



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGENF

DANILA BARROS BEZERRA LEAL

**ASPECTOS RELACIONADOS À NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO  
DE PICOS-PIAUÍ**

TERESINA – PI  
2023

DANILA BARROS BEZERRA LEAL

**ASPECTOS RELACIONADOS À NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO  
DE PICOS-PIAUI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas de Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle.

TERESINA – PI  
2023

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco  
Divisão de Representação da Informação

L435a Leal, Danila Barros Bezerra.  
Aspectos relacionados à notificação da COVID-19 no município de Picos-Piauí / Danila Barros Bezerra Leal. -- 2023.  
82 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2023.  
“Orientadora: Profª. Drª. Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle”.

1. Enfermagem. 2. COVID-19. 3. Notificação. 4. Vigilância em saúde. I. Valle, Andreia Rodrigues Moura da Costa. II. Título.

CDD 610.73

DANILA BARROS BEZERRA LEAL

**ASPECTOS RELACIONADOS À NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO  
DE PICOS-PIAUI**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Andreia Rodrigues Moura da Costa Valle – Presidente**

Universidade Federal do Piauí

---

**Profa Dra Maria Rosilene Candido Moreira – 1<sup>a</sup> Examinadora**

Universidade Federal do Cariri

---

**Profa Dra Rosilane de Lima Brito Magalhães – 2<sup>a</sup> Examinadora**

Universidade Federal do Piauí

---

**Profa Dra Odinéa Maria Amorim Batista – Suplente**

Universidade Federal do Piauí

Dedico este estudo a todos os profissionais, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, zeladores, copeiras, vigilantes, apoio técnico, gestores e em especial, aos meus colegas de profissão, enfermeiros, que estiveram na linha de frente contra a COVID-19, que passaram medos e tiveram incertezas, assim como eu, que venceram essa batalha e aprenderam a lidar com a suas dores para confortar a dor do paciente durante a pandemia.

Dedico também ao meu pai, José Leal Sobrinho (*in memoriam*), que mesmo sem entender o porquê de tanto estudo, sentia-se alegre e orgulhoso a cada conquista minha!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me fortalecido para concluir mais este sonho da minha vida!

Agradeço, especialmente, à professora que sempre foi meu exemplo de dedicação e compromisso com os estudos, a minha mãe, professora Irse!

Agradeço as minhas irmãs, DD e Tia LiLi, que sempre sonharam comigo os meus sonhos, alegram-se a cada etapa e motivam-me sempre a crescer.

Agradeço também a todos os colegas do mestrado, que me ajudaram nesta caminhada, mesmo que virtualmente, em nome da Mariana Mesquita e Gabriela Parentes, agradeço a todos.

Agradeço ainda as minhas orientadoras, Prof<sup>ª</sup> Dra. Andreia e a minha primeira orientadora da vida acadêmica que muito me orienta ainda, Prof<sup>ª</sup> M<sup>a</sup>. Iolanda Gonçalves.

Agradeço a UFPI, ao PPGENF e a todo o corpo docente dessa instituição que contribuíram para minha formação, não só acadêmica, mas também pessoal, por meio das oportunidades ofertadas em todos esses anos.

E por último, mas não menos importante, agradeço imensamente a todos os participantes da pesquisa. Vocês são parte da minha história.

“O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente”  
Mahatma Gandhi

## RESUMO

LEAL, Danila Barros Bezerra. **Aspectos relacionados à notificação da COVID-19 no município de Picos-Piauí.** Orientador: Andreia Rodrigues Moura Da Costa Valle. 80 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFPI, Teresina, 2023.

**Introdução:** A COVID-19 provocou grandes impactos na saúde mundial, devido ao seu amplo espectro clínico, alta transmissibilidade, desconhecimento de tratamento e dificuldade de controle, necessitando de um monitoramento real dos casos para conseguir identificar pontos em comum e então formar a epidemiologia da doença. **Objetivo:** analisar aspectos relacionados à notificação de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. **Método:** trata-se de um estudo de caso transversal analítico, nas instituições públicas de saúde de Picos-Pi, que atendem casos de COVID-19. Todos os profissionais que atuam na notificação da COVID-19 compuseram a amostra, totalizando 42 participantes. Após aprovação do comitê de ética em pesquisa, a coleta de dados aconteceu de março a abril de 2022, e os dados foram coletados por meio de questionário auto aplicado. Em seguida, foram organizados no *Microsoft Excel®* e submetidos à análise estatística com o *R Project for Statistical Computing versão 4.1.0*. **Resultados:** os resultados referentes ao perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais, mostraram que a maioria era do sexo feminino (90,5%) e todos eram enfermeiros. Na avaliação de conceitos do protocolo de notificação de COVID-19 (prazo, compulsoriedade, notificação de todos os casos, momento para notificar), 61,9% responderam adequadamente quando indagado sobre o prazo da notificação de COVID-19. A notificação de todos os casos foi escolhida por 73,8%. Sobre a compulsoriedade da notificação de COVID-19, 88,1% dos profissionais responderam afirmativamente. Sobre a prática da notificação de COVID-19, 45,2% dos participantes afirmaram levar 10 minutos ou mais para notificar; 35,7% consideram a ficha de notificação extensa e 33,7% dos participantes julgaram realizar o preenchimento em menos de cinco minutos. 59,5% dos participantes afirmaram ter recebido capacitação sobre COVID-19, porém menos da metade dos participantes referiram ter recebido capacitação específica sobre a notificação de COVID-19 (45,2%). As razões mais referidas para o preenchimento da ficha de notificação foram: ajuda a traçar estratégias para implantar programas de prevenção (34%) e ajuda a identificar o número de casos (27,8%). Sobrecarga de trabalho (24,7%) foi considerado o principal obstáculo para a notificação. Os resultados não revelaram associação estatística, porém percebeu-se que dos profissionais que participaram das capacitações, a maioria tinha vínculos empregatícios instáveis (59,1%) e sobre esse grupo o número de erros em relação ao conhecimento sobre o prazo da notificação foi ainda menor (37,5%), em relação ao grupo que referiu não ter participado de capacitação (62,5%). **Conclusão:** na vigilância em saúde, a classe feminina, assim como a da enfermagem detém espaços muito importantes, mas ainda desvalorizados, sendo necessário investimento para fortalecer as ações de vigilância em saúde, propondo ações de educação permanente em saúde, a fim de favorecer a produção de dados de qualidade, consequentemente contribuir para melhorar a informação gerada e assim, possibilitar melhores planejamentos na saúde, e colaborar para melhores condições de saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem; COVID-19; notificação; vigilância em saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** COVID-19 caused major impacts on world health, due to its broad clinical spectrum, high transmissibility, lack of knowledge about treatment and difficulty in control, requiring real monitoring of cases to be able to identify points in common and then form the epidemiology of the disease. illness. **Objective:** to evaluate aspects related to the notification of suspected or confirmed cases of COVID-19. **Method:** this is an analytical cross-sectional case study, in the public health institutions of Picos-Pi, which treat cases of COVID-19. All professionals working in the notification of COVID-19 made up the sample, totaling 42 participants. After approval by the ethics committee, data collection took place from March to April 2022, and data were collected through a self-administered questionnaire. Then, they were organized in Microsoft Excel® and submitted to statistical analysis with the R Project for Statistical Computing version 4.1.0. **Results:** the results regarding the sociodemographic and occupational profile of the professionals who carried out the notification showed that the majority were female (90.5%), and all were nurses. In the evaluation of fundamental concepts about COVID-19 notification (deadline, compulsory, notification of all cases, time to notify), 61.9% responded adequately when asked about the period of COVID-19 notification. Notification of all cases was chosen by 73.8%. Regarding the compulsory notification of COVID-19, 88.1% of professionals answered in the affirmative. Regarding the practice of notifying COVID-19, 45.2% of participants said it took 10 minutes or more to notify; 35.7% consider the notification form to be extensive and 33.7% of the participants thought they completed it in less than five minutes. It was also questioned about the availability of time to carry out the notification, and most professionals (52.4%) considered that they had little time to carry out the notification. 59.5% of the participants reported having received training on COVID-19, but less than half of the participants reported having received specific training on the notification of COVID-19 (45.2%). The most mentioned reasons for filling out the notification form were: it helps to outline strategies to implement prevention programs (34%) and it helps to identify the number of cases (27.8%). The response about the population benefiting from the notification was unanimous and among the benefits most indicated by the participants were: help to devise strategies to implement protective measures against COVID-19 (22.5%) and help to identify the number of cases of COVID-19 in my municipality (22.0%). Work overload was considered the main obstacle to reporting. **Conclusion:** investment is needed to strengthen health surveillance actions, proposing health education actions in order to improve data production, consequently improving the information generated and thus supporting better health planning, which will guarantee better health conditions.

**Keywords:** Nursing; COVID-19; notification; health surveillance.

## RESUMEM

**Introducción:** el COVID-19 causó grandes impactos en la salud mundial, debido a su amplio espectro clínico, alta transmisibilidad, desconocimiento sobre el tratamiento y dificultad en el control, requiriendo un seguimiento real de los casos para poder identificar puntos en común y luego formar la epidemiología de la enfermedad. **Objetivo:** evaluar aspectos relacionados con la notificación de casos sospechosos o confirmados de COVID-19. **Método:** se trata de un estudio de caso transversal analítico, en las instituciones de salud pública de Picos-Pi, que atienden casos de COVID-19. Todos los profesionales que trabajan en la notificación de COVID-19 conformaron la muestra, totalizando 42 participantes. Después de la aprobación del comité de ética, la recolección de datos se llevó a cabo de marzo a abril de 2022 y los datos se recolectaron a través de un cuestionario autoadministrado. Luego, fueron organizados en Microsoft Excel® y sometidos a análisis estadístico con el R Project for Statistical Computing versión 4.1.0. **Resultados:** los resultados sobre el perfil sociodemográfico y ocupacional de los profesionales que realizaron la notificación mostraron que la mayoría eran del sexo femenino (90,5%) y todos eran enfermeros. En la evaluación de conceptos fundamentales sobre la notificación de COVID-19 (plazo, obligatoriedad, notificación de todos los casos, tiempo para notificar), el 61,9% respondió adecuadamente cuando se le preguntó sobre el período de notificación de COVID-19. La notificación de todos los casos fue elegida por el 73,8%. En cuanto a la notificación obligatoria de COVID-19, el 88,1% de los profesionales respondió afirmativamente. En cuanto a la práctica de notificar COVID-19, el 45,2% de los participantes dijo que tardaba 10 minutos o más en notificar; El 35,7% considera que el formulario de notificación es extenso y el 33,7% de los participantes cree que lo completa en menos de cinco minutos. También se cuestionó la disponibilidad de tiempo para realizar la notificación, y la mayoría de los profesionales (52,4%) consideró que disponía de poco tiempo para realizar la notificación. El 59,5% de los participantes reportaron haber recibido capacitación sobre COVID-19, pero menos de la mitad de los participantes reportaron haber recibido capacitación específica sobre la notificación de COVID-19 (45,2%). Las razones más mencionadas para llenar el formulario de notificación fueron: ayuda a delinear estrategias para implementar programas de prevención (34%) y ayuda a identificar el número de casos (27,8%). La respuesta sobre la población beneficiaria de la notificación fue unánime y entre los beneficios más señalados por los participantes se encuentran: ayudar a diseñar estrategias para implementar medidas de protección contra el COVID-19 (22,5%) y ayudar a identificar el número de casos de COVID-19 en mi municipio (22,0%). La sobrecarga de trabajo se consideró el principal obstáculo para la presentación de informes. **Conclusión:** se necesita inversión para fortalecer las acciones de vigilancia en salud, proponiendo acciones de educación en salud para mejorar la producción de datos, consecuentemente mejorando la información generada y, por lo tanto, apoyando una mejor planificación en salud, que garantizará mejores condiciones de salud.

**Palabras Clave:** Enfermería; COVID-19; notificación; vigilancia en salud.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais. Teresina, Piauí, Brasil, 2023 .....	36
Tabela 2 – Avaliação do conhecimento sobre o protocolo de notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.....	37
Tabela 3 – Identificação de aspectos sobre a prática da notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023 .....	38
Tabela 4 – Motivações, benefícios e dificuldades para notificar COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.....	40
Tabela 5 – Análise da associação de Fisher sobre a associação entre o tipo de vínculo e a capacitação de notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023.....	41
Tabela 6 – Análise da associação de Fisher do Conhecimento sobre o prazo de notificação de COVID-19 e capacitação sobre notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023 .....	42
Tabela 7 – Análise da associação de Fisher sobre os Principais fatores que contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada e capacitação de notificação de COVID-19 Teresina, Piauí, Brasil, 2023.....	42
Tabela 8 – Análise da associação de Fisher sobre a Oportunidade de preenchimento da ficha de notificação de COVID-19 e a capacitação sobre notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023 .....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COE	Centro de Operações de Emergência
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
EC	Espiral Construtivista
ECA2	Enzima Conversora de Angiotensina 2
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IB	Instituto Butantan
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	Planejamento Estratégico e Situacional
PFN	Pontos Focais Nacionais
PIB	Produto Interno Bruto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNIIIS	Política de Informação e Informática em Saúde
PRO EPS/SUS	Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em

	Saúde no SUS
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNA	Ácido Ribonucleico
RNA <sub>m</sub>	Ácido Ribonucleico mensageiro
RNDS	Rede Nacional de Dados
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SG	Síndrome Gripal
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	15
1.1.1	Objetivo Geral .....	15
1.1.2	Objetivos Específicos .....	15
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	16
<b>2.1</b>	<b>Vigilância em saúde com planejamento estratégico</b> .....	16
<b>2.2</b>	<b>COVID-19 e notificação</b> .....	19
<b>2.3</b>	<b>Educação Permanente em Saúde para aprimorar processos de trabalho</b> .....	27
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	32
<b>3.1</b>	<b>Tipo de pesquisa</b> .....	32
<b>3.2</b>	<b>Local da pesquisa</b> .....	32
<b>3.3</b>	<b>População e amostra</b> .....	33
<b>3.4</b>	<b>Instrumento e Coleta de dados</b> .....	34
<b>3.5</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	35
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	36
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	44
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	51
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
	<b>APÊNDICES</b> .....	61
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS</b> .....	62
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	64
	<b>ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITOS DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019- COVID-19 (B34.2)</b> .....	68
	<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)</b> .....	70

## 1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 (Corona Virus Disease 2019), doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*), apresenta um espectro clínico que permeia de infecções assintomáticas ou oligossintomáticas (80%) a casos graves (20%), podendo evoluir ao óbito, necessitando conhecer a epidemiologia detalhada para tentar minimizar os desfechos insatisfatórios (JESUS *et al.*, 2020; BRASIL, 2022a).

Essa doença provocou grandes impactos nos mais diversos setores da sociedade, especialmente no sistema de saúde, por ser uma afecção respiratória nova, não existia ainda muito conhecimento científico sobre esse vírus para conter o avanço da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Apesar das muitas estratégias desenvolvidas, até 23 de março de 2023, foram confirmados 760.360.192 casos no mundo todo, sendo 37.204.677 no Brasil, com 699.917 mil óbitos confirmados, num total de 1,9% de letalidade (BRASIL, 2023a, 2023b). E desde a descoberta do primeiro caso confirmado de COVID-19 no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, muitas medidas foram tomadas com o intuito de mitigar e controlar a alta transmissibilidade da doença, além de proteger pessoas mais vulneráveis da forma grave da doença (SANTOS *et al.*, 2021b).

A COVID-19 apresenta uma alta transmissibilidade, já que a saliva contém uma alta carga viral desse vírus, e alguns microlitros são suficientes para levar contaminação da saliva para superfícies ou instrumentos que podem transportar milhares de partículas virais infecciosas (MERIÑO *et al.*, 2021). Essa característica tem enorme impacto em termos de morbimortalidade para a população e é um fator imprescindível para o monitoramento e o controle da COVID-19 (CORRÊA *et al.*, 2020).

O ponto inicial desse monitoramento acontece por meio da notificação, na qual o Ministério da Saúde (MS) recomenda que todos os casos de Síndrome Gripal (SG), casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado e óbitos por SRAG, independente da hospitalização, além de indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por COVID-19, sejam notificados (BRASIL, 2022a).

As doenças que necessitam de notificação são aquelas cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para sua prevenção e controle, características compatíveis também com a COVID-19 (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

A notificação é a comunicação da ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços, que proporciona a construção de um banco de dados e a execução de modificações visando a ações de saúde e outros processos mais seguros, sendo essencial para a monitorização adequada de atividades de prevenção e controle de doenças (MASCARENHAS *et al.*, 2019; SILVA; OLIVEIRA, 2014), assim, a notificação de COVID-19 é hoje um instrumento importante para a saúde pública.

A informação completa e de qualidade é condição indispensável para análise da situação de saúde, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para o planejamento de ações públicas que almejem o desenvolvimento de boas condições de saúde para a população em geral (SOUSA *et al.*, 2020).

A realização da notificação em tempo hábil no sistema de informação é imprescindível para que os gestores tenham condições de planejar as ações de prevenção e controle. É importante também que a notificação, além de completa, seja descentralizada, para que mais rápido os dados epidemiológicos transformem-se em informação e tomada de decisão (BRASIL, 2022b).

No Brasil existe uma rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e por meio desses sistemas, com informações fidedignas, torna-se possível explicar os aspectos epidemiológicos, além de monitorar e avaliar o desempenho de programas de saúde e gerenciamento de serviços, oferta de serviços assistenciais vinculados a agravos de importância em saúde pública, que se encontram disponíveis para líderes políticos e profissionais de saúde fazerem uso desses dados e informações na elaboração e implantação de políticas destinadas para a melhoria da saúde da população (SOUSA *et al.*, 2020).

Apesar de tamanha importância é possível observar subnotificação ou notificações com inconsistências também nos casos de COVID-19, como relatado por Prado e colaboradores (2020) quando estimou que apenas 7,8% dos casos da doença no Brasil são notificados. Acrescenta-se que esse estudo apresentou apenas taxas nacionais da COVID-19 e não levou em consideração as diferenças entre as regiões do país, o que é importante no caso do Brasil, devido as suas dimensões continentais.

No âmbito da vigilância em saúde, dado é a descrição de atributo, de situação e de fato, desvinculado de referencial explicativo, o que limita sua utilização, já informação é a descrição de realidade associada a um determinado referencial explicativo sistemático. E a produção da informação se dá por meio de quatro etapas: coleta de dados, codificação dos dados coletados, processo dos dados coletados e divulgação (CUNHA; VARGENS, 2017).



A coleta de dados é a etapa inicial da produção da informação e se completa com o imediato registro do que foi coletado. Esse registro pode ser feito em formulário de papel ou em plataforma eletrônica. Quando registrado em formulário de papel, constitui documento de comprovação de fatos e de eventos, devendo ser arquivado fisicamente (CUNHA; VARGENS, 2017).

Dados de má qualidade, ou seja, fichas de notificação ou investigação com a maioria dos campos em branco, incongruências de informações, dentre outros problemas frequentemente identificados, apontam para a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada no primeiro nível hierárquico de entrada de dados no sistema (BRASIL, 2005), quando o dado não atende aos requisitos de qualidade, as etapas subsequentes ficam comprometidas, pois a qualidade envolve aspectos multidimensionais (CUNHA; VARGENS, 2017).

As informações disponibilizadas a partir das notificações permitem o monitoramento das doenças e assim permite um melhor planejamento de ações para prevenção e controle. Dessa forma, para fortalecer a epidemiologia de doenças, principalmente as recém-descobertas, é necessário que as informações extraídas dos casos e inseridas em uma base de dados sejam de boa qualidade (MARQUES *et al.*, 2020).

Porém a necessária ampliação da força de trabalho logo no início da pandemia ocasionou contratações imediatas para suprir as lacunas criadas pela alta demanda instalada devido à doença, e além da mudança nos processos de trabalho, houve também contratação de pessoal sem seleção criteriosa, sem perfil determinado para cada setor e até mesmo com menor preparo técnico necessário para trabalhar na linha de frente gerando inadequações em diversas atuações, incluindo a vigilância em saúde (FERNANDEZ *et al.*, 2021).

Encontram-se mais facilmente nos periódicos, pesquisas que avaliam os bancos de dados dos sistemas de informação ou os boletins epidemiológicos e até a completude dos dados da ficha, avaliando a qualidade do registro quanto ao preenchimento dos campos, porém ainda é diminuto o número de estudos capazes de identificar lacunas de conhecimento, competência e rotina dos profissionais em relação aos momentos dos registros de vigilância (CANTO; NEDEL, 2020).

E por isso, é importante conhecer como ocorre o processo de notificação em cada serviço de saúde, que pode ter contextos totalmente diferentes, para que então seja possível intervir a ponto de capacitar e sensibilizar o profissional, pois apenas com o entendimento prático de que a notificação é essencial para a saúde é que os dados serão informados com

fidedignidade e veracidade necessárias para a notificação constituir instrumento de melhoria da epidemiologia e da saúde, especialmente em tempos de pandemia (MELLO *et al.*, 2018).

Diante do exposto, tem-se como objeto de estudo o contexto da notificação de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, justificado pela proximidade da pesquisadora com o tema e a pequena participação de atores vinculados aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de capacitação técnica, administrativa e institucional dos municípios, para permitir maior envolvimento dos profissionais com a produção, processamento e análise das informações, a fim de melhorar a qualidade dos dados.

Destaca-se a relevância do estudo no sentido de contribuir para dar visibilidade à notificação, não só de COVID-19 como de todas as outras doenças de notificação, além da contribuição científica, visto que não se encontrou pesquisas semelhantes. O entendimento da situação a partir do estudo permitirá identificar os obstáculos que dificultam a geração de conhecimento dinâmico sobre as doenças, fortalecendo a epidemiologia, permitindo um melhor planejamento e a implementação de ações estratégicas para prevenção e combate de muitas doenças e por consequência, melhorando a saúde pública.

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar aspectos da notificação de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, nos serviços públicos de saúde, no município de Picos, Piauí.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população quanto ao perfil sociodemográfico, ocupacional e capacitação recebida;
- Identificar motivações, benefícios e dificuldades para notificar COVID-19;
- Verificar a associação entre aspectos sociodemográficos/ocupacionais e ter participado de capacitação sobre COVID-19.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Para um maior aprofundamento sobre o objeto de estudo, este capítulo destina-se a apresentar artigos e publicações nacionais e internacionais dos últimos anos que discorrem sobre a temática que envolve a notificação de COVID-19, a fim de embasar o problema da pesquisa.

### 2.1 Vigilância em saúde com planejamento estratégico

Vigiar constitui-se como uma antiga prática sanitária, utilizada desde o século XIV, em Viena (GONDIM, 2020), no mesmo período e local da primeira lista de notificação compulsória. Porém, o primeiro Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre a temática é de maio de 1951, quando foram definidas seis enfermidades de notificação internacional (SILVA; TEIXEIRA; LUCENA, 2020). No Brasil, a Vigilância em Saúde foi por muito tempo apenas um ramo da epidemiologia, porém hoje, já é vista como peça-chave para a saúde da população, a partir da observação sistemática e contínua das doenças e agravos (GOTO *et al.*, 2016).

O papel da vigilância em saúde é conceder informações técnicas atuais, tanto para gestores, como para os profissionais de saúde, a fim de que possam implementar ações específicas para cada realidade, buscando resultados objetivos e seguros para toda a população (LOPES; CORDEIRO, 2021).

A observação sistemática necessária para a identificação de características intrínsecas às doenças, só foi possível devido ao desenvolvimento de sistemas de informação, que otimizam a inserção e análise dos dados, caracterizando a prática da notificação, que foi organizada pela primeira vez em 1969, pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), que dava origem a um boletim epidemiológico, partindo daí as ações de controle de doenças evitadas por vacinação, como o controle da Poliomielite (XAVIER *et al.*, 2020; MELLO *et al.*, 2018).

Então a partir de 1988, o MS estabeleceu ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), dentre outras atribuições, a realização de notificação compulsória, responsabilidade tanto dos profissionais de saúde como de responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, na ocorrência ou suspeita de doenças e agravos ou ainda eventos de saúde pública dispostos em portaria, com uma lista atualizada sempre que necessário (MELLO *et al.*, 2018).

Como foi em 31 de janeiro de 2020, devido a situação causada pelo novo SARS-CoV-2, no qual fez o MS instalar um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (ESPII) para monitorar a situação e definir protocolos para assistência/vigilância em todo o país (LANA *et al.*, 2020), por se tratar de um evento que constitui risco a saúde pública, inclusive de outros países, por causa da alta transmissibilidade e dessa forma, necessitando de resposta internacional organizada e rápida. Tão logo, em 11 de março de 2020, a infecção causada pelo COVID-19 foi reconhecida como pandemia (ALTINO *et al.*, 2020).

As atividades de vigilância em saúde da COVID-19, por esta ser uma doença recente, ainda envolvem a descoberta e assimilação de suas características, ou seja, sinais e sintomas, como se dá a transmissão e fatores de riscos associados, entre outras características fundamentais para o entendimento do agravo (XAVIER *et al.*, 2020).

É fato que, com a pandemia de COVID-19, houve grande mobilização e atenção nos serviços de saúde, principalmente, na assistência do setor hospitalar, o que foi amplamente divulgado. Porém sabe-se também que a pandemia limitou a força de trabalho disponível e o elevado aumento de trabalho causou desgaste não só físico, como mental e social nos profissionais, além de sobrecarregar os sistemas de informação de uma forma nunca vivenciada, causando paralisação, quedas e outros problemas cibernéticos (XAVIER *et al.*, 2020; SALLAS *et al.*, 2022).

O Brasil possui uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), do Sistema único de Saúde (SUS), desde 1990, por meio da Portaria nº 589, de maio de 2015, mas sua trajetória sempre foi muito discreta, ganhando condições melhores para sua implementação com o DATASUS em 1991, e aprovação apenas em 2003, na 12ª Conferência Nacional de Saúde (SILVA; MOREIRA; ABREU, 2020).

Não foi algo tão divulgado, mas foi igualmente essencial para o controle da doença, o reforço necessário dos sistemas de informação e ampliação das ações de vigilância a fim de evitar o aumento da transmissão, a partir do conhecimento da doença (XAVIER *et al.*, 2020).

A importância dos SIS pauta-se na gestão do SUS em transformar dados/números em informações, sendo necessário aprimorar a inteligência da informação em saúde, para que os dados sejam estruturados de acordo com a singularidade de cada população (SILVA; MOREIRA; ABREU, 2020).

O Brasil preparou um SIS para o enfrentamento da emergência da COVID-19, com a utilização do Conecte SUS e a junção dos dados do Projeto Rede Nacional de Dados (RNDS), que compreende vários dados em saúde para entender o desenvolvimento da COVID-19,

dessa forma, a RNDS reúne ações para receber, processar e disponibilizar notificações, resultados e leitos ocupados pela COVID-19 através, principalmente da notificação (SILVA; MOREIRA; ABREU, 2020).

As plataformas integradas do e-SUS e da RNDS impulsionaram a luta contra a COVID-19 e representaram um grande passo tecnológico, porém é necessário que os profissionais e gestores tenham total domínio sobre essas ferramentas para de fato terem seu aproveitamento na prática (ALTINO *et al.*, 2020).

A falta, vulnerabilidade e fragilidade das informações potencializam o agravamento de crises, como essa ocasionada pelo COVID-19. As brechas no conhecimento sobre a doença podem ser vistas por sob duas óticas: informações/conteúdos desconhecidos da própria doença, o que justamente ocasionou a crise; e dados/informações decorrentes da crise. Para preencher a primeira brecha é preciso aprofundamento de evidências científicas, e para a segunda é necessário trabalhar com informações de qualidade, tendo muita confiabilidade e estando disponíveis em um curto prazo, pois são essas características fundamentais para decisão dos gestores (CALEMAN *et al.*, 2021).

Uma boa alternativa para garantir a eficiência e a viabilidade da implementação de monitoramentos para a gestão, é fazer uso do Planejamento Estratégico e Situacional (PES), utilizado para definir prioridades, alocar recursos, fortalecer ações, permitir que todos estejam direcionados, estabelecer metas, sempre avaliando e ajustando os resultados (MENEZES, 2021).

A construção das prioridades deve acontecer com base na análise situacional, para identificar e priorizar os problemas, segundo as condições de saúde atuais e a gestão. Uma ferramenta que se faz necessária é a sala de situação, que pode ser um espaço físico e virtual, onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe técnica, para caracterizar a situação de saúde de uma população (OPAS, 2010).

Desde 2020, a pandemia de COVID-19 vem alterando o cenário nacional e internacional não só na área da saúde, impactando extremamente nas arrecadações e economia que também influenciam no setor da saúde. Por todos os novos desafios impostos, torna-se evidente a necessidade de construir planos de contingência, que contenham respostas rápidas para contrapor as adversidades de emergência em saúde lançando mão das melhores estratégias disponíveis, com respostas bem articuladas e efetivas para proteger a população (CRODA; GARCIA, 2020).

Apesar das dificuldades encaradas pelo setor da saúde, estudiosos conseguiram elencar respostas, imediatas à pandemia, do setor de Vigilância em Saúde do MS, como: acionamento

dos Pontos Focais Nacionais do RSI da Organização Mundial de Saúde (PFN-RSI/OMS) e do Centro de Operações de Emergência (COE) do MS, para harmonização, planejamento e organização das atividades com os atores envolvidos e o monitoramento internacional; ativação do plano de contingência; declaração da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN); publicações de boletins epidemiológicos sobre o tema, com foco nas ações de prevenção e enfrentamento; lançamento de processos de licitação para designar mil leitos adicionais nos hospitais de referência indicados em cada estado, para atender os possíveis casos de COVID-19; publicação de edital de processo para aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) destinados aos profissionais de saúde, como máscaras cirúrgicas, protetores faciais, gorros, máscaras N-95 e luvas, e outros insumos (CRODA; GARCIA, 2020).

Muitas ações também foram descentralizadas aos estados e municípios, como a construção de planos de contingência estaduais e municipais, prezando a articulação das ações, o que se constituiu um desafio ainda maior para os estados do Nordeste, visto a heterogeneidade dos municípios e as fragilidades institucionais do sistema de saúde local, pois a região tem 63,4% dos municípios de pequeno porte da nação (MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020).

Diante desse contexto, apreende-se que atuação da Vigilância em Saúde deve ir muito além da coleta e levantamento de dados, empregando-se uma estratégia de gestão, que envolva a tomada de decisão, baseada na situação analisada individual ou coletiva. (MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020).

## **2.2 COVID-19 e notificação**

O Ácido Ribonucleico (RNA) vírus do COVID-19, o SARS-CoV-2, são os maiores de fita simples, tem formato redondo, oval e polimórfico, apresenta diâmetro de 60 a 140nm, com glicoproteínas *spikes* ou simplesmente proteína S encontradas na sua superfície, que garante o tropismo do vírus e fusão com as células do hospedeiro; a alta transmissibilidade ocorre por bioaerossóis, formados diretamente pela expiração de pessoas infectadas e causam infecções respiratórias (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Alguns autores corroboram que o vírus entra na célula hospedeira ligando suas proteínas S aos receptores da Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2), que ficam na superfície celular e que foi encontrado em várias células, inclusive nas do sistema gastrointestinal, justificando alguns sintomas (SOUZA *et al.*, 2021).

A COVID-19 é classificada como uma zoonose, isso quer dizer que tem um animal silvestre como reservatório e é uma doença infecciosa transmitida entre animais vertebrados e pessoas. Em 2020, houve especulações sobre o animal que primeiro transmitiu a doença, sendo morcegos ou pangolins (SOUZA *et al.*, 2021).

Os sintomas da doença podem aparecer de 1 a 12 dias após exposição, podendo variar de um resfriado comum até uma pneumonia grave. Inicialmente, os sintomas foram definidos como febre, tosse, mialgia e fadiga, cefaléia, dor faríngea, dor lombar, rinorréia, ageusia, anosmia e dificuldade de respirar, além de sintomas gastrointestinais como diarreia, vômitos e dores abdominais (MERIÑO *et al.*, 2021; MOREIRA *et al.*, 2021b). Mas o comprometimento pulmonar pela COVID-19 foi e continua sendo o principal motivo para as hospitalizações e os óbitos de COVID-19 (BALDI; PIZZICHINI, 2022).

No início da pandemia, para o diagnóstico definitivo da doença era necessário realizar a coleta de secreção respiratória, sendo por aspiração de vias aéreas ou indução de escarro, pois era identificado o vírus, por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral (LIMA, 2020). Já o último guia orientador do MS sobre COVID-19 de 2022, informa que o diagnóstico laboratorial pode acontecer além dos testes de biologia molecular, como por sorologias ou testes rápidos, no qual são empregadas as técnicas da imunocromatografia; além desses o manual ainda acrescenta que o diagnóstico pode ser também clínico e por imagem, por meio da tomografia computadorizada (BRASIL, 2022a).

Para alguns autores, o primeiro caso da COVID-19 foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan-China, na província de Hubei, onde pessoas, que trabalhavam em um mercado atacadista, foram hospitalizadas com sintomas de pneumonia, e então foi solicitado o suporte do Centro de Controle de Doenças (CDC) da China, que descobriu mais e mais casos desse mesmo tipo de pneumonia (ALVES; SILVINO, 2021). Porém existem especulações de que na verdade, o primeiro caso do novo coronavírus surgiu no dia 17 de novembro de 2019, e que foi um homem de 55 anos, que morava na província de Hubei (SOUZA *et al.*, 2021).

Então, logo em janeiro de 2020, a OMS declarou a epidemia uma ESPII e em março de 2020, uma pandemia (LANA *et al.*, 2020). Já o Brasil declarou a COVID-19 uma emergência de saúde pública em fevereiro de 2020 quando foi identificado o primeiro caso, importado da Itália, e em 30 de junho de 2020, pois já era o segundo em número de casos confirmados (1.402.041) e óbitos (59.594) (BORGES; CRESPO, 2020).

Desde a confirmação do primeiro caso, o MS aprovou a lei nº 13.979 (Lei de Quarentena), que trazia medidas para proteger a sociedade e lidar com a situação catastrófica

instalada, constando ações de isolamento; quarentena; notificação obrigatória, estudo epidemiológico, restrição excepcional e temporária à entrada e saída do país, entre outras (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O isolamento vertical também foi sugerido, como proposta pelo Presidente da República da época, no qual o isolamento seria apenas para idosos e pessoas com comorbidades, e vem do inglês, *vertical interdiction*. Porém pesquisas realizadas ainda em 2020 comprovaram que esse tipo de isolamento não se caracteriza como uma estratégia passível para o Brasil, pois existem muitas pessoas de 10 a 25 anos que convivem com pelo menos uma pessoa do grupo de risco, pais, avós e outros parentes (BORGES; CRESPO, 2020).

Por ser uma doença nova e de alta transmissibilidade, o reconhecimento imediato da doença é fundamental para garantir o tratamento oportuno, um bom desfecho e a contenção da doença. Como medida de controle o MS determinou, em janeiro de 2020, que a notificação de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo coronavírus deveria ser compulsória, ou seja, a informação ao MS deveria acontecer imediatamente ou em até 24 horas (TABUTTI; OLIVEIRA; DESPLANCHES, 2020).

A notificação obrigatória ou compulsória constitui-se como a forma de comunicar o aparecimento de alguma doença ou agravo, à autoridade sanitária em saúde que por sua vez tem poder de decisão para controlar a disseminação, por meio dos dados advindos com a notificação (LIMA; DESLANDES, 2015).

Os sistemas de informação utilizados para a notificação de casos de suspeitos e confirmados de COVID-19 tem atualizações on-line, não havendo necessidade de transferir arquivos após a inclusão dos dados. O E-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>), em março de 2020, foi determinado como sendo o sistema notificador oficial do governo federal, a fim de melhorar os registros da COVID-19 no país. Para realizar a notificação neste sistema basta que o usuário/profissional de saúde realize um cadastro individual, dando-lhe acesso a inclusão de casos e/ou exportação de planilhas e dados (SOUZA; ICHIHARA; SENA, 2020).

O MS orienta que todos os profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado devem realizar a notificação, assim como todos os laboratórios da rede pública, privada, universitários devem fazê-la a partir dos resultados de testes diagnóstico para detecção da COVID-19, sejam eles positivos ou negativos, pois ressalta-se que um exame com resultado negativo para COVID-19, isoladamente, não deve ser utilizado para descartar um caso de COVID-19 (BRASIL, 2022b).



O ato de notificar, com a utilização de fichas e posteriormente a notificação eletrônica em sistemas de informação, pode ser considerado a melhor estratégia para a observação sistemática de doenças e agravos pois não envolve muitos custos, entretanto para que essa assistência se mostre eficaz é necessária dedicação de todos os envolvidos direta ou indiretamente (NAZÁRIO *et al.*, 2021).

Quando a notificação é realizada a contento, tanto registro como digitação no sistema de informação, é possível identificar e então aprender com certos deslizes que ainda sim podem surgir, evitando que se repitam posteriormente e buscando alternativas para problemas ligados a assistência direta, como também é considerado a melhor maneira para que gestores planejem ações de prevenção e controle, dessa forma, quanto mais descentralizada for a notificação, mais oportuna deverá ser e propiciará dados mais contextualizados (SILVA; TEIXEIRA; LUCENA, 2020; BRASIL, 2022c).

A ficha de notificação da COVID-19, atualizada em agosto de 2021, é constituída por sete domínios que englobam informações pertinentes à condição de saúde e vida da pessoa notificada, são eles: identificação, no qual são contemplados campos para definição do indivíduo, como nome completo, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), entre outros dados pertinentes ao endereço; em seguida, o são contemplados campos que envolve a estratégia e local de realização da testagem; segue-se então para os dados clínicos epidemiológicos da COVID-19, que contemplam sintomas, condições de saúde conhecidas como hipertensão ou gravidez por exemplo, e estado vacinal para COVID-19; os tipos, datas e resultados do exames laboratoriais seguem no grupo de perguntas seguintes, a fim de caracterizar a fase da doença; e encerramento, informações complementares e observações e ainda rastreamento de contatos são os últimos grupos de informações da ficha, que servem para fechar o caso após o período estabelecido de isolamento e aproximar a dimensão de contatos de cada caso (BRASIL, 2022c).

Vale ressaltar que o não cumprimento da notificação, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.164, de 24 de maio de 2022, poderá ser considerada como “infração sanitária, podendo ser aplicado penalidades como advertência, multa ou interdição do estabelecimento, sem prejuízo de outras sanções de natureza administrativa, civil ou penal cabíveis” (BRASIL, 2022c). Reforça-se também que a responsabilidade sobre a notificação deve ser de todos os profissionais do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente (BRASIL, 2022c).

E foi a partir dos dados obtidos com as notificações da COVID-19, que foi desfeita a proposição que esta é uma “doença democrática”, como foi divulgada assim que apareceram

os primeiros casos no Brasil, porém sabe-se que uma epidemia engloba várias características, tendo sua natureza não apenas biológica, mas também social e histórica, representada pela desigualdade da população, que acaba por refletir os riscos de infecção, o acesso aos serviços de saúde, o risco de adoecer como também o de morrer. Dessa forma, fica claro que a maior morbidade e mortalidade da pandemia de COVID-19 ocorreu com os mais pobres, socialmente excluídos, evidenciando as desigualdades sociais do país (WERNECK, 2022).

A partir de dados coletados nas plataformas disponíveis no SUS, conclui-se que a vítima padrão da COVID-19 é o homem, pobre e negro, assemelhando-se na cor, na idade e na falta de oportunidades. Por isso, para alguns estudiosos, a pandemia conseguiu aumentar a crise econômica e política já instalada, decorrente dos dados epidemiológicos disponíveis e da conduta negacionista do Governo Federal nos anos de maior incidência da doença (SARRETA *et al.*, 2022).

A discussão sobre a maior morbimortalidade da COVID-19 e as medidas para o seu controle estão relacionadas às evidências já encontradas, as quais trazem que o coronavírus consegue infectar pessoas de todas as faixas etárias, porém algumas populações são mais propícias a desenvolverem complicações: idosos e aqueles com condições médicas preexistentes. Os dados epidemiológicos também revelam que a mortalidade é consideravelmente menor entre os jovens, ainda assim, esse grupo também enumera internações, o que sobrecarrega os serviços e consomem recursos, alguns já escassos, devido à alta demanda, além de leitos e do próprio comprometimento da força de trabalho, por isso são necessárias as medidas de controle para todos (BORGES; CRESPO, 2020).

Os idosos são os que mais desenvolvem sintomas graves da COVID-19 devido às comorbidades e alterações fisiológicas relacionadas à idade do cérebro e do sistema imunológico. Pesquisas mostram que o vírus tem o poder de causar alterações patológicas no cérebro e alterar o funcionamento celular, devido à neuroinvasão, inflamação, lesão microvascular e hipóxia das células mais vulneráveis por causa do envelhecimento, porém outros determinantes também influenciam a morbidade, como as características raciais, socioeconômicas e até culturais (DIX; ROY, 2022).

O CDC emitiu um alerta aos idosos, devido ao maior risco de hospitalização ou de óbito por COVID-19. Esse mesmo órgão acrescenta que a população com mais de 65 anos tem uma taxa de mortalidade 90 vezes maior, em relação às pessoas de 18 a 29 anos; e quando a idade é maior que 85 anos, a taxa pode chegar a 630 vezes maior (PONTES *et al.*, 2022).

Já no estudo sobre o perfil individual e demográfico, realizado em Curitiba, logo no início da pandemia, mostra que a maioria das pessoas com COVID-19 eram do sexo

masculino, da raça branca, casado, menor de 65 anos e procedentes de Curitiba e região metropolitana (PONTES *et al.*, 2022).

Outros estudos revelam, em suma, que os homens são mais gravemente acometidos que as mulheres, tendo eles uma média de 47 anos de idade; dentre os óbitos, a maioria ocorreu em indivíduos com mais de 70 anos e com doenças preexistentes, havendo episódios bem mais leves em crianças e adolescentes (SOUZA *et al.*, 2021).

Estudos mostram que há diferenças regionais e socioeconômicas em relação aos grupos de risco para a COVID-19 no Brasil, sendo mais incidente ainda entre os menos escolarizados ou em pessoas classificadas como pretas e pardas. As principais diferenças regionais referem-se as regiões Norte e Nordeste, devido a um pior diagnóstico nessas regiões em função do mais baixo acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a uma pior informação das pessoas sobre a qualidade de sua saúde (BORGES; CRESPO, 2020).

A desigualdade e iniquidade de acesso, principalmente aos serviços de saúde, criam barreiras às inovações tecnológicas, advindas das ciências da saúde, e isso faz com que as chances e os fatores que determinam a saúde, a doença e a morte, variem de acordo com a renda, condições de moradia, grau de escolaridade entre outras características sociodemográficas (CESTARI *et al.*, 2021).

Ainda sobre as diferenças regionais, ressalta-se aqui informações que traduzem essas desigualdades, evidenciadas pela discrepância do sistema público de saúde nas capitais brasileiras, no qual São Paulo, a maior metrópole brasileira, notificou o primeiro caso, em fevereiro de 2020, e o primeiro óbito por COVID-19 em março. Já o Rio de Janeiro, a segunda maior metrópole do país, foi a segunda cidade a notificar um óbito por COVID-19 também no mês de março, e Fortaleza, que foi a capital mais acometida pela pandemia na Região Nordeste, só identificou seu primeiro caso, quase um mês após o primeiro caso nacional, assim também como aconteceu em Manaus, que foi a capital mais devastada no norte do Brasil (ORELLANA *et al.*, 2020).

No Piauí, até o dia 23 de março de 2023 (última atualização disponível), foram notificados 428.022 casos confirmados de COVID-19, sendo 8.359 óbitos. Um dado importante disponível no site oficial do Painel Epidemiológico COVID-19 do Piauí, é a quantidade de pessoas testadas sendo um total de 743.408. Porém, apesar desse volume de testes, isso não representa um grande contingente da população piauiense testada. Ainda é válido reforçar, que dentre as pessoas testadas, existem aquelas que realizaram mais de uma vez, e outras que não tiveram nenhuma oportunidade de realizar essa testagem, como também

houve testes realizados que não chegaram a ser notificados no sistema (BRASIL, 2023a, 2023b).

Em 2022, foi lançado o Caderno especial de indicadores básicos sobre COVID-19, que utiliza métodos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) para promover a disponibilidade adequada, oportuna e abrangente de indicadores básicos e analisar as condições de saúde da população e suas tendências, sendo então uma forma de aperfeiçoar a capacidade de formulação, de implementação e de avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (BRASIL, 2022d).

Esse material traz além dos indicadores já conhecidos como mortalidade, morbidade e incidência, outros indicadores que ampliam a capacidade de entendimento sobre a situação da COVID-19. Como por exemplo a proporção de testes rápidos de antígeno realizados nos casos de Síndrome Gripal e registrados no E-SUS notifica. Esse indicador tem como objetivo monitorar a realização de testes rápidos de antígeno nos casos de síndrome gripal em todo território nacional, devendo ser interpretado como o percentual da realização de testes rápidos de antígeno nos casos de síndrome gripal, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2022d).

Outro indicador que traz a reflexão principalmente sobre as condições vigilância sobre a COVID-19 é a Oportunidade de digitação e de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave pela COVID-19 no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. Esse índice mensura o tempo médio em dias entre a notificação de SRAG por COVID-19 e sua digitação no sistema; e o tempo médio em dias entre o aparecimento dos sintomas de SRAG por COVID-19 e sua notificação. A partir desse indicador é possível avaliar a atuação dos profissionais na detecção, notificação e na disponibilidade de dados no sistema de informação (BRASIL, 2022d).

Com a adição desses novos indicadores, fica mais completo o entendimento sobre a situação da COVID-19, permitindo subsidiar melhor ações de planejamento, gestão e de avaliação de políticas públicas de enfrentamento da COVID-19, além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2022d).

Na cidade de Picos, até o dia 23 de março de 2023, encontram-se notificados 14.424 casos confirmados e 193 óbitos. Dados oficiais revelam que foram notificados, aproximadamente 28.000 casos, entre positivos e negativos, os dados oficiais não demonstram o quantitativo de pessoas testadas na cidade, o que mostra uma fragilidade na vigilância, pois poderia ser um bom índice avaliado (BRASIL, 2023a, 2023b).

Por meio desses dados é possível inferir sobre a reduzida capacidade de testagem do município, agravada pela alta taxa de oportunidade de digitação e de notificação de SRAG por COVID-19. A OMS recomendou testagem em massa, pois quanto mais diagnósticos assertivos, melhores seriam as possibilidades para avaliar os determinantes epidemiológicos e auxiliar na tomada de decisão, porém a demanda por testes rápidos foi muito alta, e alguns países só tiveram condição de testar casos especiais, o que levou a subnotificação dos casos de COVID-19 (BRASIL, 2022d; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2020).

Apesar do ineditismo da doença, desde janeiro de 2020, o material genético do SARS-CoV-2 teve seu sequenciamento genético publicado no meio acadêmico, com isso, a partir de março do mesmo ano, as pesquisas sobre as vacinas foram iniciadas. Mais de 170 pesquisas foram lançadas, mas sabe-se que o processo de desenvolvimento dos imunizantes é oneroso e formado por várias etapas, o que demanda tempo (SILVA; NOGUEIRA, 2020).

Após meses de pesquisas no mundo todo, algumas conseguiram ter um avanço maior e ficarem disponíveis ainda em 2020. Então, o Governo Federal lançou em dezembro de 2020 um plano nacional de vacinação contra a COVID-19, que já está na sua segunda edição, publicado em 2022; e em 18 de janeiro de 2021 iniciou-se a tão esperada Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 no Brasil, que seguiu as fases e orientações do plano. No final de 2022, o Brasil dispunha de sete diferentes vacinas:

- Instituto Butantan (IB): vacina adsorvida COVID-19 (Inativada). Fabricante: *Sinovac Life Sciences Co., Ltd.* Parceria: Sinovac/Butantan;
- Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Bio-Manguinhos (Fiocruz/BioManguinhos): vacina COVID-19 (recombinante) Fabricante: *Serum Institute of India Pvt. Ltd.* Parceria: AstraZeneca/Fiocruz;
- Fundação Oswaldo Cruz – Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Bio-Manguinhos (Fiocruz/Bio-Manguinhos): vacina COVID-19 (recombinante) Fabricante: Fiocruz/Bio-Manguinhos. Parceria: AstraZeneca/Fiocruz.
- AstraZeneca: vacina contra COVID-19 (ChAdOx1-S (recombinante). Vacina oriunda do consórcio *Covax Facility*.
- Pfizer/Wyeth: vacina COVID-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth.
- Janssen: vacina COVID-19 (recombinante). Vacina oriunda do consórcio *Covax Facility*.
- Janssen: vacina COVID-19 (recombinante) – Janssen (BRASIL, 2022c).

Para reforçar a contenção da pandemia, em 2022 foram aprovadas, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), algumas mediações, em caráter, inicialmente, emergencial para tratamento da COVID-19, como a Baricitinibe, indicada no tratamento da COVID-19 em adultos internados, com oxigenoterapia; e Paxlovid™ (nirmatrelvir + ritonavir), que está indicado para tratar COVID-19 em adultos que não precisem fazer uso terapêutico de oxigênio e que apresentem risco de quadros graves (BRASIL, 2023c).

### **2.3 Educação Permanente em Saúde para aprimorar processos de trabalho**

A Constituição Federal (CF) de 1988 traz no artigo 200, inciso III, a competência do SUS de ordenar a formação na área da saúde, por isso, as questões de educação na saúde são de responsabilidade do SUS e assim para fazer cumprir, foram criadas políticas e outras propostas para adequar a formação e qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma dessas propostas e é uma estratégia político-pedagógica, reconhecida mundialmente, que visa à formação em saúde, com base no aprendizado do processo de trabalho, no qual aprender e ensinar devem ser incorporados ao cotidiano de trabalho, objetivando aprimorar práticas em saúde. Inicialmente, foi introduzida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1980, na América Latina, e posteriormente, em 2004, foi instituída no Brasil como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a fim de melhorar os serviços de saúde prestados e assim fortalecer o SUS, além de legitimar a interdisciplinaridade no trabalho em saúde (ESPOSTI *et al.*, 2020).

Essa política teve suas estratégias de ação e transferência de recursos para financiamento das ações redefinidas pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, e outros documentos posteriores a esse período, trazem orientações de trabalho para estados, municípios e Distrito Federal, elencam possíveis caminhos para a implementação da PNEPS, sem impor processos ou determinar um único modelo de gestão da educação em saúde. Pelas definições das legislações sobre a temática, os gestores dispunham de financiamento federal fundo a fundo, regular e automático para a Educação em Saúde, pelo Bloco de Financiamento da Gestão do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2018a).

A EPS deve ser um processo que proporcione uma interação entre aprendizado, reflexão crítica sobre a atividade desenvolvida e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva; sendo este um processo dinâmico, que leve à reflexão e autoanálise das rotinas de cada trabalho. E essa Educação em Saúde precisa ter um direcionamento constante dos

profissionais que estão *in loco*, para que sejam práticas pedagógicas focadas em competências necessárias nos serviços. É válido destacar que trabalhadores de saúde são todos aqueles que prestam assistência, direta ou indiretamente, e em toda a sua diversidade são a força de trabalho (SARRETA *et al.*, 2022).

Passados alguns anos, percebeu-se que havia ainda necessidade de um maior desenvolvimento de práticas de EPS, e então houve uma retomada desse processo para reforçar a PNEPS pelo Governo Federal. Uma nova portaria sobre o tema passa a vigorar, Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, a qual dispõe sobre o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), que tem como finalidade estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS, a fim de melhorar as práticas em saúde, a partir de situação local e da reflexão coletiva dos processos de trabalho, sempre direcionando para os princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2018a).

O PRO EPS-SUS dá aos municípios e estados um apoio técnico institucional e financeiro, contemplando um conjunto de orientações para subsidiar os responsáveis pela gestão da EPS nos estados e municípios, a fim de que possam formular os Planos de Educação Permanente e dar continuidade à realização de ações. O programa define como responsabilidade dos municípios o planejamento das ações, considerando a articulação com demais iniciativas de educação permanente desenvolvidas no território; e a definição de estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para o desenvolvimento das ações do programa, devendo estar disposto no Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2018a, 2018b).

Uma outra estratégia criada para incentivar a EPS é o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), este é um dispositivo da PNEP destinado a todos que fazem o SUS e a Educação Superior da área da saúde, a fim de desenvolver atividades de formação e desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS (BRASIL, 2015).

Com a pandemia, muitos temas tornaram-se ainda mais necessários de serem desenvolvidos, devido à necessidade do novo conhecimento sobre o vírus e da retomada de práticas por vezes esquecidas devido a sua maior simplicidade. A abordagem da temática da COVID-19 foi/é fundamental para o fim da morbimortalidade desse vírus, devendo ser repassada aos profissionais de saúde, fazendo-se necessário que sejam conteúdos mais densos, e para a população, um conteúdo mais acessível. E a dinamicidade das informações disponíveis sobre a COVID-19 exige que os profissionais e toda a população sejam

atualizados periodicamente, para adaptá-los a assistência segura nesse momento de tensão na saúde pública (SANTOS *et al.*, 2021a).

Entretanto, apesar da OMS ter orientado na Declaração Mundial da Pandemia sobre a importância da EPS na instrução e formação de trabalhadores da saúde, diante dos expressivos problemas que foram surgindo, não foi tão comum os processos formativos de preparação de trabalhadores da linha de frente para o enfrentamento da pandemia, confirmado cientificamente que o Brasil não implementou processos formativos para controle das demandas da pandemia (SARRETA *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2021a).

A fragilidades das práticas de educação permanente e/ou o interesse na formação, pode projetar o profissional a ter menos zelo com o trabalho ou até não compreender a complexidade do cuidado técnico científico, além do sentimento de não-valorização em determinada instituição. Por isso, é válido reforçar que processo metodológico da EPS deve acontecer a partir do envolvimento dos profissionais da assistência e da gestão sobre as problemáticas vivenciadas durante a rotina de trabalho, levando em consideração os conhecimentos e experiências prévias, para que os profissionais se tornem realmente protagonistas da construção dos seus processos de aprendizagem (GOMES *et al.*, 2020; SAKAMOTO *et al.*, 2021).

Para isso, é preciso que se desenvolva mais fortemente uma cultura de sensibilização nos profissionais da saúde e nos gestores, ressaltando a importância de atividades de EPS, em especial que tratem sobre notificação de doenças e agravos à saúde pública, para que a notificação aconteça de maneira satisfatória e as informações provenientes dos dados disponíveis nos SIS sejam saberes reais para a geração de conhecimento, visto que os dados inseridos serão completos e verdadeiros (GIRIANELLI *et al.*, 2018).

Antes mesmo da pandemia, um estudo publicado em 2006, já abordou a necessidade de sensibilizar profissionais, visando a melhoria da obtenção de dados, tanto em quantidade como em qualidade, a fim de fortalecer e ampliar a rede de notificação, mostrando que o anseio por uma vigilância em saúde fortalecida é prévio a crise sanitária atual (RESENDE *et al.*, 2006).

Por isso, é necessário que a formação e qualificação desses profissionais os conduzam para serem críticos, reflexivos e proativos, conseqüentemente, transformadores da prática cotidiana. Nesse sentido, as Instituições de Ensino Superior (IES) devem ser alinhadas com a construção e efetivação de políticas públicas, a fim de preencher lacunas existentes na assistência direta e indireta à pessoa (SILVA; TEIXEIRA; LUCENA, 2020).



A elaboração de propostas pedagógicas que envolvam serviço e gestão de saúde, além de ajudar os estudantes a desenvolver habilidades práticas e competências, pode ser uma boa alternativa para incentivar a parceria e melhorar a prática de ambos os envolvidos, fortalecendo as ações do sistema de saúde e promovendo competências para melhorar as demandas associadas a notificação de COVID-19 (SILVA; TEIXEIRA; LUCENA, 2020). Atividades educativas contínuas tendem a minimizar as falhas no serviço, por isso, elas devem ser introduzidas como rotina na agenda de qualquer serviço (NAZÁRIO *et al.*, 2021).

A junção da saúde e do ensino deve ser vista como prática social, tendo uma proposta pedagógica que facilite o crescimento dos profissionais como sujeitos e como detentores de um conhecimento mutável, estimulando a diminuição à dependência e melhorando a capacidade das políticas de saúde, sejam elas públicas ou privadas (LOPES; CORDEIRO, 2021).

A articulação entre as instituições de ensino e da saúde permite a união de membros mais qualificados ao trabalho, suavizando o volume de trabalho, elevados com a pandemia especialmente, além de favorecer um melhor gerenciamento para enfrentamento da COVID-19 ou de outra doença ou agravo que tenha o poder de atingir o sistema de saúde (MORA *et al.*, 2020).

Nesse mesmo sentido, cada serviço de saúde pode e deve ser local de produção de conhecimento, evidenciando a boa relação que deve existir entre estudante e profissional, para extrair saberes e ações, respectivamente, e consolidar a prática de ensino-aprendizagem, que é justamente a essência da educação permanente, a evolução do pensamento e de práticas (LOPES; CORDEIRO, 2021).

É válido propor então a contratualização do COAPES, já que a integração ensino-serviço-comunidade deve ser um movimento de mão dupla, pois a partir dele se garante o acesso de estudantes do ensino superior a todos os equipamentos de saúde da região, servindo como locais de práticas e como contrapartida as IESs devem participar de programas de formação de EPS, visando ao desenvolvimento dos profissionais do serviço e à melhoria de indicadores de saúde (BRASIL, 2015).

Além de aproximação de profissionais com o espaço de ensino, outra proposta para aprimorar o processo de notificação é a necessidade de propagar a real lógica preventiva, deixando o caráter puramente biomédico em segundo plano, explicitando os verdadeiros objetivos da notificação nos diversos níveis de prevenção e controle (CRUZ; TOLEDO; SANTOS, 2003).

É válido acrescentar também que a EPS tende a ser uma importante estratégia para prover a segurança ocupacional dos profissionais, pois partindo da reflexão dos processos de trabalho, pode levar ao reconhecimento de necessidades de aprendizagem que são importantes para as tomadas de decisões e para melhor assimilação da melhoria, pois as observações tendem a criar respostas e reformar a prática de trabalho dos envolvidos (AZEVEDO NETO *et al.*, 2021).

Como para tantas outras práticas no campo da saúde, para a melhora da notificação faz-se necessário realocar investimentos em ações de educação permanente em saúde para toda a equipe da assistência e gestores a fim de qualificar as notificações, esse investimento também deve ser no sentido de informatizar, descentralizar e divulgar os sistemas de informação, garantido estrutura, recursos e tempo necessários para que o ato de notificar seja incorporado às práticas assistenciais sem qualquer prejuízo para as outras atividades (MOREIRA *et al.*, 2021a; TOURINHO *et al.*, 2020).

Por isso, reitera-se a importância de a gestão da saúde também ser/estar sensibilizada para poder investir na melhoria da educação permanente e no desenvolvimento profissional, e conseguir transformar problemas em oportunidades para melhorar a saúde da população (CUSTÓDIO; GOMES; ALVES, 2021).

Esse investimento mencionado não envolve apenas grandes recursos financeiros, na verdade o maior envolvimento necessário é a colaboração efetiva dos profissionais de saúde e da gestão, pois é preciso que os profissionais tenham turnos protegidos em suas agendas de trabalho dedicados às atividades de EPS, e estas podem acontecer mesmo em espaços informais ou na própria rotina dos trabalhadores nos diversos serviços de saúde, assim também como em espaços formalmente instituídos, para valorizar o trabalho em equipe, formando equipes multi e interprofissionais e praticando a aprendizagem colaborativa (AZEVEDO NETO *et al.*, 2021).

## **3 MÉTODO**

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Este estudo caracterizou-se como um estudo de caso transversal analítico. O estudo de caso é um tipo de pesquisa no qual objetiva-se conhecer os motivos integralmente, e por isso pode ser considerado o tipo mais adequado para a investigar um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, que apresenta limites muito tênues, não sendo percebidos tão facilmente (MENEZES *et al.*, 2019).

Sobre estudos transversais, sua principal característica é que envolvem a coleta de dados em determinado ponto temporal e todos os fenômenos estudados são contemplados durante um único período de coleta de dados (POLIT; BECK, 2011). Já a pesquisa analítica é um tipo de pesquisa quantitativa que envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população (MARCONI; LAKATOS, 2005).

### **3.2 Local da pesquisa**

O estudo aconteceu nas instituições públicas de saúde da cidade de Picos-Piauí, que atendem casos suspeitos e confirmados de COVID-19, totalizando 38 serviços de saúde, entre eles Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de média e alta complexidade.

O município de Picos fica localizado a pouco mais de 300 km da capital do Piauí, estado do Nordeste e apresenta população de 78.627 habitantes, sendo o terceiro mais populoso do estado; possui um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de mais de R\$ 21.000,00 reais, dando-lhe a primeira posição em relação aos municípios circunvizinhos, caracterizando-o como referência em saúde, educação e economia para mais de 45 municípios (IBGE, 2022).

O município de Picos conta com 36 UBSs, que são portas de entrada para o serviço de saúde público, e contam também com resolubilidade das demandas e direcionam os usuários para a integralidade da assistência, ordenando e coordenando o cuidado. No início da pandemia, antes de existir um único centro de enfrentamento à COVID-19, as UBSs eram os locais mais próximos da população para diagnóstico e tratamento de casos leves e moderados de COVID-19, sendo ainda, seus profissionais, responsáveis pelo monitoramento e

acompanhamento dos casos, identificados no serviço de referência ou em outros serviços de saúde, público ou privado.

O centro de enfrentamento à COVID-19 foi aberto em maio de 2020, recebendo casos leves a moderados, passou um ano e cinco meses com funcionamento 24h, em outubro de 2021, seu funcionamento passou a ser de apenas 12h por dia, ainda os sete dias da semana, sendo referência para Picos e mais 45 municípios da macrorregião e apresentando uma média de mais de 2 mil atendimentos mensais até agosto de 2022. E então com a queda dos atendimentos, o centro de referência teve seu fechamento no fim de outubro de 2022.

O hospital de referência estadual foi adaptado para receber casos de internação de COVID-19 desde o primeiro momento desta crise de saúde pública. Uma ala foi isolada para receber casos suspeitos e confirmados, tendo desde o setor de pronto atendimento, enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), exclusivas para casos de COVID-19.

### **3.3 População e amostra**

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais da rede pública, que realizavam a notificação de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, nos seus postos de trabalho, no município estudado. Com uma amostra censitária ou pesquisa de população, todos os profissionais que trabalhavam com notificação da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde do SUS compuseram a amostra, independentemente da categoria profissional, é válido ressaltar, que em determinados serviços de saúde, que tem um funcionamento de 12h ou 24h, necessitam de dois ou mais profissionais para completar a carga horária do serviço, ou seja, em um mesmo posto de trabalho, podem ter dois ou até mais profissionais em um único dia de serviço. Como critério de inclusão, participaram então os profissionais que já havia realizado o preenchimento da Ficha de Notificação de SG suspeito de doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19 (b34.2) (ANEXO A). E foram excluídos da pesquisa os profissionais afastados dessa atividade, por qualquer motivo, no período da coleta de dados. Houve recusa de três profissionais, mesmo após apresentação dos objetivos e da metodologia, alegando não possuírem propriedade sobre o assunto, totalizando 42 participantes.

### 3.4 Instrumento e Coleta de dados

O questionário (APÊNDICE A) foi adaptado de Crovato (2017), e em sua maioria traz perguntas objetivas para incentivar a resolução em tempo hábil. A pesquisa da autora mencionada dentre outros objetivos, pretendeu problematizar como a notificação de violência tem sido tratada pelos autores dos artigos analisados, buscando na literatura os profissionais notificadores; assim como o estudo em Picos se propôs a fazer ao investigar o profissional que notifica. O ineditismo de pesquisas envolvendo notificação de COVID-19, doença que ainda há muito a ser estudada, fez com que fosse necessário a busca de estudos sobre notificação de outros agravos.

A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2022, e os dados foram coletados por meio de questionário, auto aplicado. Primeiramente, foi feito contato com o coordenador de equipe de cada estabelecimento investigado, por mensagem no aplicativo de telefone móvel *WhatsApp*, com uma breve apresentação do pesquisador e da pesquisa. E o coordenador de cada serviço encaminhou ao pesquisador aos profissionais que realizavam as notificações nos seus serviços. Então, também por mensagem de *WhatsApp*, o participante informava o melhor horário e local para que houvesse a coleta de dados. Os participantes que não respondiam a mensagem do aplicativo foram contactados por ligação afim de conseguir a participação realmente de todos os profissionais que realizavam notificações.

A coleta foi realizada exclusivamente pela autora da pesquisa, nos horários e locais estabelecidos pelos participantes da pesquisa, com tempo de resolução de aproximadamente 15 minutos.

Para iniciar a avaliação do processo da notificação, utilizam-se as variáveis de caracterização do perfil sociodemográfico e ocupacional como: idade, sexo, categoria profissional, grau de escolaridade, tipo de vínculo e carga-horária. Foi feito uso de variáveis envolvendo conhecimentos sobre o protocolo de notificação da COVID-19, como: prazo para notificar; situação e momento para preenchimento da ficha de notificação e se COVID-19 é de notificação compulsória.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), após breve explanação da pesquisa, enfatizando o sigilo e confidencialidade das informações, o participante recebia dois termos e confirmava sua participação na pesquisa com a assinatura.

### 3.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados em tabelas do programa *Microsoft Excel*®, para em seguida serem submetidos à análise estatística utilizando o programa *R Project for Statistical Computing* versão 4.1.0, dispondo em tabelas as frequências relativas e absolutas. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar se os dados seguiram distribuição normal, e então foi utilizado o Teste Exato de Fisher para a análise inferencial, considerando resultados com significância estatística os que apresentaram valor-p < 0,05. Foram testadas associações relacionadas à capacitação sobre notificação da COVID-19 e as seguintes variáveis: tipo de vínculo, conhecimento sobre o prazo de notificação da COVID-19, fatores que mais contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada e o momento do preenchimento da ficha de notificação da COVID-19.

### 3.6 Aspectos éticos

Para fazer-se cumprir as normatizações legais da pesquisa, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), de acordo com número do parecer: 5.148.508 (ANEXO B), cumprindo todos os preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na resolução 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS (BRASIL, 2012).

Os profissionais que atuavam na notificação foram informados quanto aos objetivos do estudo, sobre os riscos e benefícios, e somente depois decidiram sobre sua participação na pesquisa, assinando o TCLE, e então responderam ao questionário.

Este estudo apresentou risco mínimo, ou seja, a probabilidade e a magnitude do dano ou desconforto que pode ser previsto antecipadamente não são maiores a aqueles vivenciados no cotidiano da pessoa. Estão entre os riscos: a possibilidade de desconforto ou vergonha ao responder às perguntas, já que estas se referem a algumas particularidades da rotina do serviço. Para contornar esses riscos, foi assegurado o anonimato do indivíduo e do serviço, identificando os questionários depois de preenchidos por numeral cardinal em ordem aleatória.

Quanto aos benefícios, além de contribuir no aspecto científico para o desenvolvimento do tema específico, deve servir de espelho para a notificação e investigação de outras doenças e agravos de notificação compulsória, além de iniciar um processo de sensibilização nos participantes em relação a magnitude da atividade desenvolvida.

## 4 RESULTADOS

Os resultados referentes ao perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais, descritos na Tabela 1, mostraram que a maioria tinha idade menor que 40 anos (69,0%, n = 29) e pertencia ao sexo feminino (90,5%, n = 38). Em relação a categoria profissional foi encontrado enfermeiros na totalidade do estudo (n = 42), sendo que estes, em maior número, possuíam pós-graduação (69,0%, n = 29). No que diz respeito ao vínculo de trabalho, os enfermeiros apresentavam vínculo empregatício instável, ou seja, contrato por tempo determinado (54,8%, n = 23) e carga-horária de trabalho de 40 horas semanais (61,9%, n = 26), os demais participantes apresentaram uma carga-horária menor, sendo de apenas 20 horas por semana ou ainda plantões de 12x36h.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
≤ 40 anos	29	69,0
> 40 anos	13	31,0
Total	42	100,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	38	90,5
Masculino	4	9,5
Total	42	100,0
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	42	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Pós-Graduação	29	69,0
Superior Completo	13	31,0
Total	42	100,0
<b>Vínculo</b>		
Contratado	23	54,8
Efetivo	19	45,2
Total	42	100,0
<b>Carga horária</b>		
40h	26	61,9
Outros (20h/ 12x36)	16	38,1
Total	42	100,0

**Fonte:** Pesquisa própria.

Sobre a avaliação de conceitos do protocolo de notificação de COVID-19, demonstrado na Tabela 2, dos 42 participantes 61,9% (n = 26) responderam adequadamente quando indagado sobre o prazo da notificação de COVID-19. Em relação a notificação de casos suspeitos e confirmados, 73,8% (n = 31) deram resposta afirmativa. Ainda na Tabela 2, quando investigado sobre a compulsoriedade da notificação de COVID-19, 88,1% (n = 37) dos profissionais responderam afirmativamente.

Sobre o contexto da notificação de COVID-19, foi investigado sobre o momento no qual se obtém as informações para notificar, sendo 88,1% (n = 37) os que realizam a notificação no momento do atendimento, em contrapartida, 4,8% (n = 2) responderam como alternativa outro momento, não revelando qual seria este (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação do conhecimento sobre o protocolo de notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

Variáveis	n	%
<b>Qual o prazo de notificação da COVID-19</b>		
Imediata/24h ou 1 dia	26	61,9
Demais respostas	16	38,1
Total	42	100,0
<b>A ficha de notificação é preenchida em todos os casos suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal?</b>		
Sim	31	73,8
Não	9	21,4
Não sei	2	4,8
Total	42	100,0
<b>A COVID-19 é uma doença de notificação compulsória?</b>		
Sim	37	88,1
Não	3	7,1
Não respondeu	2	4,8
Total	42	100,0
<b>Em que momento a ficha de investigação para Síndrome Gripal deve ser preenchida?</b>		
Durante atendimento	37	88,1
No mesmo dia	3	7,1
Outro	2	4,8
Total	42	100,0

**Fonte:** Pesquisa própria.

Em relação aos aspectos sobre a prática da notificação da COVID-19, explanada na Tabela 3, a resposta em relação a ficha de notificação ser extensa foi confirmada apenas por 35,7% (n = 15) dos participantes. Sobre existir termo ou expressão desconhecida na ficha a maioria respondeu negativamente (76,2%, n = 32). A responsabilidade sobre a notificação em



cada serviço de saúde que o profissional atuava foi questionada e apenas 28,6% (n = 12) são os únicos responsáveis por fazer a notificação no seu ambiente de trabalho, já 64,3% (n = 27) participantes compartilham essa função com outros profissionais em seus serviços.

A inclusão da notificação no sistema de informação E-SUS Notifica acontece no mesmo local do preenchimento da ficha de acordo com apenas 19 participantes (45,2%); um participante não soube informar onde ocorre essa transmissão da informação ao MS, e outro se ausentou da resposta.

Uma parcela (33,7%, n = 14) dos participantes julgou realizar o preenchimento em menos de cinco minutos, seguido dos que afirmaram levar 10 minutos ou mais (45,2%, n = 19), houve ainda uma parte (21,4%, n = 9) que não respondeu a esse questionamento. Ainda foi questionada sobre a disponibilidade de tempo para realizar a notificação, e uma maior parte dos profissionais (52,4%, n = 22) considerou ter pouco tempo para realizar a notificação, representado na Tabela 3.

Foi investigado também sobre as fontes de informações para obtenção dos dados e constatou-se que a maioria dos profissionais buscam as informações com o próprio paciente (66,1%, n = 37), apesar de que houve também quem buscasse informações não só com o paciente, mas com os familiares e/ou prontuários, como mostra em detalhes a Tabela 3.

Nesta mesma Tabela 3, ainda se encontram os resultados dos participantes que afirmaram ter recebido capacitação sobre COVID-19 (59,5%, n = 25), porém menos da metade dos participantes referiram ter recebido capacitação específica sobre a notificação de COVID-19 (45,2%, n = 19). E um número expressivo (85,7%, n = 36) afirmou ter sido capacitado para realizar notificação ainda na graduação.

Tabela 3 – Identificação de aspectos sobre a prática da notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

Variáveis	n	%
<b>A ficha de notificação de COVID-19 é extensa?</b>		
Sim	15	35,7
não	23	54,8
Não respondeu	4	9,5
Total	42	100,0
<b>Existe algum termo ou expressão na ficha de notificação que você desconhece?</b>		
Sim	6	14,3
Não	32	76,2
Não respondeu	4	9,5
Total	42	100,0

**Você é o/a único/a responsável pelo preenchimento da ficha de investigação de síndrome gripal neste estabelecimento?**

Sim	12	28,6
Não	27	64,3
Não respondeu	3	7,1
Total	42	100,0

**A inclusão da notificação no sistema informatizado do Ministério da Saúde é feita neste estabelecimento/setor?**

Sim	19	45,2
Não	21	50,0
Não sei	1	2,4
Não respondeu	1	2,4
Total	42	100,0

**Quanto tempo você leva para realizar o preenchimento da ficha de investigação de COVID-19 (em minutos)**

≤ 5 minutos	14	33,4
10 ou mais	19	45,2
20 minutos ou mais.	7	16,6
Não respondeu	9	21,4
Total	42	100,0

**Em relação ao seu tempo para preencher a ficha de investigação, você considera:**

Tenho muito tempo	14	33,3
Tenho pouco tempo	22	52,4
Não respondeu	6	14,3
Total	42	100,0

**Qual a fonte para obter as informações para realizar a notificação?**

Paciente	37	66,1
Familiar do paciente	11	19,6
Prontuário	8	14,3

**Você recebeu capacitação sobre COVID-19?**

Sim	25	59,5
Não	17	40,5
Total	42	100,0

**Você recebeu capacitação sobre a investigação/ notificação de COVID-19?**

Sim	19	45,2
Não	21	50,0
Não respondeu	2	4,8
Total	42	100,0

**Durante a sua graduação, você foi capacitado para realizar notificação de doenças e agravos?**

Sim	36	85,7
Não	6	14,3
Total	42	100,0

**Fonte:** Pesquisa própria.

Na Tabela 4, encontram-se os dados referentes às motivações, benefícios e dificuldades para notificar COVID-19. As razões mais referidas no preenchimento da ficha de notificação foram: ajuda a traçar estratégias para implantar programas de prevenção (34%, n = 33) e ajuda a identificar o número de casos (27,8%, n = 27). Apenas um pouco mais da

metade dos participantes revelaram que já receberam algum retorno sobre suas notificações (52,4%, n = 22).

Foi unânime a resposta sobre a população ser beneficiada com a notificação e dentre os benefícios mais indicados pelos participantes foram: ajuda a traçar estratégias para implantar medidas de proteção contra a COVID-19 (22,5%, n = 41) e ajuda a identificar o número de casos de COVID-19 no município (22,0%, n = 40).

Em relação às dificuldades encontradas, que levam ao preenchimento inadequado da ficha ou a própria subnotificação, a mais referida foi Sobrecarga no trabalho (24,7%, n = 21), seguida de Excesso de atividade assistencial (23,5%, n = 20), e ainda alguns participantes ainda elencaram como conhecimento reduzido sobre a COVID-19 (16,5%, n = 14) e fonte de informação deficitária (14,1%, n=12).

Tabela 4 – Motivações, benefícios e dificuldades para notificar COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Quais razões influenciam no preenchimento da ficha de investigação de COVID-19? Pode assinalar mais de uma alternativa.</b>		
Ajuda a traçar estratégias para implantar programas de prevenção	33	34,0
Ajuda a identificar o número de casos	27	22,8
Protocolo ou rotina da Unidade	22	27,7
A obrigatoriedade	15	15,5
<b>Você já recebeu um <i>feedback</i> sobre as notificações desse serviço?</b>		
Sim	22	52,4
Não	14	33,4
Não sei	3	7,1
Não respondeu	3	7,1
<b>A notificação de COVID-19 pode trazer algum benefício para população?</b>		
Sim	42	100,0
<b>Se sim, quais benefícios a notificação pode trazer?</b>		
Ajuda a traçar estratégias para implantar medidas de proteção contra a COVID-19 -19:	41	22,5
Ajuda a identificar o número de casos de COVID-19 no meu município;	40	22,0
Ajuda a traçar políticas públicas	36	19,8
Obter dados estatísticos;	33	18,1
Ajuda para posterior acompanhamento/tratamento adequado;	32	17,6
<b>Qual ou quais os fatores contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada?</b>		
Sobrecarga no trabalho	21	24,7
Excesso de atividade assistencial	20	23,5
Conhecimento reduzido sobre a COVID-19	14	16,5
Fonte de informação deficitária	12	14,1
Falta de incentivo a essa atividade	8	9,4

Materiais insuficientes	6	7,1
Pouca ou nenhuma democratização das informações notificadas	4	4,7

**Fonte:** Pesquisa própria.

Quanto à associação do tipo de vínculo e capacitação sobre COVID-19 (Tabela 5), não foi possível identificar diferença na distribuição estatisticamente significativa (valor-p = 0,125). Mas pode-se perceber que um grupo maior de profissionais não participou de práticas de EPS sobre notificação de COVID-19 (52,5%) e dentre eles, uma maior porcentagem são de profissionais com vínculos empregatícios estáveis, contrapondo com a maior porcentagem daqueles que receberam capacitação e eram profissionais sem vinculações trabalhistas (59,1%).

Tabela 5 – Associação entre o tipo de vínculo e a capacitação de notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

Tipo de vínculo	Recebeu capacitação sobre a investigação/ notificação de COVID-19?				Total geral
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Efetivo	6	33,3	12	66,7	
Contratado	13	59,1	9	40,9	<b>0,125*</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>47,5</b>	<b>21</b>	<b>52,5</b>	

Legenda: \*Teste Exato de Fisher.

**Fonte:** Pesquisa própria.

A tabela 6 informa que não houve relação de significância estatística entre o conhecimento sobre o protocolo de COVID-19 e atividades de educação permanente sobre COVID-19 (valor-p = 0,349), apesar disso, observa-se que os profissionais que não tiveram capacitação alguma totalizaram um percentual ainda maior de erros (62,5%). O total de resposta inadequada sobre o prazo da notificação é consideravelmente menor quando os profissionais receberam capacitação (37,5%).

Tabela 6 – Associação entre o conhecimento sobre o prazo de notificação de COVID-19 e capacitação sobre notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

Qual o prazo de notificação da COVID-19	Recebeu capacitação sobre a investigação/notificação de COVID-19?				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Imediata ou 24h ou 1 dia	13	54,2	11	45,8	
Resposta inadequada	6	37,5	10	62,5	
<b>Total geral</b>	<b>19</b>	<b>47,5</b>	<b>21</b>	<b>52,5</b>	<b>0,349*</b>

Legenda: \*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Pesquisa própria.

A tabela 7 revela que não houve associação estatística em relação à capacitação e os principais fatores que levam a subnotificação (valor-p = 0,447). Ao realizar essa comparação, a sobrecarga de trabalho (60,0%), fonte de informação deficitária (72,7%) e ter conhecimento reduzido sobre a COVID-19 (53,8%) juntamente com excesso de atividade assistencial (36,8%) foram os fatores que mais contribuíram para subnotificação ou notificação inadequada, em relação aos profissionais que receberam capacitação. Fazendo menção às repostas dos profissionais que não participaram das capacitações, resultado encontrado diferiu, pois a maioria nesse grupo referiu o excesso de atividade assistencial (63,2%) como sendo o principal problema, seguido da sobrecarga de trabalho (40,0%) e só depois o conhecimento reduzido sobre a COVID-19 (46,2%).

Tabela 7 – Associação de fatores que contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada e capacitação de notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

Qual ou quais os fatores contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada?	Recebeu capacitação sobre a investigação/notificação de COVID-19?				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Conhecimento reduzido sobre a COVID-19	7	53,8	6	46,2	
Sobrecarga no trabalho	12	60,0	8	40,0	
Excesso de atividade assistencial	7	36,8	12	63,2	
Materiais insuficientes	4	66,7	2	33,3	<b>0,447*</b>
Falta de incentivo a essa atividade	3	37,5	5	62,5	
Fonte de informação deficitária	8	72,7	3	27,3	
Pouca ou nenhuma democratização das informações notificadas	3	75,0	1	25,0	
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>54,3</b>	<b>37</b>	<b>45,7</b>	

Legenda: \*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Pesquisa própria.

Não houve associação estatística na análise representada na Tabela 8 sobre a oportunidade de preencher a notificação e a capacitação sobre notificação (valor-p = 0,399)

porém, os números revelam que os profissionais, mesmo com a participação em capacitações sobre o assunto, perdem a oportunidade ideal para notificar (33,3%).

Tabela 8 – Associação entre o momento preenchimento da ficha de notificação de COVID-19 e a capacitação sobre notificação de COVID-19. Teresina, Piauí, Brasil, 2023

Em que momento a ficha de investigação para Síndrome Gripal deve ser preenchida?	Recebeu capacitação sobre a investigação/ notificação de COVID-19?				Total geral
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Durante atendimento	16	45,7	19	54,3	
No mesmo dia	1	33,3	2	66,7	<b>0,399*</b>
Outro	2	100,0	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>47,5</b>	<b>21</b>	<b>52,5</b>	

Legenda: \*Teste Exato de Fisher.

Fonte: Pesquisa própria.

## 5 DISCUSSÃO

Possivelmente os resultados tenham sofrido influência da amostra, que mesmo censitária não foi numericamente expressiva. Ainda assim, é válido apontar que esse resultado não indica que não exista um efeito importante, pode apenas significar que não houve evidência suficientemente forte para comprovar estatisticamente que as diferenças eram significativas (FIELD, 2009; LOUREIRO; GAMEIRO, 2011).

Dos profissionais estudados nesta pesquisa, a maioria tem menos de 40 anos e são enfermeiras, com pós-graduação e contratadas. Um estudo semelhante, realizado em 2016, mas que investigou a notificação de eventos adversos encontrou idade dos participantes próximas, predominando um perfil de adultos jovens com idade entre 25 e 35 anos; em relação ao sexo, os autores identificaram uma participação maior de mulheres, sendo 68% do sexo feminino, apesar de não ter sido um resultado igual, mas essa maior porcentagem já consegue exprimir a forte imersão das mulheres em profissões da saúde, que é reflexo da condição histórica e sociocultural que a profissão tem carregado através dos séculos. (ARAÚJO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Um outro resultado desse mesmo estudo de 2016 que apresentou resultado idêntico ao desta pesquisa, foi em relação a categoria profissional, sendo 100% enfermeiros. Desde 1975, com a Lei 6259, existe a prática da notificação compulsória, há também portaria que dispõem sobre esse ato, obrigando a todos os profissionais de saúde a cumprirem tal atividade, mas o que esta pesquisa mostrou no município de Picos, foi que uma única categoria profissional é responsabilizada pela notificação. Apesar de não ser privativo do enfermeiro, esse resultado mostra a importância dessa categoria na vigilância em saúde do país, no qual outras categorias profissionais não são nem mencionadas quando o assunto é notificação (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A Enfermagem foi a categoria que mais notificou também em um estudo realizado em 2011, em um hospital no interior de São Paulo, antes e depois das intervenções realizadas, também sendo a categoria que mais participou das atividades propostas na pesquisa, corroborando a magnitude dessa profissão com o compromisso e qualidade do serviço (PRIMO; CAPUCHO, 2011).

Considera-se essencial o trabalho da Enfermagem nos serviços de saúde que primam pela excelência do SUS, não só pelos números – categoria de enfermagem representa 3,5 milhões de trabalhadores no Brasil, mas principalmente frente aos desafios políticos no país, por isso é preciso garantir melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da

Enfermagem, com a criação do piso salarial, definição de carga horária, desenvolvimento de plano de carreira, entre outros atributos que valorizem a classe e reconheçam o seu valor, como declarado, em 2018, pela Campanha *Nursing Now* traduzido como Enfermagem Agora (MOREIRA *et al.*, 2020a; CASSIANI; LIRA NETO, 2018).

Essa campanha determinou o ano de 2020 como sendo o “Ano Internacional da Enfermagem”, em homenagem aos 200 anos de Florence Nightingale, a fim de reafirmar e visibilizar a contribuição diária da Enfermagem para a saúde e o bem-estar das pessoas, valorizando a categoria que conta com mais de 27.9 milhões de profissionais e representa 59% de todos os profissionais de saúde no mundo (MENDES *et al.*, 2020; CASSIANI; LIRA NETO, 2018).

Apesar de muitos estudos relatarem a força da enfermagem principalmente com a pandemia, assim como este conseguiu evidenciar mesmo não sendo o seu objetivo, é preciso repensar nas bases estruturais desiguais do país, que torna a realidade da categoria produto da sociedade de classes existentes (GANDRA *et al.*, 2021).

No estudo realizado em 2021, que buscou analisar a experiência dos profissionais da vigilância epidemiológica durante a pandemia, também constatou a predominância de profissionais com até 40 anos de idade, do sexo feminino e a quase totalidade de enfermeiros, e ainda com carga-horária até maior que 40 horas semanais (MOREIRA *et al.*, 2021a), equiparando os resultados desta pesquisa que analisou apenas os profissionais da linha de frente da vigilância de COVID-19.

Este resultado é proveniente de muitos profissionais que participaram da pesquisa estarem atuando em UBS, no município pesquisado. Entende-se também aqui a necessidade de EPS para todos os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), reforçando o papel de cada um dentro da equipe bem como suas responsabilidades e competências diante das demandas do território, considerando as práticas de EPS baseadas no trabalho e na articulação entre profissionais, sempre numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar (FERREIRA *et al.*, 2019).

Um estudo realizado em Mato Grosso, em 2021, no qual avaliou o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuavam na pandemia, sobre as especificidades da COVID-19 revelou que apenas 10% dos participantes possuíam pós-graduação, diferindo do resultado encontrado com esta pesquisa, em que 69% dos participantes tinham especialização na área (OLIVEIRA *et al.*, 2021). A educação continuada entre os profissionais de saúde tende a trazer um desenvolvimento melhor das competências adquiridas na graduação, na tentativa de evitar a estagnação profissional e propiciando cada vez mais profissionais críticos e ativos.



Sobre a forma de contratação e a formação continuada dos profissionais, um estudo, de 2019, realizado no sul do país mostrou que todos os profissionais da vigilância apresentavam vínculo empregatício estatutário, o que difere da pesquisa atual, podendo-se inferir que o bom resultado de trabalho encontrado na pesquisa de 2019 relaciona-se com o tipo de vínculo, pois além de capacitações ou cursos periódicos a própria prática de atuação aperfeiçoa os profissionais interessados e garante uma atuação mais rigorosa, mostrando a necessidade de fortalecer os vínculos empregatícios da saúde pública para que não se perca força de trabalho (OLMEDO *et al.*, 2019).

Nesse mesmo sentido ainda, entende-se que manter servidores com vínculos estáveis tende a favorecer a manutenção dos processos educativos e das capacitações nos serviços, não havendo a necessidade de repetir temas abordados anteriormente em períodos curtos, o que permitiria a abordagem de temas variados e até uma abordagem mais profunda e solidificada.

O desconhecimento de alguns participantes em relação ao prazo de notificação de COVID-19 assemelha-se ao problema encontrado em outro estudo, sobre o prazo de preencher ou encerrar os casos notificados de um agravo à saúde em tempo hábil, evidenciando a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância especialmente com os profissionais, pois o atraso nas notificações ou na digitação dos dados, problemas no processamento e transferência das informações, assim como a demora na liberação dos resultados de exames, ausência de atualização dos dados ou de uma retroalimentação adequada da fonte notificadora, pode gerar desestímulo e descontinuidade do ato de notificar, pois acaba não sendo visto como atividade impactante devido à fragmentação do processo (MACIEL *et al.*, 2021).

O *feedback* e divulgação dos dados, a implementação de práticas do monitoramento e de avaliação periódica no processo de estímulo à notificação também são elencados como fortalecedores, pois permitem a reflexão sobre o tipo de assistência prestada e principalmente, fazem com que o profissional se sinta parte do processo, vendo os frutos do seu trabalho e percebendo a importância daquela prática (NAZÁRIO *et al.*, 2021).

Esse *feedback* pode ser projetado por meio de salas de situação, que é uma ferramenta que permite às equipes analisar as informações, elencar prioridades, elaborar planos de saúde com metas para serem alcançadas, colaborando assim, com a gestão em saúde, estimulando a reflexão e autocrítica (LUCENA *et al.*, 2014).

Para isso, é necessário a conscientização do profissional de saúde com o registro, e para isso, práticas de educação em saúde tornam-se necessárias, envolvendo as lacunas enxergadas pelos profissionais, a partir da aprendizagem significativa, para aperfeiçoar as

práticas profissionais, pois sabe-se que a mudança do profissional é interna e subjetiva (GOMES *et al.*, 2020).

O não preenchimento das fichas ou de alguns campos pode estar relacionado à percepção dos profissionais da saúde de que as fichas de notificação e o ato de notificar são apenas parte do serviço burocrático, não atentando para a produção de dados e informações, que são fundamentais o desenvolvimento das ações e políticas de saúde (CANTO; NEDEL, 2020).

Fragilidades estruturais e operacionais, como a desigualdade de acesso à *internet* ou até às fichas de notificação e fluxos também são citados como macro desafios não só da notificação, mas do SUS. Essa heterogeneidade advinda da descentralização política, administrativa e financeira não equânime e partidária compromete todo o sistema de saúde (GLERIANO *et al.*, 2020).

Estudo de 2021 corrobora com a atual pesquisa quando mostra que a sobrecarga de trabalho também dificulta a realização das notificações, apesar de ter sido estudado a notificação de um outro agravo, mostrando que o excesso de atividades como obstáculo para notificar não é decorrente apenas da pandemia, mas que isso já repercute de tempos, evidenciando um problema crônico, em que os profissionais não dão a devida atenção à notificação (MOREIRA *et al.*, 2021a).

Esse mesmo estudo de 2021, ainda menciona que a falta de conhecimento sobre o fluxo das notificações também é visto como um obstáculo para que os profissionais notifiquem, ressaltando mais uma vez a necessidade de capacitações que aproximem a notificação da prática de trabalho com os dados que são coletados e compilados para registros e relatórios, aumentando o contato do profissional com o resultado da notificação, ficando mais palpável esse trabalho (MOREIRA *et al.*, 2021a; REIS; OLIVEIRA, 2018).

Resultados semelhantes já haviam sido mencionados em um estudo de 2006, quando relatou que a notificação é com frequência realizada de inadequadamente, devido ao desconhecimento de sua relevância, descrédito nos serviços de saúde, falta de monitoramento nos serviços e pela falta de retorno dos dados coletados e das ações implementadas a partir das informações geradas (RESENDE *et al.*, 2006).

Por isso, entende-se também a necessidade de capacitar gestores da saúde. A abordagem de suas competências e de seus objetivos deveria ser o ponto inicial para os gestores, a fim de familiarizarem-se com seu papel de líder na saúde. Além de reconhecerem a importância da sua pasta/ coordenação, também descobrirem formar mais eficazes para se

obter bons resultados. E o acompanhamento periódico e a devolutiva dos resultados do processo podem servir como estímulos e gerar maior engajamento para a atividade.

Em uma pesquisa realizada logo no início da pandemia, mostrou que estudantes de medicina contribuíram para o aumento da eficiência na notificação de casos de COVID-19, diminuindo o volume de trabalho que se acumularia para os profissionais em um hospital em Portugal. Isso reforça a necessidade de fortalecer a integração ensino e serviço, pois o ganho na gestão de recursos pode não se resumir apenas à COVID-19, mas também a qualquer outra situação que se assemelhe uma ameaça ao sistema de saúde (MORA *et al.*, 2020).

Apesar dos participantes terem respondido afirmativamente quando investigou-se capacitações sobre o tema COVID-19 e notificação, um dos motivos mais citados que contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada é justamente o conhecimento reduzido sobre a COVID-19, como também mencionado no estudo de Moreira e colaboradores (2021a), como fator interveniente para a notificação de um outro agravo, o desconhecimento sobre as terminologias e como se notifica o agravo estudado contribuem para a subnotificação desses eventos e conseguinte para uma incorreta análise desses indicadores.

Situação semelhante também ocorreu em outro estudo de 2020, no qual foi constatado que mais de um terço dos profissionais de saúde da amostra participou de algum tipo de treinamento institucional sobre COVID-19, porém que 43% possuíam um baixo nível de conhecimento sobre COVID-19, isso talvez devido às capacitações acontecerem em formato remoto em horários de trabalho, não motivando a participação ativa do profissional, pois apenas com uma aprendizagem significativa, o trabalhador será envolvido nos processos de transformação/melhoria da assistência de saúde (SARRETA *et al.*, 2022).

A necessidade de capacitações para melhor atuar na linha de frente da pandemia foi reforçada em um estudo que avaliou profissionais médicos recém-formados, reforçando que as práticas de educação permanente devem acontecer periodicamente, a fim de envolver tanto os que já detém experiência ao longo dos anos, como os que estão no início da vida profissional (MOREIRA *et al.*, 2020a).

O panorama de contratação de profissionais recém-formados, foi proposto pelo MS, quando autorizou, por meio da Medida Provisória de 2020, alguns cursos de graduação da saúde a reduzirem a carga horária dos estágios curriculares obrigatórios ou internatos médicos, a fim de aumentar a força de trabalho disponível, pois a pandemia exigiu o remanejamento de trabalhadores para suportar a demanda crescente no início da crise,

resultando em contratações imediatas, com processos seletivos em caráter de urgência e acelerada formação de alguns profissionais (MOREIRA *et al.*, 2020a; BRASIL, 2020).

Ao passo que o Governo Federal encurtou o tempo de formação para suprir uma demanda nacional, beneficiando também estados e municípios com uma maior força de trabalho, se faz pertinente a definição de metas entre as instituições de ensino e o serviço; levando em consideração o momento político e a necessidade do território, a partir da PNEPS, que se preocupa tanto com a formação de profissionais de saúde, como também com o seu desenvolvimento no SUS (BRASIL, 2015). Essa inércia em relação à falta de programas de EPS é vista com um problema crônico de desenvolvimento da força de trabalho (GANDRA *et al.*, 2021).

Assim também, foi ressaltado em um estudo que avaliou conhecimento, práticas e atitudes de profissionais da América Latina, no qual traz necessidade de treinamento institucional adequado sobre COVID-19 e implementação de medidas institucionais apropriadas para atender às preocupações dos profissionais da linha de frente da doença. Tendo esse estudo uma abrangência maior, reforça mais uma vez que há necessidade de práticas de educação permanente, que objetivem o aprendizado e a sensibilização dos envolvidos, sejam profissionais de saúde sejam os gestores, e utilizando metodologias que proporcionem a reflexão e interação (SOUSA *et al.*, 2020).

Sobre os resultados da análise de associação das variáveis, em uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Norte, em 2020, no qual se analisou o conhecimento sobre aspectos clínicos da COVID-19 entre estudantes de graduação de alguns cursos da saúde (enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia), também foram encontrados mais acertos nos participantes que não haviam recebido capacitação. Porém quando se avaliou especificamente o domínio sobre aspectos epidemiológicos, observou-se um conhecimento diminuto desse domínio (SOUZA *et al.*, 2020).

O primeiro resultado dessa pesquisa pode ser decorrente do acesso facilitado atualmente e da mídia que quase que diariamente abordava a sintomatologia, até mesmo como forma de alertar a população, caso surgisse algum daqueles sintomas. Já o segundo resultado, de um assunto não tão abordado e nem tão facilmente acessado, recebeu mais respostas inadequadas. Por isso, se faz necessário enfatizar a necessidade de potencializar o ensino da Epidemiologia ainda na graduação, pois essa disciplina constitui-se com eixo fundamental para formação do aluno da área da saúde (SOUZA *et al.*, 2020).

E as IES como as principais formadoras de profissionais da saúde, devem se preocupar em formar profissionais competentes e acompanhar o desenvolvimento, para que seja sempre

renovado o compromisso com a melhoria da realidade para benefício da coletividade, sendo necessário durante e após sua formação, o recebimento de informações sobre a notificação de doenças para que seja um estímulo a executar melhor seu papel (RESENDE *et al.*, 2006).

As inferências sobre a associação dos principais obstáculos para notificação de COVID-19 e ter participado de capacitações sobre o assunto, mesmo sem haver uma comprovação estatística, envolvem a negação do ato de notificar como sendo atividade assistencial, pois foi o principal obstáculo para aqueles que não participaram de atividades EPS sobre o assunto.

Assemelha-se a esse resultado, o encontrado em uma pesquisa realizada com 99 profissionais no interior de São Paulo em 2018 sobre a notificação de incidentes em saúde, no qual se observou que a maioria dos profissionais referiram, antes da intervenção educativa, a falta de tempo, como principal dificuldade. Já após a intervenção a falta de tempo deixou de ser obstáculo para metade dos participantes que a escolheram anteriormente, demonstrando que a atividade educativa provocou efeito positivo – sensibilização – nos profissionais (MELGAREJO, 2018).

Um outro resultado que chama atenção na atual pesquisa, mesmo sem associação estatística comprovada, diz respeito ao conhecimento reduzido ter sido opção de escolha maior em relação aos que participarão de atividades de capacitação em detrimento aos que não participaram. Esse resultado seguiu a mesma vertente do que foi encontrado na pesquisa já citada de São Paulo, no qual a dificuldade de preenchimento da ficha de notificação foi mais citada após a intervenção educativa (MELGAREJO, 2018).

Essas duas situações remetem a reflexão sobre a Espiral Construtivista (EC), passando de um tema que poderia ser abstrato ou de pouquíssima propriedade, para alguns participantes, até a construção de novos significados, o que os fizeram referir menos conhecimento após a intervenção educativa, pois esses novos significados precisam ser mais explorados. Esses momentos dizem respeito a metodologia problematizadora e podem ser o início para o processo de aprendizagem crítico-reflexivo dos profissionais (LIMA, 2017).

A pandemia agravou uma crise sanitária que estava na iminência há anos, ela também conseguiu mostrar a diversidade da enfermagem, por meio de suas responsabilidades desde a gestão de grandes serviços, coordenação de equipes, assessoria, docência e assistência; e ao mesmo tempo a pandemia reforçou também a escassez de profissionais e a necessidade de compromisso de melhores alternativas com educação permanente em saúde dos profissionais do SUS, para haver melhorias na assistência e redução das desigualdades de acesso à saúde.

## 6 CONCLUSÃO

A feminização ficou evidente neste estudo, sendo bastante representativa em relação ao mercado de trabalho. Ao mesmo tempo que essa representação maciça das mulheres mostrou a capacidade de gênero de ter profissões fora do lar, deve-se considerar a condição histórica do papel de cuidadora que a mulher sempre desempenhou, justificando assim em profissões da saúde. Esta pesquisa também revelou a predominância da enfermagem em na notificação de COVID-19 e a sua sobrecarga, isso mostra o desenvolvimento da profissão mesmo em cenários de precariedade sanitária e a necessidade urgente de valorização da enfermagem.

O desconhecimento de aspectos referentes à notificação encontrado na pesquisa evidencia uma necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, com alocação de recursos para fornecer/manter um conjunto de instrumentos como fichas de notificação, computadores, acesso à internet, sistema de informação modernos e eficiente e ambiência para boas condições de trabalho, para permitir qualidade desde a etapa inicial.

Além de recursos materiais, o maior investimento deve acontecer nos próprios profissionais da saúde, com as práticas de EPS, levando esses profissionais a tornarem-se críticos e reflexivos sobre seus processos de trabalho, em especial, sobre a notificação. Para isso, o envolvimento da gestão vai muito além do repasse de recursos, envolve também o entendimento de que esses momentos devem ser encarados como trabalho e assim precisam ser planejados e adequados a cada realidade, valorizando o profissional que se torna presente e participativo nesses espaços, estimulando cada vez mais a participação e consequentemente a melhoria dos processos de trabalho.

Por isso, a gestão também precisa estar sensibilizada, a partir de capacitações, ou seja, a liderança da vigilância em saúde municipal também necessita estar preparada para todo o processo que envolve a notificação, o planejamento e a execução das ações de saúde.

A partir dessa valorização, é que os profissionais reconhecerão o seu papel enquanto agente da vigilância em saúde em seus postos de trabalho, e então sensibilizados, desempenharão a notificação e outras ações com conhecimento, técnica e zelo devidos, aumentando cada vez mais o grau de excelência dos dados colhidos e assim das informações que serão disponibilizadas, orientando assertivamente as decisões de gestores e técnicos da saúde.

Alguns anos já se passaram do início da pandemia, algumas soluções foram encontradas - medicamentos e vacinas, mas ainda não houve um consenso de todas as

informações sobre o vírus ou sobre a doença, revelando que ainda há no que se avançar, principalmente em vigilância em saúde, com acompanhamento tanto *in loco* como no nível gerencial.

Entende-se como limitação deste estudo, o fato de a coleta de dados não ter se estendido aos gestores também, reduzindo a possibilidade de identificar principalmente os entraves desse público em relação à devolutiva baseada nos sistemas de informação.

Por isso, espera-se que os achados desta pesquisa possam servir para impulsionar a formação de estratégias, políticas ou planos de vigilância em saúde que ressaltem o valor da notificação como importante instrumento para a saúde pública, garantindo melhores condições para os trabalhadores da saúde e principalmente para os usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALTINO, Rita de Cássia *et al.* A importância da notificação compulsória frente à síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e COVID-19. **Salusvita, Bauru**, v. 39, n. 3, p. 627-649, 2020.

ALVES, Joemar Braga; SILVINO, Zenith Rocha. A implementação de modelos de gestão pública em saúde internacionais na prevenção ao contágio e combate a pandemia da infecção do SARS-COV-2/COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro/Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. 1-15, 2021.

ARAÚJO, Jamilly Santos *et al.* Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-12, 2016.

AZEVEDO NETO, Gerardo Teixeira *et al.* Educação Permanente em Saúde como estratégia para a segurança ocupacional em tempos de pandemia pela COVID-19: reflexões sobre o agente comunitário de saúde na construção de cuidado. **Rev Bras Med Trab.**, v. 19, n. 1, p. 107-113, 2021.

BALDI, Bruno Guedes; PIZZICHINI, Márcia Margaret Menezes. Repercussões sobre a ciência e a gestão do Jornal Brasileiro de Pneumologia durante a pandemia da COVID-19. **J Bras Pneumol.**, v. 48, n. 6, p. 1-2, 2022.

BORGES, Gabriel Mendes; CRESPO, Cláudio Dutra. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos adultos brasileiros e a COVID-19: uma análise dos grupos de risco a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 10, p. 1-12, 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 934, de 1º de abril de 2020. Estabelece normas excepcionais sobre o ano letivo da educação básica e do ensino superior decorrentes das medidas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 abr. 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/mpv/mpv934.htm#:~:text=MPV%20934&text=Estabelece%20normas%20excepcionais%20sobre%20o,6%20de%20fevereiro%20de%202020](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv934.htm#:~:text=MPV%20934&text=Estabelece%20normas%20excepcionais%20sobre%20o,6%20de%20fevereiro%20de%202020). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: MS, 2018a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil**. Brasília: MS, 2023a. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/COVID-19\\_html/COVID-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/COVID-19_html/COVID-19_html.html). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID19 Painel Coronavírus**. Brasília: MS, 2023b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medicamentos aprovados para tratamento da COVID-19**. Brasília: MS, 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/medicamentos>. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.164, de 24 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para detecção da covid-19 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mai. 2022b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1164\\_26\\_05\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1164_26_05_2022.html). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume9.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Manual Técnico: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS**. Brasília: MS, 2018b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_pro\\_eps\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_pro_eps_sus.pdf). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES**. Brasília: MS, 2015. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/downloads/manual-coapes-22-01-2016.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso\\_vigilancia\\_epidemiologia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologia.pdf). Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 [recurso eletrônico]**. 2. ed. Brasília: MS, 2022c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_operacionalizacao\\_vacinacao\\_covid19.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_operacionalizacao_vacinacao_covid19.pdf) ISBN 978-65-5993-316-7. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília: MS, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde. **Caderno especial de indicadores básicos sobre COVID-19 [recurso eletrônico]**. Brasília: MS, 2022d. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_especial\\_indicadores\\_basicos\\_covid.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_especial_indicadores_basicos_covid.pdf) ISBN 978-65-5993-284-9. Acesso em: 23 jan. 2023.

CALEMAN, Gilson *et al.* O planejamento estratégico situacional em tempos de crise. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (Org.). **Planejamento e gestão**. v. 2. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2021. p. 40-51. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume2.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2022.

CANTO, Vanessa Baldez do; NEDEL, Fúlvio Borges. Completude dos registros de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2007-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 3, p. 1-12, 2020.

CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; LIRA NETO, José Claudio Garcia. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 5, p. 2351-2, 2018.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 3, p. 1023-1033, 2021.

CORRÊA, Paulo Roberto Lopes *et al.* A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. **Rev bras epidemiol.**, v. 23, n. 1, p. 1-12, 2020.

CRODA, Júlio Henrique Rosa; GARCIA, Leila Posenato. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 1, p. 1-13, 2020.

CROVATO, Cristina Aparecida dos Santos. **A notificação compulsória da violência e seus desafios no processo de trabalho dos profissionais de saúde das unidades básicas de saúde da família em Uberlândia**. 2017. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal De Uberlândia, Uberlândia, 2017.

CRUZ, Marly Marques da; TOLEDO, Luciano Medeiros de; SANTOS, Elizabeth Moreira dos. O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 81-89, 2003.

CUNHA, Elenice Machado da; VARGENS, José Muniz da Costa. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. *In*: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 71-112.

- CUSTÓDIO, Livia Lopes; GOMES, Ilvana Lima Verde; ALVES, Albetisa Rodrigues. Educação permanente em enfermagem na COVID-19: relato de experiência. **Cadernos ESP**, v. 15, n. 1, p. 58-62.
- DIX, Ebony; ROY, Kamolika. COVID-19: Brain Effects. **Psychiatr Clin N Am**, v. 45, n. 2, p. 625-637, 2022.
- ESPOSTI, Carolina Dutra Degli *et al.* O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 4-8, 2020.
- FERNANDEZ, Michelle *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à COVID-19 no Brasil. **Saúde Soc.** v. 30, n. 4, p. 1-12, 2021.
- FERREIRA, Lorena *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. 120, P. 223-239, JAN-MAR 2019.
- FIELD, Andy. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Tradução de Lorí Viali. 2. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GANDRA, Elen Cristiane *et al.* Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. **Esc Anna Nery.**, v. 25, n. spe, p. 1-7, 2021.
- GIRIANELLI, Vania Reis *et al.* Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018.
- GLERIANO, Josué Souza *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para acoordenação no enfrentamento da COVID-19. **Esc Anna Nery.**, v. 24, n. spe, p. 1-7, 2020.
- GOMES, Ilvana Lima Verde *et al.* Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital. **Glob Acad Nurs.**, v. 1, n. 3, p. 50-60, 2020.
- GONDIM, Gracia Maria de Miranda. Decifra-me ou te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia COVID-19. **Trab. educ. saúde.**, v. 18, n. 3, p. 1-6, 2020.
- GOTO, Dora Yoko Nozaki *et al.* Avaliação da oportunidade de notificação da dengue no Estado do Paraná. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 355-62, 2016.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- JESUS, Arlene Maria *et al.* Rede de vigilância no monitoramento da COVID-19 na Bahia, Brasil. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 62-78, 2020.

LANA, Raquel Martins *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-7, 2020.

LIMA, Claudio Márcio Amaral de Oliveira. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras.**, v. 53, n. 2, p. 5-7, 2020.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015.

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface.**, v. 21, n. 61, p. 421-34, 2017.

LOPES, Marcela Bella; CORDEIRO, Benedito Carlos. Estratégia de ensino durante a pandemia de COVID-19 para profissionais da vigilância em saúde, Minas Gerais: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. 1-15, 2021.

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques. Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. **Rev Enferm Referência**, v. 3, n. 3, p. 151-162, 2011

LUCENA, Kerle Dayana Tavares *et al.* Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n. 3, p. 702-8, 2014.

MACHADO, Michael Ferreira; QUIRINO, Túlio Romério Lopes; SOUZA, Carlos Dornels Freire. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. **Vigil. sanit. debate**, v. 8, n. 3, p. 70-77, 2020.

MACIEL, Ethel Leonor *et al.* Estudo da qualidade dos Dados do Painel COVID-19 para crianças, adolescente e jovens, Espírito Santo – Brasil, 2020. **Esc. Anna. Nery.**, v. 25, n. spe, p. 1-8, 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARQUES, Carla Adriana *et al.* Avaliação da não completude das notificações compulsórias de dengue registradas por município de pequeno porte no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 25, n. 3, p. 891-900. 2020.

MASCARENHAS, Franciane Aceli de Sousa *et al.* Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. **Texto contexto - enferm**, v. 28, n. 1, p. 1-15, 2019.

MELGAREJO, Celsa Raquel Villaverde. **Efetividade de uma intervenção educativa para promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde**. 2018. 159f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2018.

MELLO, Maria Aparecida de Souza *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Rev. Adm. Saúde.**, v. 18, n. 71, P. 1-12, 2018.

MENDES, Isabel Amélia Costa *et al.* Enfermagem agora e sempre: evidências para a implementação da campanha Nursing Now\*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 28, n. 1, p. 1-12, 2020.

MENEZES, Afonso Henrique Novaes *et al.* **Metodologia científica:** teoria e aplicação na educação a distância. Petrolina-PE: Livro digital, 2019.

MENEZES, Michelle Lima. **Planejamento organizacional estratégico em organizações públicas na pandemia:** uma revisão da literatura. 2021. 26f. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) – Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2021.

MERIÑO, Luis Ernesto Quiroga *et al.* Caracterización de los pacientes con COVID-19 según grupos clínicos. **Arch méd Camagüey.**, v. 25, n. 4, p. 1-12, 2021.

MORA, Patrícia *et al.* Projeto de Notificação e Seguimento da COVID-19 no Hospital CUF Sintra. **Gazeta Médica**, v. 7, n. 2, p. 1-10, 2020.

MOREIRA, Isadora Alves *et al.* Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. **Enferm Foco.**, v. 12, n. 5, p. 894-900, 2021a.

MOREIRA, Maria Rosilene Cândido *et al.* Do medical interns feel prepared to work in the COVID-19 pandemic? **Rev assoc med bras.**, v. 66, n. 7, p. 973-978, 2020a.

MOREIRA, Maria Rosilene Cândido *et al.* Enfermagem na pandemia da COVID-19: análise de reportagens à luz da teoria do reconhecimento. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 116-123, 2020b.

MOREIRA, Mayrelis Martínez *et al.* La COVID-19 en el Policlínico Universitario "Emilio Daudinot Bueno", Guantánamo 2021. **Rev Inf Cient.**, v. 100, n. 3, p. 1-9, 2021b.

NAZÁRIO, Saimon da Silva *et al.* Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 1-12, 2021.

OLIVEIRA, Evaldo Hipólito de *et al.* Caracterização epidemiológica dos principais indicadores de saúde de COVID-19 em Teresina-PI, Brasil: uma breve análise. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. 1-14, 2020.

OLIVEIRA, Tiago Mendonça; ARAÚJO, Ana Carolina Oliveira. Consequências da subnotificação dos casos de COVID-19 para a saúde pública no Brasil. **InterAm J Med Health.**, v. 3, n. 1, p. 1-14, 2020.

OLIVEIRA, Wanmar de Souza *et al.* Conhecimento sobre COVID-19 dos profissionais de enfermagem atuantes no enfrentamento da doença. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-13, 2021.

OLMEDO, Patrícia Vitória *et al.* Perfil dos profissionais de Vigilância Sanitária da área de alimentos em uma capital brasileira. **Vigil Sanit Debate**, v. 7, n. 1, p. 23-32, 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: OPAS; MS, 2010.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 36, n. 1, p. 1-12, 2020.

POLIT, Denise F; BACK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, Leticia *et al.* Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. **Esc. Anna. Nery.**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2022.

PRADO, Marcelo Freitas do *et al.* Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Rev Bras Ter Intensiva.**, v. 32, n. 2, p. 224-228, 2020.

PRIMO, Lílian Pereira; CAPUCHO, Helaine Carneiro. Intervenções educativas para estímulo a notificações voluntárias em um hospital de ensino da rede sentinela. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.**, v. 2, n. 2, p. 26-30, 2011.

REIS, Andreia; OLIVEIRA, Dinalva Beltrão. **Conhecimento do enfermeiro sobre a vigilância epidemiológica**. 2018. 48f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Vale do Cricaré, São Matheus, Espírito Santo, 2018.

RESENDE, Vera Lucia Silva *et al.* A importância do ensino da notificação de doenças. **Rev ABENO.**, v. 7, n. 2, p. 141-6, 2006.

SAKAMOTO, Victória Tiyoko Moraes *et al.* Ações de educação permanente promovidas durante a pandemia COVID-19 em hospital pediátrico de referência: relato de experiência. **Cad Ens Pesq em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 174-184, 2021.

SALLAS, Janaína *et al.* Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10, 2022.

SANTOS, José Luís Silva *et al.* Enfrentamento a COVID-19: importância da educação permanente em serviços de saúde. **REAEnf.**, v. 13, n. 2, p.1-12, 2021.

SANTOS, Sirlei Borges *et al.* A epidemiologia da COVID-19 e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Estado do Pará. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. 1-15, 2021.

SARRETA, Fernanda de Oliveira *et al.* Educação permanente de trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. **Cad ESP**, v. 16, n. 3, p. 9-15, 2022.

SILVA, Geraedson Aristides da Silva; TEIXEIRA, Geraldo Magella; LUCENA, Kerle Dayana Tavares de. Recurso educacional aberto: saberes necessários sobre Notificação Compulsória. **Rev Eletr Educ.**, v. 14, 1-13, 2020.

SILVA, Geraedson Aristides da; OLIVEIRA, Cilmery Marly Gabriel de. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Rev Epidemiol Control Infect.**, v. 4, n. 3, p. 215-220, 2014.

SILVA, Lílian Oliveira Pereira da; NOGUEIRA, Joseli Maria da Rocha. A corrida pela vacina em tempos de pandemia: a necessidade da imunização contra a COVID-19. **RBAC.**, v. 52, n. 2, p. 149-53, 2020.

SILVA, Maria Verônica Sales da; MOREIRA, Francisco Jadson Franco; ABREU, Leidy Dayane Paiva de. Sistema de informação em saúde em tempos de COVID-19. **Cad ESP.**, v. 14, n. 1, p. 86-90, 2020.

SOUSA, Cyntia Meneses de Sá *et al.* Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cad. Saúde Colet.**, v. 28, n. 4, p. 477-487. 2020.

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* Aspectos gerais da pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2021.

SOUZA, Maíra Lima de; ICHIHARA, Maria Yury Travasso; SENA, Samila Oliveira Lima. Sistemas de informação para a COVID-19. *In: BARRAL-NETTO, Manoel et al. (Org.). Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais.* Salvador: Edufba. v. 2, 2020. p. 23-24.

SOUZA, Talita Araújo *et al.* Avaliação do conhecimento sobre a pandemia COVID-19 entre estudantes de graduação do interior do estado Rio Grande do Norte. **Rev SUSTINERE.**, v. 8, n. 1, p. 23-43, 2020.

TABUTTI, Rejane Cristina Teixeira; OLIVEIRA, Elaine Cristina Vieira de; DESPLANCHES, Aurení de Souza. COVID-19 e tabagismo: relato de experiência sobre notificação de casos no Estado do Paraná. **R. Saúde Públ.**, v. 3, n. Supl 1, p. 226-237, 2020.

TOURINHO, Bruna Dias *et al.* Avaliação do Sistema de Vigilância da Tuberculose Drogarresistente, Brasil, 2013-2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2020.

WERNECK, Guilherme Loureiro. A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação do impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações. **Cad. Saúde Pública.**, v. 38, n. 4, p. 1-12, 2022

XAVIER, Fernando *et al.* Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a COVID-19. **Est Avançados.**, v. 34, n. 99, p. 1-12, 2020.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

### 1.PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
3. Categoria profissional: \_\_\_\_\_
4. Grau de Escolaridade:
  - ( ) Médio incompleto
  - ( ) Médio completo
  - ( ) Superior incompleto
  - ( ) Superior completo
  - ( ) Pós-Graduação
5. Tipo de vínculo?
  - ( ) Efetivo ( ) Contratado
6. Qual a sua carga-horária/regime de trabalho semanal?
  - ( ) 40h ( ) 20h ( ) 12hx36h ( ) outra \_\_\_\_\_

### 2.CONTEXTO SOBRE A NOTIFICAÇÃO DE COVID-19

1. Você recebeu capacitação sobre COVID-19? ( ) sim ( ) não
2. Você recebeu capacitação sobre a investigação/ notificação de COVID-19?
  - ( ) sim ( ) não
3. Você sabe se a COVID-19 é uma doença de notificação compulsória? ( ) sim ( ) não
4. Durante a sua graduação, você foi capacitado para realizar notificação de doenças e agravos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
5. Qual o prazo de notificação da COVID-19: \_\_\_\_\_
6. A ficha de investigação de Síndrome Gripal é preenchida em todos os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19?
  - ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
7. Qual a importância de notificar casos suspeitos ou confirmados de COVID-19?

	Nada Importante					Extremamente Importante
Importância	0	1	2	3	4	5

8. Quanto tempo você leva para realizar o preenchimento da ficha de investigação de COVID-19 (em minutos): \_\_\_\_\_
9. Em relação ao seu tempo para preencher a ficha de investigação, você considera:
  - ( ) tenho muito tempo ( ) tenho pouco tempo
10. Você acha a ficha de investigação extensa? ( ) sim ( ) não
11. Existe algum termo ou expressão na ficha de investigação que você desconhece?
  - ( ) sim ( ) não
12. Você é o/a único/a responsável pelo preenchimento da ficha de investigação de síndrome gripal neste estabelecimento? ( ) sim ( ) não
13. Em que momento a ficha de investigação para Síndrome Gripal deve ser preenchida?
  - Durante atendimento ( ) No mesmo dia ( ) Durante a semana ( ) Não sei ( ) Outro
14. Qual sua fonte para obter as informações da ficha de investigação?

- ( ) paciente ( ) familiar do paciente ( ) prontuário
15. Você considera que realiza notificação de COVID-19 de maneira satisfatória?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
16. Quais razões acredita influenciar o preenchimento da ficha de investigação de COVID-19? Pode assinalar mais de uma alternativa.  
( ) A obrigatoriedade  
( ) Protocolo ou rotina da Unidade  
( ) Ajuda a identificar o número de casos  
( ) Ajuda a traçar estratégias para implantar programas de prevenção.  
( ) Outras opinião, especifique \_\_\_\_\_
17. A inclusão da notificação no sistema informatizado do Ministério da Saúde é feita neste estabelecimento/setor?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
18. Você já recebeu um *feedback* sobre as notificações desse serviço?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
19. A notificação de COVID-19 pode trazer algum benefício para população?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
20. Se sim, quais benefícios a notificação pode trazer:  
( ) Ajuda a identificar o número de casos de COVID-19 no meu município;  
( ) Obter dados estatísticos;  
( ) Ajuda a traçar estratégias para implantar medidas de proteção contra a COVID-19;  
( ) Ajuda a traçar políticas públicas;  
( ) Ajuda para posterior acompanhamento/tratamento adequado;  
( ) Outra opinião, especifique: \_\_\_\_\_  
( ) Não sei.
21. Você considera o seu preenchimento adequado?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
22. Qual ou quais os fatores contribuem para a subnotificação ou notificação inadequada?  
( ) Conhecimento reduzido sobre a COVID-19  
( ) Sobrecarga no trabalho  
( ) Excesso de atividade assistencial  
( ) Materiais insuficientes  
( ) Falta de incentivo a essa atividade  
( ) Fonte de informação deficitária  
( ) Pouca ou nenhuma democratização da informações notificadas.

Fonte: Instrumento adaptado de Crovato (2017)

**OBRIGADA POR PARTICIPAR!**

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### Termo De Consentimento Livre E Esclarecido



#### **Título do projeto: ASPECTOS RELACIONADOS À NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PICOS-PIAÚÍ.**

#### **Pesquisadoras responsáveis:**

Danila Barros Bezerra Leal, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí – UFPI, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (86) 9. 8896-2990 (inclusive a cobrar).

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os Pesquisadores responsáveis deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar dessa pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

♦**Objetivo do estudo:** Avaliar o processo de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19; caracterizar perfil sociodemográfico dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do instrumento de coleta de dados utilizado na notificação de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19; descrever o processo de preenchimento do instrumento de coleta de dados utilizado na notificação de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19; identificar fatores que colaboram ou dificultam o processo de notificação.

♦**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre o procedimento de notificação de COVID-19.

♦**Benefícios:** Sua participação trará como benefícios um maior conhecimento científico para o desenvolvimento do tema específico, que servirá de espelho para a notificação e investigação de outras doenças e agravos de notificação compulsória, além de iniciar um processo de sensibilização no participante em relação a magnitude da atividade desenvolvida, e principalmente, contribuirá para a formação realista de dados epidemiológicos sobre a COVID-19.

♦**Riscos:** apresenta risco mínimo, ou seja, a probabilidade e a magnitude do dano ou desconforto que pode ser previsto antecipadamente não são maiores do que aqueles vivenciados no cotidiano da pessoa ou durante a realização de um exame físico ou psicológico de rotina. Estão entre os riscos: a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse e cansaço ao responder às perguntas. Tais riscos, caso ocorram serão contornados interrompendo-se imediatamente a coleta de dados com o participante, além do anonimato na participação e sigilo das respostas. Caso haja a

necessidade de suporte psicológico, este será disponibilizado pela pesquisadora, evitando e minimizando qualquer prejuízo ao participante.

♦ **Sigilo:** Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Justifica-se esta pesquisa, pela necessidade de consolidação de dados fidedignos que consigam assim, retratar a realidade existente e assim servir como base para estudos e decisões futuras.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.edu.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br); no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, RG/CPF

\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa intitulada como “**ASPECTOS RELACIONADOS À NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PICOS-PIAUÍ.**”. Eu discuti com a Mestranda Danila Barros Bezerra Leal sobre a minha decisão em participar dessa pesquisa e ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo

voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação nesta pesquisa.

Teresina, Pi \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

### **Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI tel.: (86) 3215-5734 - email: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

**ANEXOS**

## ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITOS DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019- COVID-19 (B34.2)



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica 16/08/2021

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

**Definição de caso:** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

**Em crianças:** além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

**Observação:** Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:		UF de notificação:	Data da Notificação:
Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	Profissional de saúde: (Marcar X)	Profissional de segurança: (Marcar X)
Sim     Não	Sim     Não	Sim     Não	Sim     Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:		País de origem:	
Sexo: (Marcar X)	Raça/Cor: (Marcar X)	Branca	Preta     Amarela     Parda     Ignorado
Masculino     Feminino	Indígena	Se indígena, informar etnia:	
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X)     Sim     Não Se sim, qual?			
Estado de residência:		Município de Residência:	
Logradouro:		Número:	CEP:         -
Complemento:		Bairro:	
Telefone 1:		Telefone 2:	
E-mail:			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X)	Diagnóstico assistencial (sintomático)	Busca ativa de assintomático	Triagem de população específica
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)	Monitoramento de contatos	Se triagem de população específica: (Marcar X)	Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos
	Investigação de surtos		Profissionais de saúde
	Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena)		Gestantes e puérperas
Outro:		Povos e comunidades tradicionais	Outro:
Local de realização da testagem: (Marcar X)	Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.)	Local de trabalho	Aeroporto
	Farmácia ou drogaria	Escola	Domicílio ou comunidade
	Outro:		

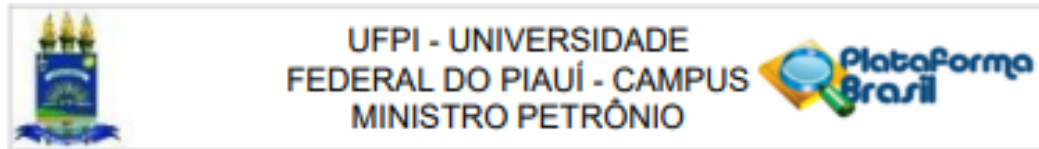
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sintomas: (Marcar X)	Assintomático	Febre	Dor de Garganta
Dor de Cabeça	Distúrbios gustativos	Distúrbios olfativos	Dispneia     Tosse     Coriza
Outros:			
Data do início dos sintomas:			
Condições: (Marcar X)			
Doenças respiratórias crônicas descompensadas	Doenças cardíacas crônicas	Diabetes	
Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)	Puérpera (até 45 dias do parto)	Gestante	
Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica	Imunossupressão	Obesidade	
Outros:			
<small>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</small>			
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X)	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data de vacinação
Sim     Não		1ª dose	
		2ª dose	
			Laboratório produtor da vacina
			Lote da vacina

EXAMES LABORATORIAIS				
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	Solicitado	Coletado		Não detectável
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	Solicitado	Coletado		Não detectável
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	Solicitado	Coletado		Não reagente
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	Solicitado	Coletado		Não reagente
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	Solicitado	Coletado		Não reagente
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	Solicitado	Coletado		Não reagente
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	Solicitado	Coletado		Não reagente
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	Solicitado	Coletado		Não reagente
	Concluído	Não Solicitado		Inconclusivo ou Indeterminado





## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19

**Pesquisador:** Danila Barros Bezerra Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52238221.0.0000.5214

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.148.508

#### Apresentação do Projeto:

Os documentos "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1813307.pdf" (anexado em 11/11/2021) e "2PROJETO.doc" (anexado em 11/11/21) foram analisados para a apresentação do projeto.

**Pesquisadora responsável:** Danila Barros Bezerra Leal

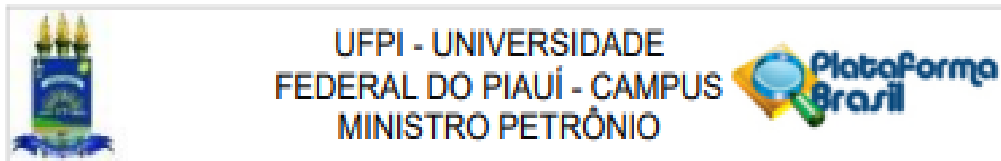
**Equipe de Pesquisa:** ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

**Tamanho da Amostra no Brasil:** 50

#### Resumo:

**"INTRODUÇÃO.** A notificação é a comunicação da ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços, que proporciona a construção de um banco de dados e a execução de modificações visando ações de saúde e outros processos mais seguros, sendo essencial para a monitorização adequada de atividades de prevenção e controle de doenças (MACARENHAS et al., 2019 e SILVA; OLIVEIRA, 2014), assim, a notificação de COVID-19 é, hoje, um instrumento importante para a saúde pública. Dados de má qualidade, ou seja, fichas de notificação ou investigação com a maioria dos campos em branco, incongruências de informações, dentre outros problemas frequentemente identificados, apontam para a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada no primeiro nível hierárquico

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (88)3237-2332 **Fax:** (88)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



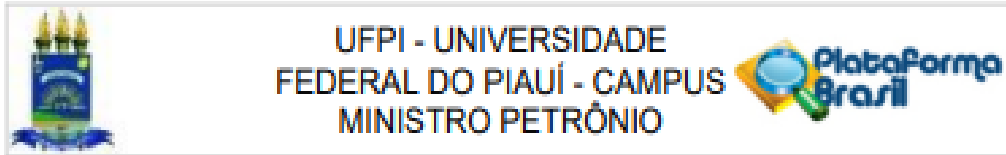
Continuação do Parecer: 5.148.508

de entrada de dados no sistema (BRASIL, 2007), quando o dado não atende aos requisitos de qualidade, as etapas subsequentes ficam comprometida, pois a da qualidade envolve aspectos multidimensionais (CUNHA; VARGENS, 2017). Destaca-se a relevância do estudo no sentido de contribuir com estratégias para melhorar a notificação de COVID-19, pois o conhecimento da situação permitirá identificar os possíveis obstáculos que dificultam a geração de conhecimento dinâmico sobre outras doenças, não apenas COVID-19, fortalecendo a epidemiologia da doença citada, e por consequência o planejamento e implementação de ações estratégicas para prevenção e combate. **OBJETIVO.** Avaliar o processo de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. **METODOLOGIA.** Este estudo configurar-se-á como um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo acontecerá nas instituições públicas de saúde da cidade de Picos-Pi, que atendem casos suspeitos e confirmados de COVID-19, são elas: Centro Integrado em Especialidades Médicas (CIEM); Hospital Regional Justino Luz (HRJL) e 38 Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 38 unidades de saúde. A população deste estudo será constituída pelos trabalhadores da rede pública, responsáveis pela notificação de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. A amostra será censitária ou pesquisa de população. Os dados serão coletados por meio de questionário, auto aplicado, entregue aos participantes nos postos de trabalho, em horário previamente agendado. Os dados serão organizados, codificados, tabulados e submetidos à análise estatística utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. e serão realizadas análises estatísticas descritivas. Para fazer-se cumprir as normalizações legais da pesquisa, este estudo deverá ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí para análise dos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendadas na resolução 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.\*

#### INTRODUÇÃO

\*A COVID-19, doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, apresenta um espectro clínico que permeia de infecções assintomáticas a casos graves e até óbitos, necessitando conhecer a epidemiologia detalhada para tentar minimizar os desfechos insatisfatórios (BRASIL, 2021). Epidemiologia é o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas (BRASIL, 2005), sendo assim, a epidemiologia engloba um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, consequentemente a detecção e então a

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (88)3237-2332 **Fax:** (88)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.148.508

possibilidade da prevenção de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, para recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos (BOCATTO, 2019, pag.03). A alta transmissibilidade com enorme impacto em termos de morbimortalidade para a população é um fator imprescindível para o monitoramento e o controle da epidemia de COVID-19 (CORRÊA et al, 2020).

O ponto inicial desse monitoramento acontece por meio da notificação, na qual o Ministério da Saúde (MS) recomenda que todos os casos Síndrome gripal, casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado e óbitos por SRAG, independente da hospitalização, além de indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por covid-19, sejam notificados.

As doenças que necessitam de notificação são aquelas cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para sua prevenção e controle, características compatíveis também com a COVID-19 (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

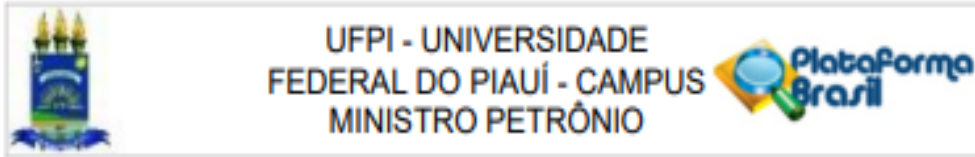
A notificação é a comunicação da ocorrência de eventos, problemas ou situações associadas a produtos e serviços, que proporciona a construção de um banco de dados e a execução de modificações visando ações de saúde e outros processos mais seguros, sendo essencial para a monitorização adequada de atividades de prevenção e controle de doenças (MACARENHAS et al., 2019 e SILVA; OLIVEIRA, 2014), assim, a notificação de COVID-19 é, hoje, um instrumento importante para a saúde pública.

Assim como mencionado por Sousa et al., (2020), a informação completa e de qualidade é condição indispensável para análise da situação de saúde, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para o planejamento de ações públicas que almejem o desenvolvimento de boas condições de saúde para a população em geral.

A realização da notificação em tempo hábil no sistema de informação é imprescindível para que os gestores tenham condições de planejar as ações de prevenção e controle. É importante também que a notificação, além de completa, seja descentralizada, para que mais rápido os dados epidemiológicos transformem-se em informação e tomada de decisão (BRASIL, 2021).

No Brasil existe uma grande rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e por meio desses sistemas, com informações fidedignas, torna-se possível explicar os aspectos epidemiológicos, além de monitorar e avaliar o desempenho de programas de saúde e gerenciamento de serviços, oferta de serviços assistenciais vinculados a agravos de importância

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (88)3237-2332 **Fax:** (88)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.148.508

em saúde pública, que se encontram disponíveis para líderes políticos e profissionais de saúde fazerem uso desses dados e informações na elaboração e implantação de políticas destinadas para a melhoria da saúde da população (SOUSA et al., 2020).

Apesar de tamanha importância é possível observar subnotificação ou notificações com inconsistências também nos casos de COVID-19, como relatado por Prado et al., (2020) quando estimou que apenas 7,8% dos casos da doença no Brasil são notificados. Acrescenta-se que esse estudo apresentou apenas taxas nacionais e não levou em consideração as diferenças entre as regiões do país, o que é importante no caso do Brasil, devido as suas dimensões continentais (PRADO et al., 2020).

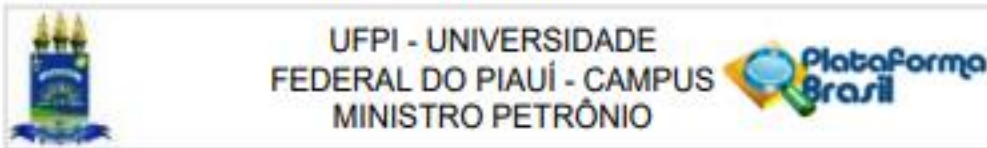
Segundo Cunha e Vargens (2017, p.73), no âmbito da vigilância em saúde, dado é a descrição de atributo, de situação e de fato, desvinculado de referencial explicativo, o que limita sua utilização, já informação é a descrição de realidade associada a um determinado referencial explicativo sistemático. E a produção da informação se dá por meio de quatro etapas: coleta de dados, codificação dos dados coletados, processo dos dados coletados, e divulgação.

A coleta de dados é a etapa inicial da produção da informação e se completa com o imediato registro do que foi coletado. Esse registro pode ser feito em formulário de papel ou em plataforma eletrônica. Quando registrado em formulário de papel, constitui documento de comprovação de fatos e de eventos, devendo ser arquivado fisicamente (CUNHA; VARGENS, 2017. p.74).

Dados de má qualidade, ou seja, fichas de notificação ou investigação com a maioria dos campos em branco, incongruências de informações, dentre outros problemas frequentemente identificados, apontam para a necessidade de uma avaliação sistemática da qualidade da informação coletada e digitada no primeiro nível hierárquico de entrada de dados no sistema (BRASIL, 2007), quando o dado não atende aos requisitos de qualidade, as etapas subsequentes ficam comprometida, pois a da qualidade envolve aspectos multidimensionais (CUNHA; VARGENS, 2017).

E por isso, é indicado que os profissionais de saúde possam enxergar a notificação como um instrumento de encaixe ao tratamento de determinada doença ou agravo à saúde e não apenas como um ato burocrático no seu cotidiano de trabalho, por isso a questão de pesquisa está relacionada ao conhecimento e sensibilização do profissional em relação a notificação de COVID-19, pois apenas com o entendimento de que a notificação é essencial para a saúde é que os dados serão informados com fidedignidade e veracidade necessárias para a notificação constituir instrumento de melhoria da epidemiologia e da saúde, especialmente em tempos de pandemia (MELO et al., 2018).\*

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.148.508

**Metodologia Proposta:**

Este estudo configurar-se-á como um estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. A característica principal dos estudos transversais é que envolvem a coleta de dados em determinado ponto temporal e todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados. Esses estudos mostram-se especialmente apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011, p.268). Para Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de muitos casos representativos. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados, o que se torna útil para compreender a notificação.

**Critério de Inclusão:**

critério de inclusão os profissionais que realizam o preenchimento da ficha de investigação de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19 há mais de seis meses.

**Critério de Exclusão:**

serão excluídos da pesquisa os profissionais afastados dessa atividade, por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

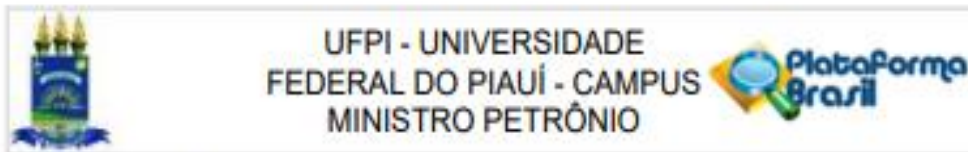
Avaliar o processo de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar perfil sociodemográfico dos profissionais responsáveis pelo preenchimento do instrumento de coleta de dados utilizado na notificação de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19;
- Descrever o processo de preenchimento do instrumento de coleta de dados utilizado na notificação de Síndrome Gripal suspeito de doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19;
- Identificar fatores que colaboram ou dificultam o processo de notificação.

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **Município:** TERESINA **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





Continuação do Parecer: 5.148.508

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RETIRADOS DO "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1813307.pdf", DE 11/11/2021.

**Riscos:**

a possibilidade de desconforto ou vergonha ao responder às perguntas, já que estas se referem a algumas particularidades da rotina do serviço. Para contornar esses riscos, será assegurado o anonimato do indivíduo e do serviço.

**Benefícios:**

Desenvolvimento científico do tema específico; Desenvolvimento de estratégias para contornar impasses de notificação de outras doenças. Sensibilização dos profissionais que participarão. Sensibilização dos gestores após resultados da pesquisa.

RETIRADOS DO DOCUMENTO "3TCLENovembro.doc", DE 11/11/2021.

**RISCOS**

apresenta risco mínimo, ou seja, a probabilidade e a magnitude do dano ou desconforto que pode ser previsto antecipadamente não são maiores do que aqueles vivenciados no cotidiano da pessoa ou durante a realização de um exame físico ou psicológico de rotina. Estão entre os riscos: a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse e cansaço ao responder às perguntas. Tais riscos, caso ocorram serão contornados interrompendo-se imediatamente a coleta de dados com o participante, além do anonimato na participação e sigilo das respostas. Caso haja a necessidade de suporte psicológico, este será disponibilizado pela pesquisadora, evitando e minimizando qualquer prejuízo ao participante.

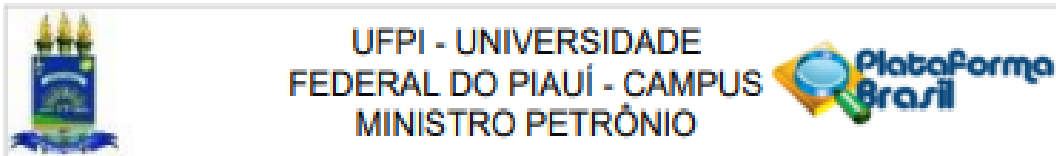
**BENEFÍCIOS**

Sua participação trará como benefícios um maior conhecimento científico para o desenvolvimento do tema específico, que servirá de espelho para a notificação e investigação de outras doenças e agravos de notificação compulsória, além de iniciar um processo de sensibilização no participante em relação a magnitude da atividade desenvolvida, e principalmente, contribuirá para a formação realista de dados epidemiológicos sobre a COVID-19.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante que pretende investigar um problema crônico dos sistemas de informação em saúde do Brasil, a qualificação na alimentação dos dados primários, com recorte

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 5.148.508

para a notificação de casos de Covid-19 na cidade de Picos/PI, que compõe o Território de Saúde Vale do Rio Guaribas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na versão anterior (Número do Parecer: 5.086.033, em 08/11/21) havíamos elencado as pendências abaixo:

1. As assinaturas nos documentos estão coladas. Solicita-se a apresentação de documento com as assinaturas originais (escaneado) ou um Termo de Compromisso com o envio dos documentos com assinaturas originais tão logo a situação da pandemia permita. Adicionalmente, admite-se que os documentos possam ter assinaturas digitais (não digitalizadas), com código de verificação. **PENDÊNCIA SANADA.** A pesquisadora apresentou um termo de compromisso em razão da pandemia de Covid-19 - documentopandemia.pdf, postado em 11/11/21).

2. No documento TCLE:

a. Deve constar assistência integral ao participante da pesquisa;

**PENDÊNCIA SANADA.** A pesquisadora apresentou uma nova versão do TCLE em que consta a assistência integral ("...bem como lhe será garantido a assistência integral".)

b. Deve ser paginado em formato sequencial (exemplo: 1/3, 2/3, 3/3);

**PENDÊNCIA SANADA.** A nova versão do TCLE está paginada, conforme solicitado.

c. Deve constar o horário de funcionamento do CEP;

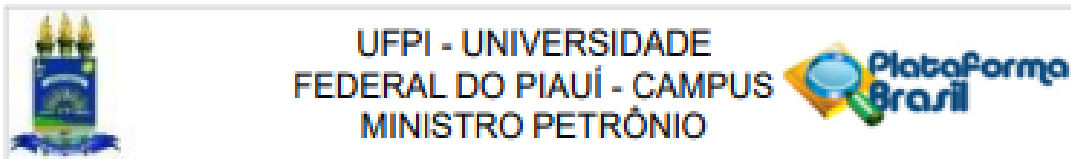
**PENDÊNCIA SANADA.** Na nova versão do TCLE consta o horário de funcionamento ("...no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00".)

d. Adicionar a justificativa do projeto.

**OBS:** Recomendamos a utilização do modelo de TCLE disponível na página do CEP-UFPI CMPP (<https://www.ufpi.br/orientacoes-cep>)

**PENDÊNCIA SANADA.** A pesquisadora adicionou uma justificativa na nova versão do TCLE ("Justifica-se esta pesquisa, pela necessidade de consolidação de dados fidedignos que consigam assim, retratar a realidade existente e assim servir como base para estudos e decisões futuras.")

<b>Endereço:</b> Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI			
<b>Bairro:</b> Ininga			<b>CEP:</b> 64.049-550
<b>UF:</b> PI	<b>Município:</b> TERESINA		
<b>Telefone:</b> (86)3237-2332	<b>Fax:</b> (86)3237-2332	<b>E-mail:</b> cep.ufpi@ufpi.edu.br	



Continuação do Parecer: 5.148.508

3. A descrição dos riscos e benefícios deve ser padronizada em todos os documentos, prevendo ainda as formas de minimizar tais riscos;

**PENDÊNCIA SANADA.** Embora a descrição dos riscos permaneça discrepante entre o documento TCLE e o documento Informações Básicas, consideramos que o primeiro, ao qual o participante da pesquisa terá acesso, atende às resoluções vigentes.

Pelo exposto, consideramos o projeto apto a ser desenvolvido.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

1º Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação";

2º Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3º Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4º O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1813307.pdf	11/11/2021 22:20:47		Aceito

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.040-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (88)3237-2332 **Fax:** (88)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br





UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 5.148.508

Outros	documentopandemia.pdf	11/11/2021 22:19:19	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Cronograma	8CRONOGRAMA.docx	11/11/2021 22:14:54	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3TCLEnovembro.doc	11/11/2021 22:14:39	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2PROJETO.doc	11/11/2021 22:14:25	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	CurriculoAndreia.pdf	28/09/2021 21:13:49	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	8TERMODECONFIDENCIALIDADE2ass isnaturas.pdf	24/09/2021 08:15:50	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2DeclaracaodosPesquisadores.pdf	21/09/2021 19:10:03	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	17/09/2021 15:36:32	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	HRJL.pdf	17/09/2021 15:13:45	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	SMS.pdf	17/09/2021 15:13:30	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	9CURRICULO DANILA.doc	13/09/2021 19:38:27	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	1cartadeencaminhamento.pdf	10/09/2021 14:43:12	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Outros	5COLETADE DADOS.docx	06/09/2021 23:34:01	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito
Orçamento	7ORCAMENTO.docx	06/09/2021 23:25:24	Danila Barros Bezerra Leal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 06 de Dezembro de 2021

Assinado por:  
Emídio Marques de Matos Neto  
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, sala do CEP UFPI  
Bairro: Ininga CEP: 64.040-550  
UF: PI Município: TERESINA  
Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br