

Contribuição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica em uma Unidade de Pronto Atendimento para a notificação compulsória de agravos. João Pessoa, 2012-2015.

Renan Figueiredo de Freitas¹, Jória Viana Guerreiro²,

¹Estudante –CCM/DPS/ PET-VS/VEH

²Orientadora - CCM/DPS/ PET-VS/VEH

Resumo

INTRODUÇÃO: Os Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVE) desenvolvem ações de detecção e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória, sendo o ambiente propício para o desencadeamento oportuno das ações de controle aplicadas à cadeia de transmissão de doenças. Dessa forma, é necessário que as ações de vigilância epidemiológica ocorram em todos os níveis da rede de saúde, incluindo a atenção secundária. **OBJETIVO:** Demonstrar a contribuição das ações do NVE de uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA) no município de João Pessoa – PB. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo que avaliou a contribuição realizada a partir das notificações dos agravos, utilizando-se de dados do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN) referentes a UPA 24h Oceania no período de junho de 2012 a dezembro de 2015, por meio de planilha eletrônica Microsoft Excel, versão 2013. **RESULTADOS:** Foram registrados 77132 agravos de notificação compulsória em João Pessoa, sendo que a UPA contribuiu com 2.555 casos, correspondendo 3,31% das notificações no período. A maioria das notificações foi de dengue 2175, correspondendo a 14,45% do total de casos. Ainda registrou 6,15% do total de casos de doenças exantemáticas e um caso de febre maculosa, único notificado do município no período. O restante de sua contribuição distribui-se por mais outros agravos. **CONCLUSÃO:** A implantação de um NVE numa Unidade de Pronto Atendimento apresenta uma contribuição concreta ao sistema de vigilância epidemiológica pela possibilidade de aumento da sensibilidade e da oportunidade na detecção de agravos de notificação compulsória.

Descritores:

Vigilância epidemiológica, Atenção secundária a saúde, Notificação de doenças.

Abstract

INTRODUCTION: The Centers for Epidemiological Surveillance (NVE) develop actions on detection and investigation of any suspected or confirmed notifiable disease, creating a

proper environment for a convenient initiation of control actions applied to the network of diseases transmission. Thus, it is necessary for epidemiological monitoring to occur at all levels of the health system, including secondary care. **OBJECTIVE:** To demonstrate the contribution of the acting of a NVE at a 24h Emergency Unit (UPA) in the city of João Pessoa - PB. **METHODOLOGY:** It was conducted a descriptive study to assess the contribution made from the notification of diseases, using data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) for the UPA Oceania 24h from June 2012 to January 2014, using a Microsoft Excel spreadsheet, version 2013. **RESULTS:** 77132 notifiable diseases were registered in João Pessoa, and the UPA contributed with 2.555 cases, representing 3,31% of all notifications. The majority of reported cases were of dengue (2175), corresponding to 14.45% of total cases. In addition, were recorded 6.15% of the total cases of rash illness and a case of spotted fever, the only one notified in the city in the period. The rest of its participation is split into five other injuries. **CONCLUSION:** The implementation of a NVE an Emergency Unit presents a concrete epidemiological surveillance system to the possibility of increased sensitivity and timeliness in detecting diseases notifiable contribution.

Key-Words:

Epidemiological surveillance, secondary health care, notification of diseases

Introdução

A epidemiologia é um processo que culmina com a transferência de conhecimentos obtidos a partir de estudos epidemiológicos (inclusive ensaios aleatorizados) ao planejamento de programas e políticas de controle de doenças, tanto em nível individual, quanto em nível populacional¹. Porém, até ser assim caracterizada, como um processo sistematizado, a epidemiologia se desenvolveu ao longo dos anos, acompanhando o nível de conhecimento de cada época, seguindo a velocidade da construção da saúde brasileira.

Durante a maior parte do século XX, os Estados brasileiros organizaram as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis como programas verticalizados, com a formulação, a coordenação e a execução das ações realizadas diretamente pelo Governo Federal². Esses programas, em 1941, eram organizados como serviços nacionais encarregados de controlar as doenças mais prevalentes na época, como a malária, a febre amarela, a peste, a tuberculose e a lepra. Sua estrutura se dava sob a forma de campanhas, adaptando-se a uma época em que a população era majoritariamente rural, e com serviços de saúde escassos e concentrados quase que exclusivamente nas áreas urbanas. Essas condições, além de limitações tecnológicas da época, longamente, dificultariam a adoção de estratégias diferentes, como a estruturação de ações permanentes³.

A V Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1975, propôs a criação de um Sistema de vigilância no país. Essa recomendação foi imediatamente operacionalizada com a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) que se estrutura nesse mesmo ano. No ano seguinte, o Ministério da Saúde instituiu a notificação compulsória de casos e ou de óbitos referentes a quatorze doenças para o território nacional⁴.

O SNVE, coerente com o momento em que foi criado, era baseado nos direcionamentos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais, excluindo os municípios que, naquela época, não exerciam o papel de gestores do sistema de saúde⁵. E, em resposta ao perfil epidemiológico do momento, o SNVE, atuava exclusivamente sobre as doenças transmissíveis passando a ter uma nova concepção cuja essência era voltada para o rompimento do modelo de atenção com enfoque biológico centrado na doença. Adotou um novo paradigma, que procurava conhecer os fatores que determinam e condicionam o aparecimento de um agravo nos espaços coletivos para implementar medidas de controle eficazes⁶.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) alterou, radicalmente, esse panorama porque não só passou a incluir o município como um dos gestores do sistema, num modelo tripartite, como o colocou como principal protagonista na execução das ações. Essa mudança veio desencadear a necessidade de um novo posicionamento para cada uma das

esferas de direção do sistema, com um deslocamento progressivo das atividades de execução para os municípios e uma concentração maior na formulação e coordenação para o gestor federal⁷.

A partir da Lei no. 8080/90 o SUS incorporou o SNVE definindo a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos”⁸. Essa junção tem como finalidade 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. Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades, pela universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços⁹. Exemplos de políticas públicas no nosso país que resultaram de estudos epidemiológicos, com a contribuição das ações de vigilância, incluem a proibição de fumo em ambientes fechados, programas de vacinação, prevenção do câncer de colo uterino e muitos outros¹.

São funções da Vigilância Epidemiológica a coleta e o processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas e indicadas. Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e a divulgação das informações pertinentes. Portanto, suas funções estão pautadas na tríade informação-decisão-ação¹⁰. Os elementos essenciais da atividade de vigilância que servem para caracterizá-la e diferenciá-la de outras práticas de saúde pública são o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o que diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; o foco dirigido para determinados resultados específicos, procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas; a utilização de dados relacionados com a prática de saúde pública, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam ser utilizadas para subsidiar a análise da situação de determinada doença e seus fatores de risco; o sentido utilitário que em última análise visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre as mesmas¹¹.

A Vigilância epidemiológica hospitalar que em parte vinha sendo desenvolvida pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e dependia da colaboração espontânea dos profissionais de saúde e da fiscalização distante das secretarias municipais de saúde, passou a contar com equipes específicas, após a criação dos Núcleos de

Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)¹². Os NVEH incorporam toda essa demanda que a vigilância epidemiológica requer, visto que a proposta de implantação está pautada em melhorar a relação custo-benefício das ações desenvolvidas, aferir resultados produzidos pela atenção à saúde, e avaliar processos e estruturas utilizadas para o alcance dos resultados¹³.

Os NVEH desenvolvem ações que visam à detecção e a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para isso as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais¹⁴. Sendo os hospitais ambientes propícios para o desencadeamento oportuno das ações de controle aplicadas à cadeia de transmissão de doenças, os núcleos de vigilância têm uma função importante na operacionalização do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e ainda têm como objetivo melhorar a qualidade da assistência e a relação custo benefício das ações desenvolvidas no hospital, fundamentando suas atividades nas ações relativas ao Sistema de Informação em Saúde, Planejamento, Acompanhamento, Monitorização e Avaliação. Para isso aposta na articulação de vários setores hospitalares, onde vincula a base de uma melhor assistência à saúde prestada pelo hospital¹⁵.

Nesse cenário, os NVEH representam um grande passo para a elaboração do real perfil das doenças e agravos. Além disso, revelam um avanço institucional para a qualidade e organização dos serviços, considerando a capacidade da vigilância em subsidiar informações suficientes e necessárias à tomada de decisão pelo gestor, ao planejamento, à organização, à gestão e à avaliação dos serviços de saúde repercutindo na execução de procedimentos assistenciais e ações de promoção, prevenção e controle¹⁶.

Porém, o núcleo de vigilância, tão difundido nos serviços de atenção terciária, ainda 'é pouco estabelecido em unidades intermediárias de atendimento, apesar de essas representarem crescimento em número de atendimentos, dentro da rede de atenção. A Rede de atenção à saúde é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão¹⁷, dos quais devem participar os núcleos de vigilância.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo consiste em demonstrar a contribuição das ações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica de uma Unidade de Pronto Atendimento no município de João Pessoa – PB, desde sua implantação, considerando a importância da vigilância em serviços de atenção secundária à saúde como fonte importante para investigação dos agravos de notificação compulsória, doenças emergentes e reemergentes

e a implementação oportuna de medidas de controle. Também se justifica pela inexistência de estudos no país que analisem esta contribuição.

Metodologia

Estudo descritivo a partir de dados do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação (SINAN) e Tabwin. Avaliou-se a distribuição dos agravos referentes à Unidade de Pronto Atendimento 24h Oceania (UPA) desde sua implantação, em junho de 2012, até dezembro de 2015. Foram comparados os registros da UPA 24h com as demais unidades notificadoras da cidade de João Pessoa-PB no mesmo período. Os dados foram analisados utilizando-se a planilha eletrônica Microsoft Excel, versão 2013. Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados secundários, não foi necessária a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466 de 12/12/2012 do CNS.

Resultados

O município de João Pessoa possui um total de 201 unidades notificadoras, assim distribuídas: 183 Unidades de Saúde da Família, 10 Hospitais, 6 Centros de Atendimento Integrado a Saúde (CAIS) e duas Unidades de Pronto Atendimento, a UPA 24h Valentina e a UPA 24h Oceania. No período analisado, entre junho de 2012 e dezembro de 2015, o município de João Pessoa realizou um total de 77132 registros de agravos de notificação compulsória, incluindo o de pessoas não residentes no município. Nesse mesmo período, a UPA 24h Oceania foi responsável pelo registro de 2555 casos, compondo um percentual de 3,31% do total de notificações do município, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Número e proporção dos agravos de notificação segundo unidade notificadora. João Pessoa – PB. Junho de 2012 a dezembro de 2015

Total de Notificações		
Unidade Notificadora	N	%
UPA	2555	3,31
Demais Unidades	74577	96,69
Total	77132	100,00

Considerando-se a portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional, as 2.555 notificações realizadas pela UPA 24h Oceania, no período estudado, distribuem-se segundo o demonstrado na Tabela 2:

Tabela 2: Número e proporção dos agravos de notificação compulsória registrados na Unidade de Pronto Atendimento 24h Oceania. Junho de 2012 a dezembro de 2015.

Agravos Compulsórios	Nº	%
Febre Maculosa	1	0,04
AIDS	1	0,04
Coqueluche	1	0,04
Atendimento antirrábico	1	0,04
Hepatites Virais	3	0,18
Leptospirose	5	0,19
Sífilis não especificada	12	0,47
Doenças Exantemáticas	17	0,66
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	66	2,58
Acidente por animais peçonhentos	93	3,64
Intoxicações Exógenas	180	7,04
Dengue	2175	85,13
Total	2.555	100,00

Observando-se apenas estes agravos notificados pela UPA 24h Oceania, tem-se um total de 55390 registros por todas as unidades notificadoras de João Pessoa, entre os residentes e não residentes, no período estudado, sendo a UPA responsável por 4,78% desse montante (n= 2555), conforme Tabela 3.

Tabela 3: Número e proporção dos agravos de notificação selecionados segundo unidade notificadora. João Pessoa- PB. Junho de 2012 a dezembro de 2015.

Agravos Compulsórios	UPA 24h Oceania		Demais Unidades	
	Nº	%	Nº	%
Febre Maculosa	1	100	0	0
AIDS	1	0,05	1959	99,95
Coqueluche	1	0,22	452	99,68
Atendimento antirrábico	1	0,01	9744	99,99
Hepatites Virais	3	0,09	3213	99,91
Leptospirose	5	2,63	185	97,37
Sífilis Adquirida	12	8,63	127	91,37
Doenças Exantemáticas	17	6,15	259	93,85
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	66	0,56	11722	99,44
Acidente por animais peçonhentos	93	1,08	8534	98,92

Intoxicações Exógenas	180	4,56	3768	95,44
Dengue	2175	14,45	12873	85,55
Total	2.555	4,78	52835	95,22

Discussão

O conhecimento do perfil de ocorrência de doenças e agravos está na dependência da existência de serviços de vigilância epidemiológica bem estruturados, com condições de captar, consolidar e analisar as informações acerca do processo saúde-doença em uma determinada área geográfica, gerar indicadores de acompanhamento e, em caso de surtos e epidemias, detectá-los precocemente para agir em tempo oportuno¹⁸.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) da UPA 24h Oceania exerce papel fundamental no número de notificações realizadas no município, visto que, 3,31% do total de registros são realizados por esse serviço, número expressivo quando consideramos que muitas unidades de pronto atendimento não possuem pactuação para o desenvolvimento desse tipo de atividade, no país. Essa quantidade de agravos colhidos pode ser explicada pelo seguinte fato: o serviço é porta de entrada de usuários, considerado de fácil acesso e está sempre disponível. Tais registros tornam-se importantes para gerar informação, que é um recurso primordial para a tomada de decisão, e é com ela que se pode chegar o mais próximo possível da realidade, traçar seu perfil, detectar problemas e agir em prol da solução¹⁹.

A maior proporção da notificação foi representada pela Dengue, com 2175 registros. Esse montante corresponde a 85,13% de toda a notificação realizada pelo serviço e a 14,45% das notificações deste agravo em todo o município. A inexistência de um NVE nesse serviço poderia contribuir para uma subnotificação de casos suspeitos de Dengue. O estudo de Façanha, em 2005, afirma que o número de casos novos diagnosticados avalia a capacidade de detecção dos serviços de saúde e a tendência de endemia. O registro dos casos diagnosticados e de sua evolução são essenciais para o acompanhamento das metas traçadas e para a implementação dos ajustes necessários²⁰. A região das Américas vivenciou, no ano de 2013, a maior epidemia registrada até o momento, com mais de 2,3 milhões de casos de dengue. Entre os países com maior número de casos, destaca-se o Brasil com 1.468.873 notificações²¹. No ano de 2013 foram notificados 1058 casos, pela UPA 24h Oceania, perfazendo 46% do total de notificações para o período. Dessa forma, a possibilidade de acompanhamento de um determinado agravo pelo próprio serviço de atenção secundária, além de contribuir para a fomentação dos sistemas de notificação,

também contribui para o seu pleno desenvolvimento, a partir da avaliação do aumento de uma demanda específica, tornando o serviço mais preparado para servir a população.

Com relação às doenças exantemáticas, a UPA 24h Oceania registrou 17 casos, perfazendo 6,15% no período analisado. É importante a presença de profissionais capacitados para o monitoramento epidemiológico, visto que para esse grupo de doenças, a notificação deve ser realizada em até 24 horas do caso suspeito (conforme fluxo da Portaria 104/25 de Janeiro de 2011)²², e a investigação dos casos deve-se iniciar em até 48 horas. Segundo a Secretaria de Saúde da Paraíba, em 2013, para cada caso notificado da doença, a principal medida de controle é a ação de bloqueio vacinal, limitada aos contatos do caso suspeito, que deve ser desencadeada imediatamente. As doenças imunopreveníveis requerem medidas simples para que se interrompa sua transmissão. Nesse sentido, a informação referente às doenças exantemáticas é essencial para a gestão dos serviços, pois orienta o planejamento, a organização, implantação, acompanhamento, avaliação dos modelos de atenção à saúde e as ações de prevenção e controle²³.

Vale ressaltar ainda a presença de um único caso notificado de febre maculosa, em todo o período considerado, equivalendo a 100% dos casos do município. A febre maculosa brasileira é considerada uma doença reemergente, e nos anos 1980 passou a ser notificada em vários municípios dos estados de São Paulo e Minas Gerais, voltando a ser considerada como uma doença de notificação compulsória em 2001, tendo registros em vários estados do Brasil²⁴. A Paraíba não é considerada um estado endêmico para a doença, porém isso não impossibilita o surgimento de um novo caso. Por se tratar de uma doença com sintomatologia inespecífica, o diagnóstico deve ser dado a partir de critérios clínico-epidemiológicos associados a exames laboratoriais (sorologia ou isolamento). Mesmo que a notificação tenha sido apenas de um caso suspeito não confirmado, é importante que o NVE esteja atento, visto que a febre maculosa é uma patologia considerada grave, exigindo assim que os profissionais de saúde tomem medidas precoces, visando reduzir a sua letalidade.

A UPA foi responsável pelo registro de 12 casos de Sífilis Adquirida, o que corresponde a 8,63% das notificações, para este tipo de agravo, no período estudado. É sabido que este tipo de doença é de manejo em atenção primária ou terciária, dependendo do seu estágio (primária, secundária ou terciária) e manifestação (neurosífilis, por exemplo). Logo, por que uma unidade secundária é responsável por esta elevada notificação? É simples, o tratamento da sífilis utiliza a Penicilina G benzatina, por via intramuscular, (exceto para neurosífilis). Por ser uma medicação que pode desencadear uma reação alérgica importante, seu uso deve ser restrito a ambiente hospitalar. Dessa forma, muitos casos atendidos em unidades básicas de saúde realizarão as doses do

tratamento em hospitais ou unidades de atenção secundária, nesse caso. Assim, faz parte da investigação epidemiológica analisar se não está ocorrendo a notificação duplicada do mesmo caso, ou se este não está sendo notificado no momento do seu diagnóstico, em outros serviços, para que, assim, não faça parte das atribuições desse núcleo o registro desse agravo.

Quando o sistema de vigilância estiver voltado a eventos adversos à saúde, pouco frequentes ou na situação particular de programas de erradicação de doenças transmissíveis, a coleta de informações deve ser completa. Excetuando-se os agravos de Dengue, Doenças Exantemáticas e Sífilis Adquirida, as demais notificações constituem 13,74% (n= 361), e geram uma pequena, porém determinante, contribuição mediante os registros do município. Nestas circunstâncias, faz-se necessário a coleta primária de dados para subsidiar qualquer sistema de informação, o que significa assegurar que o conjunto de instrumentos (fichas de notificação e outros) seja adequadamente preenchido, os dados seguramente registrados e armazenados, e que se cumpra em tempo o fluxo de dados até o processamento, a consolidação, análise e difusão²⁵.

Destaca-se ainda a importância das ações do NVE no registro dos agravos de notificação compulsória, uma vez que sua ausência leva a uma significativa perda dos casos, gerando assim uma subnotificação dos agravos. Esta pode determinar consequências adversas quanto à eficácia das ações de controle de doenças sempre que induzir a distorções na tendência observada em sua incidência, na estimativa do risco atribuível para se contrair uma enfermidade e na exatidão da avaliação do impacto de medidas de intervenção.

Por fim, a análise destes dados permite avaliar a magnitude do problema e a eficácia de políticas públicas necessárias ao papel da vigilância epidemiológica. Os núcleos de epidemiologia representam um grande avanço institucional para a qualidade e organização dos serviços, considerando sua capacidade potencial de vigilância e por proporcionarem a apropriação de informações suficientes e necessárias à decisão pelo gestor, repercutindo na execução de procedimentos assistenciais e ações de promoção, prevenção e controle²⁶.

Conclusão

Esse estudo evidenciou que a implantação de um Núcleo de Vigilância Epidemiológica em uma Unidade de Pronto Atendimento fortalece as ações de vigilância à medida que aumenta a sensibilidade e a oportunidade do sistema de vigilância para a detecção de agravos de notificação compulsória. Os dados mostraram a contribuição deste Núcleo no registro das doenças e agravos de notificação em João Pessoa, experiência bem-

sucedida que pode ser recomendada a outras Unidades de Pronto Atendimento a serem implantadas no município.

Dessa forma, o fortalecimento das ações do NVE revela um avanço institucional para a qualidade e organização do serviço, considerando a capacidade da vigilância em subsidiar informações, o que, possibilita a construção de um mapa epidemiológico mais fidedigno e a execução de medidas de controle pertinentes próximas da realidade e, portanto, com maior potencial resolutivo.

Referências

- 1) SZKLO, Moyses. Epidemiologia translacional: algumas considerações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 161-172, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100161&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 May 2016.
- 2) REZENDE, J.M. **Caminhos da Medicina**. O desafio da Febre Amarela. 2004. Disponível em / Available in: > <http://www.mr.medstudents.com.br/febreamarela.htm>> Acesso em / Access in: 14 mar 2014.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2002. 842p.
- 4) JUAREZ, E. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. 5ª, Brasília, 1975. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1975. p.137-144.
- 5) JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: **descentralização e intersectorialidade**. Saúde Sociedade, 2006.
- 6) DRUMOND, J. R. M. **Epidemiologia e Saúde Pública**: reflexão sobre o uso nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Campinas, 2001. 142 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade de Campinas São Paulo, 2001.
- 7) SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Disponível em/ Available in: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em / Access in: 08 abr 2014.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondente e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF),p. 18055, set. 1990. Seção I.

- 9) HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistema de saúde. Ed 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – Histórico de Combate às Doenças Transmissíveis no Brasil**. Brasília, DF, 2003.
- 11) SILVA JUNIOR, J. B. S. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. São Paulo. 301p. tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Ciências Médicas Estadual de Campinas. São Paulo, 2004.
- 12) COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. Infecções hospitalares. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-Infeciosas da Doença**. Ed. 3. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p.1-5.
- 13) ESCOSTEGUY, C. R.; MEDRONHO, R. A. A importância dos núcleos de vigilância hospitalar. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.3, p.246-51, 2005.
- 14) CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M. *et al.*(orgs.) **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: ENSP, 2001.
- 15) SCHETTERT, P. A. S. **Vigilância hospitalar: possibilidades e obstáculos de uma prática integrada**. 2008. 223p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.
- 16) MENDES, E. V.; FREEZE, R. S. G. **Avaliação da implantação dos núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde no Recife-Pe**. 2001. 126 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- 17) Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 16/05/2016;21(Spec):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf
- 18) Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia/NHE**. Paraná, 2008. Disponível em / Available in: http://www.saude.pr.gov.br/arquivosFile/CIB/ATA/ATA04/Relatorio_NHE_CIB.pdf. Acesso em / Access in: 08 mar 2014.
- 19) GUIMARÃES, E. M P.; EVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2004.
- 20) FAÇANHA, M. C. Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2005, vol.8, n.1, pp. 25-30. ISSN 1415-790X.

- 21) NASCIMENTO, Laura Branquinho do et al . Caracterização dos casos suspeitos de dengue internados na capital do estado de Goiás em 2013: período de grande epidemia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 475-484, set. 2015 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 maio 2016
- 22) **Portaria nº 104/GM/2011** – Dispõe sobre procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador. Brasília, 2011.
- 23) PARAÍBA. **Informe Epidemiológica Sarampo**. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. Joao Pessoa. Setembro, 2013.
- 24) Rodrigues, A. F. S. F.; Monteiro, C. M. O;Clemente, M.A. **Estudo epidemiológico da febre maculosa brasileira em Juiz de Fora, Minas Gerais**. CES Revista. Periódico oficial do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora v. 20 – CES/JF: Juiz de fora, 2006.
- 25) MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Filho NA. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 505-21.
- 26) MENDES, E. V.; FREEZA, R. S.; GUIMARÃES, S. A. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Cortez, 2004.