada por contratos, por valores cujos custos reais da infraestrutura provida devam ser ressarcidos aos hospitais de ensino.

Ressalte-se como elemento de aprovação de projetos a atuação das comissões de

ética em pesquisa e o seu papel na preservação dos interesses do paciente.

Banco Mundial

Das cinco instituições que compõem o Grupo Banco Mundial, o Bird, em entendimento com o Governo do Estado de São Paulo, deverá realizar uma consultoria para a SES-SP pautada em quatro itens que contemplam também os hospitais de ensino:

1. desenvolvimento de ferramenta de monitoramento e avaliação contínua dos hospitais estaduais;
2. desenvolvimento de grupo de indicadores para avaliar o desempenho dos hospitais sob diferentes formas de gestão;
3. desenvolvimento de ferramenta de avaliação baseada nos três sistemas de coleta de dados: o SAHE, dos hospitais de ensino, o Núcleo de Informação Hospitalar (NIH) da CSS e o Sistema de Gestão Hospitalar das OSS da CGCSS. Essa atividade integrará ainda mais as coordenadorias e a assessoria; e
4. convite ao diretor-executivo do Health Services Cost Review Commission do Estado de Maryland (EUA), especialista em *diagnosis-related group* (DRG), classificação por grupos que permite gerar informações para gestão hospitalar; ele deverá apresentar a sua experiência na obtenção dos custos de 150 procedimentos selecionados, em novembro de 2009.

Essas oportunidades de interação são prontamente aproveitadas, auxiliando o aperfeiçoamento operacional.

Hospital Geral Universitário de Cuiabá

Em 2009, a equipe do Hospital Geral Universitário de Cuiabá, vinculado à Universidade de Cuiabá (Unic), solicitou acesso ao Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), passando a fazer parte do Programa de Avaliação dos Hospitais de Ensino da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A iniciativa certamente contribuirá para o aperfeiçoamento dos estudos em andamento.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

A Secretaria de Saúde da capital mineira manifestou interesse no SAHE, bem como em toda operacionalização utilizada na SES-SP para os seus hospitais. Isso inclui preparação de equipe local e treinamento para utilização de protocolos de avaliação e dados do Datasus, valores e parâmetros encontrados nos hospitais de ensino paulistas e diretrizes tomadas.

O Hospital Municipal Odilon Behrens já está cadastrado e iniciando o preenchimento do SAHE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo o desenvolvimento do trabalho baseia-se em uma estrutura enxuta, composta por um coordenador das atividades especializado em administração de serviços e políticas de saúde; uma profissional especializada em administração de sistemas e serviços de saúde, com conhecimento do SAHE, ligação com os usuários diretos do sistema nos hospitais e equipe de informática; e uma administradora de empresas com especialização em administração hospitalar e conhecimento na

obtenção de dados e informações dos sistemas do Datasus.

Ancorada em informações tanto do Datasus como do SAHE, a equipe produz relatórios em planilhas no formato Excel, permitindo cálculos e cruzamentos de dados e informações de maneira simples e ágil, para troca entre parceiros.

Os hospitais de ensino realizam procedimentos custosos e complexos, diversidade de variáveis e aspectos que influenciam a eficiência e a eficácia dos resultados. Portanto, a padronização das informações e a racionalização dos processos são importantes para a busca de qualidade, de atendimento humanizado, de aumento de produtividade e redução de custos, proporcionando capacidade de ofertar atendimento crescente para o sistema de saúde.

Dois membros da equipe estão disponíveis para consultas por telefone, pessoalmente. Contatos através do e-mail hospitaisdeensino@saude.sp.gov.br. Tecnologias facilitadoras para comunicação, como teleconferência e outros meios, poderão ser utilizadas.

Tendência mundial, a gestão por projetos permite que profissionais isolados ou em pequenos grupos assumam a responsabilidade pelos mesmos e, de acordo com a necessidade, agreguem outros profissionais para o desenvolvimento de tarefas específicas ou subprojetos, sem criação de custos permanentes e desnecessários. Estrutura enxuta em órgãos centrais e aproveitamento dos potenciais locais ou periféricos, nos quais efetivamente ocorrem as ações, geram bons resultados quando operam com autonomia e infraestrutura qualificada, permitindo melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e tecnológicos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. Diário Oficial da União. 03 out 2007; Seção 2:26.
2. Bittar OJNV, Magalhães A, editores. Hospitais de ensino no Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Assessoria de Hospitais de Ensino; 2007.
3. Barradas LRB, Bittar OJNV, Magalhães A, Alves S, Carvalho ERAP. Comparação de grupos de hospitais no Estado de São Paulo. Rev Adm Saúde. 2009;11(42):8-15.
4. Bittar OJNV, Magalhães A, Costa TM, Zavitoski L. Produtividade setorial em hospitais de ensino. Anais – 2009. QUALIHOSP – IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, 06 a 08 de abril de 2009.
5. Magalhaes A, Gouveia RCA, Bittar OJNV, Costa TM, Zavitoski L. Produtividade setorial nos hospitais de ensino. Prática Hospitalar 2009;11(66).
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Termo de Cooperação Técnica. Processo SS nº 001/0001/002.432/2007.
7. Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals [conjunto de indicadores] Volume, Mortality, Utilization and Area. Department of Health and Human Services [acesso em 11 set 2008]. Disponível em: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
8. Seminário de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo 3. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [acesso em 09 set 2009];2009. Disponível em: www.saude.sp.gov.br.
9. QUALIHOSP – Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde. São Paulo [acesso 9 set 2009]; 2009. Disponível em: www.qualihosp.com.br.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Seminário Internacional ATS e Qualificação dos Prestadores para a Qualidade na Assistência à Saúde 1. Rio de Janeiro [acesso em 9 set 2009]; 15 e 16 jul 2009. Disponível em: www.ans.gov.br.
11. International Conference – International Society for Quality in Healthcare – ISQua [acesso em 9 set 2009]; 2009 Dublin. Disponível em: <http://www.isqua.org/>.

Correspondência/correspondence to
Olímpio J Nogueira V Bittar
Rua Enéas de Carvalho Aguiar, 188
CEP: 01240-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 3066-8660
E-mail: bittar@saude.sp.gov.br



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

