

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 5

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 5

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 5

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 5 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0575-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.757221908>

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A obra “Saúde Coletiva: Uma construção teórico-prática permanente 5” da Atena Editora está constituída de 17 artigos técnicos e científicos acerca das temáticas que concernem a saúde mental, principalmente na esfera pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

A organização deste e-book em dois volumes levou em conta o tipo de abordagem de cada texto para o tema da saúde mental: o Volume IV contém predominantemente as estratégias teóricas e práticas dos profissionais de saúde que atuam nesta área e também discussões sobre temas derivados que impactam a vida do paciente em estado de saúde mental depletivo; já o Volume V contempla estudos epidemiológicos, revisões e relatos/ estudos de caso da área de saúde geral e mental.

Agradecemos aos autores por suas contribuições científicas nesta temática e desejamos a todos uma boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Bianca Virgínia Dantas
Helder Camilo Leite
Cristiane Barbosa Batista Saavedra
Jaqueline Souza da Silva
Danielle Lemos Querido
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Micheli Marinho Melo
Priscila Vieira de Souza
Viviane Saraiva de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219081>

CAPÍTULO 2..... 14

A OBESIDADE COMO UM POSSÍVEL FATOR DE RISCO PARA A FASE MAIS SEVERA E AUMENTO DA MORTALIDADE PELA COVID-19

Vinícius Gomes de Moraes
Wander Júnior Ribeiro
Samuel Machado Oliveira
Rodolfo Augusto Aquino Machado
Marília Gabriella Mendes Maranhão
Raphael Camargo de Jesus
Caio Kenzo Piveta
Gabriela Zoldan Balena
Gabriela Wander de Almeida Braga
Dariê Resende Vilela Cruvinel
Samilla Pereira Rodrigues
Camila Potrich Guareschi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219082>

CAPÍTULO 3..... 26

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE AO LÁTEX: REVISÃO DE LITERATURA

Zenaide Paulo da Silveira
Adriana Maria Alexandre Henriques
Fabiane Bregalda
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Flávia Giendruczak da Silva
Ingrid da Silva Pires
Liege Segabinazzi Lunardi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219083>

CAPÍTULO 4..... 32

A PARALISIA INFANTIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS NO IDOSO, ASSOCIADO A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Maria Clara Granero do Prado
Laís Joverno Domingues
Nicole Migliorini
Júlia Bettarello dos Santos
João Gabriel de Melo Cury

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219084>

CAPÍTULO 5..... 37

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO

Maria Aparecida de Souza Melo
Ana Maria de Castro
Marília Ferreira Dela Coleta
José Augusto Dela Coleta
José Clecildo Barreto Bezerra
Daniel Batista Gomes
Ana Luisa de Souza Melo
André Luiz Alves
Patrícia Lima
Bruna Moraes de Melo
Pollyana de Souza Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219085>

CAPÍTULO 6..... 64

IMPACTO DA FASE PRÉ-ANÁLITICA NA QUALIDADE DOS EXAMES REALIZADOS NO SETOR DE HEMATOLOGIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Zenaide Paulo da Silveira
Adriana Maria Alexandre Henriques
Denise Oliveira D'Ávila
Adelita Noro
Paula de Cezaro
Vanessa Belo Reyes
Ana Paula Wunder Fernandes
Ingrid da Silva Pires
Cristiane Tavares Borges
Liege Segabinazzi Lunardi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219086>

CAPÍTULO 7..... 79

COMPARATIVO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DO APARELHO GENITAL FEMININO COM O NÚMERO DE EXAMES DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA ENTRE 2016 E 2018

Vinícius Gomes de Moraes

Suzana Guareschi
Rodolfo Augusto Aquino Machado
Thais Lima Dourado
Fernando Dias Araujo Filho
Matheus Cristiano de Melo Silva
Wander Júnior Ribeiro
Marília Gabriella Mendes Maranhão
Adriano Borges de Carvalho Filho
Samilla Pereira Rodrigues
Wellington Junnio Silva Gomes
Patricia de Oliveira Macedo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219087>

CAPÍTULO 8..... 82

ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DA REDE DE RIO CLARO/SP

Cacilda Peixoto
Renata Bellenzani
Luciana Nogueira Fioroni
Elton Gean Araújo
Bernardino Geraldo Alves Souto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219088>

CAPÍTULO 9..... 94

CITOLOGIA ONCÓTICA: FATORES QUE OCASIONAM A NÃO ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME

Luzia Cibele de Souza Maximiano
Maria Jussara Medeiros Nunes
Gabriel Victor Teodoro de Medeiros Marcos
Luiz Carlos Pinheiro Barrozo
Palloma Rayane Alves de Oliveira Sinezio
Keylla Isabelle Sousa Duarte
Sarah Mikaelly Ferreira e Silva
Jany Sabino Leite
Edione Rodrigues Batista
Maria Laudinete de Menezes Oliveira
Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes
Érika Fernandes da Silva Nogueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7572219089>

CAPÍTULO 10..... 105

TRANSTORNO DO PÂNICO E ANSIEDADE: UM RELATO DE CASO

João Pedro Leal Miranda
João Paulo Martins Trindade
Matheus Heiji Matsuda
Marcos Antônio Luchesi de Leão
Phillip Caresia Wood

Matheus de Souza Campanholi Sáber
Júlia Bettarello dos Santos
João Gabriel de Melo Cury

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190810>

CAPÍTULO 11..... 111

SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MANACAPURU, AMAZÔNIA: UM EXERCÍCIO DE ANÁLISE

Ana Paula de Alcantara Rocha
Gebes Vanderlei Parente Santos
Naomy Tavares Cisneros
Victor Vieira Pinheiro Corrêa
Heliana Nunes Feijó Leite
Lucas Rodrigo Batista Leite

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190811>

CAPÍTULO 12..... 122

RELATO DE CASO: VARIZES E O TRATAMENTO COM ESCLEROTERAPIA E A ADESÃO TERAPÊUTICA

Lara Ferraz Marcondes
Laura Scudeler Grando
Bárbara Bastos Marçal
Júlia Bettarello dos Santos
João Gabriel de Melo Cury

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190812>

CAPÍTULO 13..... 129

RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICA E COMORBIDADES ASSOCIADAS

Marcos Antônio Luchesi de Leão
Philip Caresia Wood
Matheus de Souza Campanholi Sáber
Renata Palermo Dotta
João Pedro Leal Miranda
João Paulo Martins Trindade
Júlia Bettarello dos Santos
João Gabriel de Melo Cury

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190813>

CAPÍTULO 14..... 136

REAÇÕES ALÉRGICAS E TESTE CUTÂNEO DE DIAGNÓSTICO

Rafael de Abreu Nocera Alves
Maria Eduarda Freitas Bertoluci
Vitoria Viana de Castro Paganucci
Caroline de Abreu Nocera Alves
Júlia Bettarello dos Santos
João Gabriel de Melo Cury

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190814>

CAPÍTULO 15.....	141
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NA IX REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	
Romário Bianco de Noronha	
Paula Eloíse de Sousa Campos	
Cleilson Barbosa de Freitas	
José Wilson Félix da Silva	
Suiane Pereira Nunes	
Ana Clícia Delmondes Ferraz	
Ana Maria Parente de Brito	
Gyllyandeson de Araújo Delmondes	
Maiara Leite Barberino	
Sarah Mourão de Sá	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190815	
CAPÍTULO 16.....	157
PANORAMA SÓCIO ETÁRIO E CULTURAL DA ENDOMETRIOSE NO ESTADO DE SÃO PAULO	
Thainá Rodrigues de Freitas	
Sara Rodrigues de Freitas	
Leonardo Ribeiro Chavaglia	
Tiago Bastos Romanello	
Lais Miranda Balseiro	
Elis Miranda Balseiro	
Álvaro Augusto Trigo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190816	
CAPÍTULO 17.....	166
PERFIL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE NO ESTADO DA BAHIA	
Andressa Coelho Ferreira	
Ingrid Jordana Muniz Ferreira	
Keyla Iane Donato Brito Costa	
Charles Neris Moreira	
Josiane dos Santos Amorim	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.75722190817	
SOBRE O ORGANIZADOR	177
ÍNDICE REMISSIVO.....	178

CAPÍTULO 5

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ADEQUAÇÃO DO SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO

Data de aceite: 01/08/2022

Maria Aparecida de Souza Melo

Ana Maria de Castro

Marília Ferreira Dela Coleta

José Augusto Dela Coleta

José Clecildo Barreto Bezerra

Daniel Batista Gomes

Ana Luisa de Souza Melo

André Luiz Alves

Patrícia Lima

Bruna Morais de Melo

Pollyana de Souza Melo

RESUMO: O papel da vigilância epidemiológica tem se tornado cada vez mais importante em função da emergência e reemergência de doenças infecciosas como a COVID-19. Os serviços de saúde devem estar preparados para identificar os casos suspeitos e/ou confirmados para desencadear ações de prevenção, tratamento e controle. Este estudo objetivou construir instrumentos para avaliar o nível de adequação dos serviços de saúde para notificar as doenças e agravos de notificação compulsória, com foco em subsidiar a tomada de decisão dos gestores para o enfrentamento dos desafios que a vigilância epidemiológica

lhes impõe. Dez escalas foram construídas, com um total de 149 itens de avaliação, adotando-se critérios científicos, a partir dos constructos: estrutura, processo e resultados. Foram utilizados dados qualitativos de estudos anteriores que investigaram os incidentes críticos na notificação de doenças e agravos de notificação compulsória. As análises estatísticas realizadas com vistas à validação dos instrumentos mostraram algumas escalas promissoras e apontam a necessidade de mais estudos para possibilitar a adoção dessas ferramentas de maneira generalizada pelos serviços de saúde. As escalas propostas são oriundas das experiências vivenciadas pelos profissionais da saúde que atuam na área da vigilância epidemiológica e servirão como fonte de análise das estruturas existentes em suas unidades de atendimento para a identificação oportuna das doenças e agravos de notificação compulsória.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa; Vigilância em Saúde Pública; Notificação de Doenças; Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

ABSTRACT: The role of epidemiological surveillance has become increasingly important due to the emergence and reemergence of infectious diseases such as COVID-19. Health services must be prepared to identify suspected and / or confirmed cases in order to initiate prevention, treatment and control actions. This study aimed to build instruments to assess the level of adequacy of health services to notify diseases and conditions of obligatory notification. The focus is on subsidizing the decision-making

of managers in order to face the challenges that epidemiological surveillance imposes on them. Ten scales were built, with a total of 149 evaluation items, adopting scientific criteria based on the structure, process and results constructs. Qualitative data from previous studies that investigated critical incidents in the notification of diseases and conditions of compulsory notification were used. The statistical analyses carried out for the purpose of validating the instruments showed some promising scales. They also point to the need for further studies to enable the widespread adoption of these tools by health services. The proposed scales are derived from the experiences of health professionals working in the field of epidemiological surveillance and will serve as a source of analysis of the existing structures in their care units for the timely identification of diseases and injuries of compulsory notification.

KEYWORDS: Evaluation of Research Programs and Tools; Public Health Surveillance; Disease Notification; Information System for Notifiable Diseases.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) publicou, em 5 de agosto de 2020, o *Guia de Vigilância Epidemiológica — Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019: Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID 19*, resultante da necessidade de adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, em face da circulação simultânea de outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (MS, 2020). Nesse Guia encontram-se informações importantes a serem observadas pelos profissionais da saúde no que concerne às características dessas doenças, assim como é destacada a importância de a vigilância epidemiológica e de os serviços de saúde captarem os casos, adequada e oportunamente, para possibilitar estudos que identifiquem perfis epidemiológicos com foco na instituição de ações de prevenção, tratamento e controle.

A chegada do novo vírus no Brasil coloca em xeque a estrutura da vigilância existente, em particular pelo fato de vivenciarmos a redução de investimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e na área da pesquisa — fator esse que torna frágil a capacidade de detecção e de respostas às emergências identificadas —, o que leva ao questionamento sobre se estamos ou não preparados para enfrentar os desafios que nos são impostos (LANA *et al.*, 2020).

Sabe-se que a informação é o principal insumo para a tomada de decisão e, na vigilância epidemiológica, ela é fundamental para desencadear o processo “informação-decisão-ação” que, nesse caso, se inicia a partir da identificação de uma suspeita ou confirmação de caso de alguma doença ou agravo na população assistida (MS, 2007).

Nesse processo de vigilância, no Brasil, em 1961, foram instituídas as denominadas *Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde* que caracterizavam 45 doenças e outros agravos como de notificação compulsória pelos profissionais da saúde. Porém, a notificação de algumas doenças transmissíveis somente foi sistematizada em 1969, sob

a responsabilidade da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde (MS), cujas informações eram coletadas das secretarias estaduais de saúde e divulgadas, quinzenalmente, em um Boletim Epidemiológico. Com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), em 1975, o quantitativo de doenças de notificação compulsória foi ampliado, com a incorporação de outras, além daquelas previstas no Regulamento Sanitário Internacional. A partir daí, em função da diversidade, complexidade e dimensão do país, decidiu-se pelo estabelecimento de uma lista mínima nacional que incluísse as doenças de interesse geral e, paralelamente, os estados e municípios elaboram suas listas complementares com foco em fortalecer os sistemas locais de vigilância epidemiológica. (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

Para sanar as dificuldades vivenciadas pelo sistema de vigilância epidemiológica, foi desenvolvido, entre 1990 e 1993, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. Assim, o Sinan é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos constantes na lista nacional de doenças de notificação compulsória, adicionadas aquelas que os municípios incluem por serem de interesse regional (MS, 2007). A Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional é atualizada periodicamente e a vigentes foi publicizada pela Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (MS, 2020). No entanto, o método de trabalho adotado nessas ações da vigilância epidemiológica precisa ganhar amplitude e ultrapassar as atividades tradicionais de competência e escopo de atuação, isto é, que não se restrinja ao direcionamento e respectiva perpetuação de, apenas, um grupo de doenças e agravos específicos (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A emergência e reemergência de doenças infecciosas, como a Influenza (H5N1 em 2003 e H1N1 em 2009), a Síndrome Respiratória Aguda (em 2002-2003) e a Zika (em 2015) trouxeram à tona questões sobre o papel da vigilância epidemiológica e a ocorrência com maior frequência dessas enfermidades, a partir de 2018, bem como aponta para a importância de os sistemas de saúde estarem preparados, antecipadamente, para enfrentar a emergência de novos patógenos. Esse contexto impõe aos sistemas nacionais de saúde pública o papel de preparar a vigilância para a detecção precoce dessas enfermidades para realizar a assistência com respostas mais imediatas e efetivas (LANA *et al.*, 2020).

Mesmo com os avanços alcançados quanto à eficiência e à qualidade das ações da vigilância em saúde, há desafios que precisam ser superados. Para tal, se faz necessário o estabelecimento de estratégias que melhorem a qualidade dessas ações, como, o monitoramento e avaliação do desempenho para possibilitar aos gestores maior responsabilidade, transparência e qualidade das decisões tomadas (COSTA *et al.*, 2013).

Sabe-se que há problemas que permeiam todo o processo que se constitui nessa cadeia de produção, tratamento e gerenciamento das informações e que resultam em

tomada de decisões sobre situações que não retratam a realidade da saúde da população assistida de forma fidedigna. Estudos relatam, por exemplo, as subnotificações de doenças, como a da Tuberculose (TB), no Estado de Pernambuco, que foi de 29% (SANTOS *et al.*, 2018); e da Covid-19, no Brasil, que foi estimada 9,2% e cujas taxas se diferenciam entre as Regiões do País, com a mais alta ocorrendo em Roraima (31,7%) e a mais baixa na Paraíba (3,4%) (PRADO *et al.*, 2020). Esses achados levam a inferir que os gestores responsáveis pela tomada de decisão não possuem o real conhecimento sobre a incidência dessas doenças, o que pode refletir na determinação das medidas de controle que são necessárias.

As subnotificações de doenças e agravos de notificação compulsória no Sinan estão associadas a diversos fatores e não são raros os estudos que objetivam identificá-los. Estudos conduzidos por Melo e colaboradores (2018) e Melo (2014) levantaram — em uma amostra de profissionais da saúde responsáveis pela notificação de doenças nas unidades de atendimento dos serviços de saúde públicos e privados de municípios goianos —, os fatores que facilitam ou dificultam a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória. A categorização das respostas apontou para diversos fatores associados à subnotificação de doenças e agravos no Sinan e o material coletado oferece ferramentas para a construção de instrumentos de avaliação desse nível de serviço no âmbito da Vigilância Epidemiológica.

A avaliação na área da saúde é considerada um mecanismo importante para responder às necessidades de planejamento e tomadas de decisões dos gestores. Além disso, ela contribui para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois identifica as suas potencialidades e os seus desafios enfrentados (STEIN, 2013). Assim, com foco em identificar a produção científica constante nas bases de dados online da América Latina sobre o tema avaliação de serviços de saúde no período de 2000 a 2013, Klein *et al.* (2015) realizaram uma análise bibliométrica. As 158 produções científicas selecionadas apontaram que o tema é limitado, pois não apresentam real reflexão sobre a avaliação dos serviços de saúde e indicam a necessidade da condução de estudos para avaliar esses serviços, na busca de melhor conhecê-los e dar transparência ao processo de trabalho e seus respectivos funcionamentos.

Na busca de fornecer ferramentas que possam ser utilizadas amplamente no âmbito do SUS para avaliar os processos de trabalho dos serviços de saúde, instrumentos são propostos e validados, como os desenvolvidos por Costa e colaboradores (2013). Esses pesquisadores propuseram um leque de indicadores para monitoramento do desempenho da vigilância em saúde, e que deverão, segundo os autores, ser adaptados às realidades locais, em função do contexto loco-regional e dos aspectos da gestão que se propuser monitorar ou mensurar. Também, nesse mesmo foco, Fracoli e colaboradores (2014) conduziram uma revisão da literatura qualitativa, seguida de metassíntese, para identificar instrumentos que são utilizados para a avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Das pesquisas selecionadas, foram identificados oito instrumentos validados e os autores chegaram à conclusão de que, para avaliar a Estratégia Saúde da Família, somente um daqueles instrumentos mais se aproxima da realidade brasileira e que, no entanto, deve servir de subsídios para a criação de novas propostas que contribuam para a qualificação desse serviço. No contexto do Sinan, há estudos que, na maior parte, objetivam avaliar a qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade — geralmente em termos da vigilância de uma doença ou agravo específico, como o desenvolvido por Silva e colaboradores (2017). Esses autores criaram e selecionaram indicadores para avaliar a qualidade dos dados, aceitabilidade e oportunidade do sistema de vigilância da tuberculose (TB) nas microrregiões do Brasil, utilizando dados do Sinan. Os resultados apontaram baixa qualidade das informações do sistema que limita à análise epidemiológica da TB, fenômeno que pode estar associado à falta do entendimento do profissional de saúde quanto à importância das notificações como ferramentas estratégicas para o enfrentamento da doença.

Nesse contexto, observa-se que há uma lacuna de conhecimentos que proponham ferramentas adequadas à realidade brasileira com vistas ao melhor diagnóstico dos fatores que interferem no processo de geração, tratamento e gestão das informações que alimentam o Sinan — e que são oriundas das notificações oportunas e adequadas das doenças e agravos de notificação compulsória selecionadas pelos gestores do SNVE. Assim, propôs-se, neste estudo, criar instrumentos que possibilitem avaliar o nível de adequação do serviço de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória que alimenta o Sinan, de maneira a fornecer subsídios aos gestores da vigilância epidemiológica na tomada de decisões, cuja metodologia adotada é descrita a seguir.

MÉTODO

O estudo adotou a abordagem de Donabedian (1991) que se refere à estrutura, processo e resultados para estudar os aspectos relacionados às ações referentes à notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.

a) Construção e organização das escalas

Foram utilizados, na etapa do processo de construção dos instrumentos, os dados qualitativos coletados em estudos anteriores (MELO *et al.*, 2018; MELO, 2014) que investigaram os incidentes críticos na notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, relatados pelos trabalhadores dos serviços de saúde. Nessa etapa foram criadas, observando-se os referenciais teóricos de Donabedian (1991), as categorias que estruturaram as Escalas para avaliação, bem como definidos seus componentes, conforme mostrado no Quadro 1 (cujos itens, em cada categoria, foram aqueles incidentes críticos identificados naqueles estudos).

Categorias	Componentes	Definições dos componentes	Itens
1. Estrutura	1.1 Estrutura de Recursos Humanos	Profissionais da equipe de saúde adequados em quantidades e capacidades às necessidades do serviço de saúde para possibilitar a identificação, notificação e implementação das ações de vigilância em saúde da população assistida.	1 a 14
	1.2 Estrutura e organização dos Serviços	Existência no serviço de saúde de equipamentos, materiais, laboratórios, <i>softwares</i> e estrutura física adequada para o atendimento do paciente e para a realização de diagnósticos que possibilitem a identificação dos casos e a notificação.	15 a 39
	1.3 Organização da rede de atendimento ao paciente.	Forma como a rede de atendimento ao paciente é organizada para facilitar a identificação dos casos e a notificação.	40 a 45
	1.4 Estrutura de Comunicação externa e interna	Forma de comunicação externa (com a população assistida) e interna (com os trabalhadores da saúde) sobre as doenças de notificação compulsória, sobre seus sintomas e a notificação.	46 a 56
2. Processo	2.1 Processo de notificação	Forma como ocorre o processo de notificação e de interação entre profissionais da saúde e pacientes, com o objetivo de diagnosticar, tratar e notificar a doença ou agravo com foco em contribuir para a vigilância da saúde e melhorar a situação de saúde da população assistida.	57 a 84
	2.2 Diagnóstico da doença ou agravo	A forma como o diagnóstico da doença ou agravo de notificação compulsória é realizado, adequada e oportunamente.	85 a 89
	2.3 Conduta dos pacientes e familiares	Forma como o paciente e/ou familiares contribuem para a realização da notificação e correspondente acompanhamento e encerramento dos casos identificados.	90 a 103
	2.4 Natureza da doença ou agravo de notificação compulsória	A maneira como possíveis complexidades ou estigmas da doença/agravo dificultam, interferem ou facilitam o processo de notificação.	104 a 109
3. Resultado	3.1 Qualidade das informações geradas para a vigilância em saúde	A qualidade das informações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória em termos de representar a realidade da situação de saúde da população assistida com vistas à tomada de decisão pela Vigilância Epidemiológica.	110 a 125
	3.2 Avaliação – Cliente interno	Percepção dos profissionais da saúde sobre os fatores que contribuem para a melhoria do processo de notificação.	126 a 149

Quadro 1 – Definição das categorias e componentes das Escala de Avaliação do Nível de Adequação do Serviço de Notificação de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória no Sistema de Nacional de Agravos de Notificação, com respectivos itens de avaliação.

Fonte: Categorias, componentes e definições criadas a partir das definições de Donabedian (1991).

A partir desses componentes e definições, foram construídas 10 Escalas que totalizaram em 149 itens afirmativos para serem respondidos em uma escala tipo Likert de concordância de cinco níveis: Concordo totalmente (quantificado com valor igual a 5), Concordo em parte (= 4), Em dúvida (=3), Discordo em parte (=2) e Discordo totalmente (=1).

Esses níveis possibilitam concluir que, quanto mais perto de cinco for a média obtida para os itens em avaliação, mais adequado se estrutura o componente do serviço em análise. Por outro lado, quanto mais próximo de 1,0 for a média, menos adequado está estruturado aquele componente. Organizado em duas partes, a primeira, com 125 itens, objetiva avaliar a forma como as atividades de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória ocorrem nos serviços de saúde que assistem à população. A segunda, com 24 itens, refere-se à avaliação do cliente interno e ao processo de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória quanto à percepção da qualidade das informações. Além disso, nos processos de validação e teste do instrumento, foram construídas 10 questões de múltiplas escolhas para possibilitar a caracterização da amostra (município onde trabalha o profissional de saúde participante do estudo, sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho na área, função exercida e área de atuação). O Apêndice 1 contém o instrumento com todos os itens para cada escala, no formato submetido ao teste em uma amostra de trabalhadores dos serviços de saúde responsáveis pela notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.

Na construção do instrumento, seguiu-se as seguintes etapas: (a) elaboração dos indicadores e correspondentes dimensões e itens das escalas; (b) validação de conteúdo por profissionais da vigilância em saúde estadual e municipal que atuaram como especialistas, em reuniões realizadas na Secretaria de Saúde do Estado de Goiás; (c) aplicação piloto do instrumento com trabalhadores da Vigilância Epidemiológica do município de Anápolis (GO); (d) adequação do instrumento a partir dos resultados obtidos nessas etapas; (e) aplicação do instrumento no universo amostral para a validação final e análise dos resultados. Ressalta-se, ainda, a submissão à avaliação por profissionais juízes com reputação ilibada na área de construção de instrumentos, em duas ocasiões (após a construção e após a validação semântica), com foco em verificar a adequabilidade dos itens aos seus objetivos. Também, procedeu-se à Validação Semântica com servidores da saúde que trabalham na gestão da Vigilância em Saúde.

b) Procedimentos de coleta dos dados

Para a etapa de validação do instrumento, foi adquirida a assinatura do *software 123formbuilder* — ferramenta que possibilitou o desenvolvimento das escalas para que fossem enviadas aos participantes por mensagem eletrônica. Para o desenvolvimento do instrumento nessa ferramenta, contou-se com a colaboração de um professor e um aluno do curso de Engenharia da Computação, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). A assinatura da ferramenta ocorreu no período de janeiro-2019 a janeiro-2020, por um valor mensal, assumido pela coordenação da pesquisa. O instrumento foi disponibilizado na plataforma 123formbuilder, através de um *link*¹ que era remetido aos endereços eletrônicos (*e-mails*) dos trabalhadores da área da vigilância em saúde que lidam com o processo de

¹ Disponível em: <<https://form.123formbuilder.com/4526014>>. Acesso em: 9 jan. 2021.

notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, fornecidos pelos gestores das áreas da vigilância epidemiológica dos municípios que aderiram ao estudo.

Nas abordagens realizadas com os participantes do estudo, em todas as etapas, foram repassadas as informações sobre os objetivos da pesquisa, o uso dos dados exclusivamente para os fins do estudo, a preservação da identidade dos sujeitos e a adesão voluntária ao estudo, observando-se o disposto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

c) Amostra selecionada

A amostra para a validação do instrumento foi composta por trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados de municípios goianos que atuavam no processo de atendimento aos pacientes assistidos e que eram responsáveis pela notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, desde aqueles que coletam os dados nas unidades de saúde até os que inserem a notificação e a acompanham no Sinan. Estes foram selecionados, após a adesão do município ao estudo, pelo critério de acessibilidade e disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa.

Adotou-se como critério de exclusão os profissionais da saúde que trabalham no atendimento ao paciente, mas que não realizam a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, bem como os trabalhadores que atendam aos requisitos de inclusão, mas que não aderiram ao estudo por meio do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que houve casos que o município aderiu à pesquisa, mas que os trabalhadores não aderiram voluntariamente. Mesmo assim, houve participação efetiva dos serviços de municípios integrantes de todas as regionais de saúde de Goiás.

No processo de adesão, correspondências foram encaminhadas a todos os secretários de saúde dos 246 municípios do Estado de Goiás, com resposta afirmativa de quase 50% dos municípios. No entanto, apenas 118 instrumentos foram respondidos, dos quais somente 96, pertencentes a 17 municípios goianos, estavam completos. Além disso, nessa fase de validação do instrumento, grande parte (46,9%) da cidade de Goiânia também fez parte dos cálculos. A amostra foi constituída, em sua maioria, por: trabalhadores de unidades públicas de saúde (96,9%); do sexo feminino (90,6%); casados ou que vivem junto (63,6 %); com Pós-graduação – Especialização – completa ou incompleta (75,0%); exercendo alguma atividade de coordenação, supervisão ou gerência (68,8%); com vínculo efetivo com a unidade de saúde onde trabalham (64,6%); e, por fim, pertencentes à área da Estratégia Saúde da Família (40,7%). A idade foi variada, com média de 36,6 anos, assim como o tempo médio de trabalho na área da saúde, que ficou em torno de 11 anos (M = 11,2).

d) Procedimentos de análise dos dados

Nas análises, inicialmente, realizou-se a inversão dos itens construídos de forma negativa, para os quais a melhor resposta esperada seria a discordância total (valor 1), para obter os valores reais para os itens avaliados. Em seguida, procedeu-se às análises estatísticas para verificar se a escala construída poderia ser considerada uma medida única de um conteúdo, por meio da Análise dos Componentes Principais (ACP). Esse processo permite identificar se existem ou não vários conteúdos no conjunto de itens analisados, para que a soma dos escores ocorra somente entre aqueles que se mostrarem semelhantes (com cargas fatoriais altas). Em seguida, realizou-se a ACP com rotação varimax que “obriga” os itens a se posicionarem nos fatores da escala. Identificados os itens que se mostravam pertinentes, realizou-se, então, a análise da confiabilidade pelo método da consistência interna, que calcula a covariância entre os itens e varia entre 0 (ausência total de consistência interna dos itens) e 1,0 (100% de consistência).

Os dados coletados nessa etapa da pesquisa de campo objetivaram validar as escalas e foram tratados com o software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows*, versão 2.0, cujos resultados são apresentados na seção *Resultados*.

e) Aspectos éticos

O estudo teve aprovação nos seguintes Comitês de Ética em Pesquisa: i) Universidade Estadual de Goiás, Parecer nº 2.112.738; ii) Secretaria do Estado da Saúde de Goiás – Fundação Leide das Neves, Parecer nº 2.117.319; iii) Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Parecer nº 2.209.845; e iv) Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Mem. 068/2019-SAGP/DGDP/EMSP – SIGED: 2018/056767. O projeto de pesquisa teve a parceria formal da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, do Instituto de Patologia Tropical e da Saúde Pública do Estado de Goiás e da Universidade Estadual de Goiás.

RESULTADOS

Os resultados a seguir mostram as análises realizadas de forma individualizada para cada uma das escalas resultantes, pertinentes aos seus respectivos componentes para as categorias construídas.

a) Categoria Estrutura

• Escala 1.1 – Estrutura de Recursos Humanos

A primeira Análise dos Componentes Principais com todos os 14 itens definidos originalmente mostrou quatro fatores, com alguns deles apontando para interpretação ambígua, o que levou à realização de outras análises. Ao final, pela rotação varimax, obtiveram-se dois fatores componentes da escala que explicam 65,19% da variância. O

primeiro fator agrupou 5 itens (2, 3, 4, 5 e 7) da Escala de Qualificação Pessoal e o segundo fator reuniu 3 itens (10, 11 e 12) da Escala de Adequação do Pessoal, como pode ser observado pelas cargas fatoriais nas duas colunas (Tabela 1.1). Estes itens formaram a melhor configuração da Escala de Estruturação de Recursos Humanos, cuja análise da Confiabilidade foi realizada pelo alfa de Cronbach e mostrou boa consistência interna (alfa = 0,85).

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Qualificação Pessoal	Fator 2 Adequação do Pessoal
2	Os profissionais da equipe de saúde detêm conhecimento sobre a lista de doenças e agravos de notificação compulsória.	0,717	0,260
3	Os profissionais da saúde conhecem os Protocolos de Classificação que norteiam as condutas de identificação e tratamento das doenças e agravos de notificação compulsória.	0,729	0,267
4	Os profissionais da saúde têm, periodicamente, capacitação sobre as doenças e os processos de notificação compulsória.	0,846	0,104
5	As Regionais de Saúde disponibilizam capacitações aos profissionais da área.	0,772	0,211
7	Os profissionais da saúde participam dos treinamentos ofertados sobre as doenças e os processos de notificação.	0,559	0,212
10	Há médicos nas especialidades necessárias para o atendimento, diagnóstico e tratamento das doenças de notificação compulsória.	0,121	0,801
11	Os médicos possuem o conhecimento adequado sobre as doenças e agravos de notificação compulsória.	0,310	0,811
12	A equipe é formada pelos profissionais adequados para atender às necessidades advindas dos processos de notificação compulsória.	0,293	0,809

Método de Extração: Análise de Componente Principal;

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser^a.

^aRotação convergida em 3 iterações.

Tabela 1.1 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação da Estrutura de Recursos Humanos, após Rotação Oblíqua.

• Escala 1.2 – Estruturação e Organização dos Serviços

A Análise dos Componentes Principais para todos os 25 itens construídos originalmente para esta escala mostrou seis componentes principais, também, com alguns deles apontando para interpretações ambíguas. A análise pela rotação varimax mostrou dois componentes que explicaram 60,4% da variância e se referem a dois fatores: o primeiro,

Equipamentos, com sete itens (17, 18, 19, 20, 21, 27 e 36) e o segundo, Laboratórios, também com sete itens (15, 22, 23, 24, 25, 28 e 39). Como o conteúdo desses itens é semelhante, decidiu-se verificar a confiabilidade da escala com todos os itens resultantes desta etapa. A Tabela 1.2 mostra as cargas fatoriais e os fatores selecionados para a escala, cujo alfa de Cronbach indica boa confiabilidade estatística (alfa = 0,91). Esse conjunto de itens fornece indicações para um posterior teste de confirmação da adequação e universalidade do instrumento.

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Equipamentos	Fator 2 Laboratórios
15	Existem materiais e equipamentos necessários para atendimento ao paciente com suspeita de alguma doença ou agravo de notificação compulsória.	0,492	0,551
17	Existe laboratório de análises clínicas para realizar os exames diagnósticos para suspeição das doenças de notificação compulsória.	0,844	0,40
18	Há uma rede de laboratórios que funciona adequadamente para realizar o diagnóstico para a confirmação das doenças de notificação compulsória.	0,801	0,136
19	Existem materiais ou insumos necessários à coleta dos exames diagnósticos.	0,677	0,500
20	Os materiais ou insumos necessários à realização dos exames diagnósticos são suficientes.	0,712	0,493
21	Os instrumentos e ferramentas existentes possibilitam o diagnóstico adequado e oportuno da doença ou agravo.	0,670	0,454
22	Existem materiais, equipamentos e instrumentos necessários à realização de bloqueios para o controle dos casos identificados e que exigem tal medida.	0,292	0,752
23	Existem medicamentos para o tratamento das doenças e agravos de notificação compulsória identificadas.	0,343	0,605
24	A estrutura física existente permite a realização das atividades de notificação compulsória sem causar transtornos ao atendimento ao paciente.	0,208	0,733
25	Os profissionais da saúde contam com os instrumentos (formulários, computadores ou outros meios) necessários para realizar a notificação.	0,005	0,753
27	O laboratório existente funciona no horário de atendimento ao paciente.	0,781	0,236
28	Os formulários de notificação são disponibilizados em quantidade e qualidade necessárias para as notificações, sejam eles impressos ou eletrônicos.	0,184	0,694
36	Há plantões nos laboratórios para realizar exames diagnósticos em horários noturnos, finais de semana e feriados.	0,634	0,167

39	Os recursos vinculados à saúde são bem aplicados e administrados.	0,212	0,699
----	---	-------	--------------

Método de Extração: Análise de Componente Principal;

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser^a.

^aRotação convergida em 3 interações.

Tabela 1.2 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação da Estruturação e Organização dos Serviços, após Rotação Oblíqua.

• Escala 1.3 – Organização da Rede de Atendimento ao Paciente

A Análise dos Componentes Principais mostrou que todos os seus itens (40, 41, 42, 43, 44 e 45), construídos originalmente, constituem-se de um único fator (Rede de Atendimento) com 50,5% da variância explicada. Considera-se que o ideal é que a variância seja superior a 60% — o que não ocorreu aqui por se tratar de fator único. No entanto, as cargas fatoriais foram superiores a 0,60 para todos os itens da escala (Tabela 1.3). Uma análise da consistência interna pelo método alfa de Cronbach mostrou valor igual a 0,80, indicando alta covariância entre os seis itens dessa escala conforme propostos originalmente.

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Rede de Atendimento
40	A área de cobertura pela Atenção Básica é adequada em termos de tamanho e número de profissionais da saúde para o atendimento à população.	0,624
41	Há hospital/unidade de referência para a transferência de pacientes quando necessário.	0,743
42	O fluxo que o paciente deve percorrer na Rede de Atendimento é bem definido	0,796
43	Há integração com outras unidades de saúde do município ou de outros municípios para garantir a notificação dos casos de notificação compulsória.	0,675
44	Nas transferências de pacientes entre redes de atendimento são observadas as questões relacionadas à notificação adequada de doenças e agravos de notificação compulsória.	0,744
45	Existe unidade de referência ou programas de controle para algumas doenças que são de notificação compulsória.	0,667

Método de Extração: Análise de Componente Principal;

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser^a.

^aRotação convergida em 1 interação.

Tabela 1.3 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação da Organização da Rede de Atendimento ao Paciente e respectiva carga fatorial para os itens componente de seu Fator.

• **Escala 1.4 – Estrutura de Comunicação Externa e Interna**

Nesta quarta e última escala proposta, dentro da categoria Estrutura, objetiva-se avaliar a estrutura de comunicação interna e externa dos serviços. A Análise dos Componentes Principais (ACP), com todos os 11 itens originalmente construídos, mostrou dois componentes principais que explicam 61,99% da variância. Observou-se que o principal componente reúne todos os itens, menos os itens 50 e 51, onde as cargas fatoriais são baixas e o conteúdo se refere à comunicação recebida pelos profissionais da saúde. Também, constatou-se que os itens 53 e 54 não se alocam apenas no fator 1. Optou-se por realizar a ACP da escala sem os itens 50 e 51, cujo resultado mostra uma escala de fator único (Estrutura de Comunicação), o que sugere seu uso dessa forma. Nessa configuração (com nove itens, excluindo somente os itens 50 e 51), o alfa de Cronbach foi de 0,90, de alta confiabilidade e se constitui na melhor configuração da escala para uso em processos avaliativos (Tabela 1.4):

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Estrutura de Comunicação
46	Há comunicação com a população/comunidade sobre as doenças de notificação compulsória e respectivos sintomas.	0,798
47	A população local é envolvida nas campanhas de comunicação realizadas no município sobre as doenças de notificação compulsória.	0,802
48	Há publicações ou comunicações internas frequentes sobre as doenças de notificação compulsória.	0,747
49	São repassadas aos pacientes informações sobre o que é uma notificação compulsória, sua importância e as situações nas quais ela deve ser realizada.	0,726
52	A notificação é incentivada aos profissionais da saúde.	0,659
53	Os membros das equipes de saúde compartilham informações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória.	0,704
54	Há um canal bem definido e conhecido de todos para a realização de notificações imediatas.	0,710
55	Os profissionais da saúde sabem como e quando devem fazer a notificação imediata de uma doença ou agravo de notificação compulsória.	0,810
56	Periodicamente são realizadas reuniões entre as equipes de saúde para discutir assuntos relacionados à notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.	0,764

Método de Extração: Análise de Componente Principal; 1 componente extraído.

Tabela 1.4 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação da Estrutura de Comunicação Externa e Interna e respectiva carga fatorial para os itens componente de seu Fator.

b) Categoria Processo

• Escala 2.1 – Processo de Notificação

A análise da Consistência Interna para a Escala de Avaliação da Forma como ocorre o Processo de Notificação resultou em oito fatores que explicam 66,4% da variância. No entanto, essa escala possui, originariamente, 28 itens; e a análise não pode ser realizada pelo método dos Componentes Principais, em função do tamanho da amostra (N = 96). Tentou-se, portanto, fazer a extração de dois fatores, porém, os resultados ficaram inconclusivos. Sugere-se então que a escala seja adotada em outros estudos, em amostras mais abrangentes para possibilitar a análise estatística, e, conseqüente, que seja usada pelos serviços de saúde para avaliação do processo de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.

• Escala 2.2 – Diagnóstico da Doença ou Agravado

A análise dos Componentes Principais mostrou dois fatores que explicam 66,6% da variância, mas com alfa de Cronbach baixo (alfa = 0,45), o que não fornece indicações de utilização para medida do construto, se usados os cinco itens construídos originalmente. Sugere-se, nessa escala, a inserção de mais itens, para que possam ser avaliados por amostras mais robustas e que possibilite resultar em instrumentos de maior grau de confiabilidade.

• Escala 2.3 – Conduta dos Pacientes e Familiares

Quatro fatores que explicam 67% da variância foi o que resultou da Análise dos Componentes Principais para esta escala, composta inicialmente de 11 itens, o que indica que eles não formam escala única. Diversas possibilidades foram verificadas pelo método de rotação varimax e a melhor solução mostrou dois fatores mais adequados e que explicam 67,5% da variância, quais sejam: Fator 1 – Dificuldades dos pacientes para a notificação, com sete itens (92, 94, 95, 96, 97, 98 e 99); e Fator 2 – Facilidades dos pacientes para a notificação, com dois itens (101 e 102) cuja confiabilidade da escala, medido pelo alfa de Cronbach, para os itens selecionados, foi de 0,77. (Tabela 2.3)

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Dificuldades dos pacientes para a notificação	Fator 2 Facilidades dos pacientes para a notificação
92	Há pacientes que não aceitam a notificação da doença ou agravo diagnosticado.	0,719	-0,67
94	Há pacientes que não dispõem das informações necessárias para a notificação (documentação, endereço etc.), o que gera a notificação incompleta.	0,794	0,030
95	A notificação é dificultada quando o paciente reside em outro município.	0,601	-0,114
96	Há situações em que os pacientes ou familiares não aceitam/autorizam notificar o caso identificado.	0,699	-0,171
97	Mudanças de endereços dos pacientes têm dificultado o acompanhamento dos casos.	0,785	0,104
98	Mudanças de endereços dos pacientes têm dificultado a realização de ações de bloqueio para controle dos casos identificados.	0,771	0,025
99	Há situações em que os casos identificados não são encerrados porque o paciente não faz os exames solicitados.	0,764	-0,042
101	A adesão ao tratamento pelo paciente tem facilitado o acompanhamento e o encerramento dos casos.	-0,096	0,960
102	A adesão da família ou familiares do paciente ao tratamento tem facilitado o acompanhamento e o encerramento dos casos.	0,010	0,963

Método de Extração: Análise de Componente Principal;

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser^a.

^aRotação convergida em 3 iterações.

Tabela 2.3 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação da Conduta dos Pacientes e Familiares, após Rotação Oblíqua.

• **Escala 2.4 – Natureza da Doença ou Agravo de Notificação Compulsória**

A Análise dos Componentes Principais dos seis itens dessa escala mostrou, inicialmente, que alguns têm pouca comunalidade. Foram identificados dois fatores que explicam 55,4% da variância (Fator 1: Facilitadores no Processo de Notificação – itens 104, 105 e 108; e Fator 2 – Dificultadores no Processo de Notificação – itens 106, 107, 108 e 109), o que sugeriu a manutenção de todos os itens da escala proposta (Tabela 2.4). Também, o alfa de Cronbach foi considerado baixo (alfa = 0,64), o que aponta a necessidade de uso dessa escala em estudos mais robustos, inclusive com a inserção de mais itens para melhor possibilidade de análise dos resultados.

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Facilitadores no Processo de Notificação	Fator 2 Dificultadores no Processo de Notificação
104	As doenças e os agravos de diagnóstico complexo (demorado por envolver vários tipos de exames) são mais fáceis de serem diagnosticados.	0,881	0,060
105	Doentes graves são mais fáceis de serem notificados.	0,843	0,142
106	O óbito do paciente tem sido fator dificultador da notificação da doença ou agravo.	0,308	0,489
107	A notificação é mais frequente em situações epidêmicas.	0,280	0,655
108	Os casos rotineiros atendidos ou que ocorrem com mais frequência são mais fáceis de serem identificados e notificados.	0,377*	0,329*
109	Em casos complexos (de difícil diagnóstico, de atendimento de emergência etc.), a notificação realizada depois, mas sempre notificada, para priorizar o atendimento ao paciente.	-0,144	0,839

* Interpretação ambígua

Método de Extração: Análise de Componente Principal;

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser^a.

^aRotação convergida em 3 iterações.

Tabela 2.4 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação dos Fatores que Facilitam ou Dificultam a Notificação em função da Natureza da Doença ou Agravo de Notificação Compulsória, após Rotação Oblíqua.

c) Categoria Resultado

• Escala 3.1 – Qualidade das Informações Geradas para a Vigilância em Saúde

Todos os 15 itens constitutivos desta escala mostraram, por meio da Análise dos Componentes Principais, cinco fatores que explicam 69,5% da variância. Diversas análises foram realizadas com o objetivo de melhorar a variância explicada e identificar os itens que formariam escala única. O item 110 apresentou 0,43 de comunalidade com os demais e, excluindo-o, a nova ACP encontrou variância explicada de 72%, mas com a escala ainda constituída de cinco fatores, o que mostra que seu uso não pode ser conduzido como escala única. A melhor alternativa para uso desse instrumento é a configuração apresentada na Tabela 3.1 que formam dois fatores de avaliação distintos: Qualidade das informações dos casos notificados (Fator 1 com seis itens: 114, 115, 116, 117, 118 e 119) e Qualidade das informações geradas para a Vigilância (Fator 2 com sete itens: 112, 120, 121, 122, 123, 124 e 125). Há, no entanto, outra alternativa para uso do instrumento de forma reduzida com foco em somente analisar a qualidade das informações dos casos notificados, utilizando-se

dos itens 115, 116, 117, 118 e 119, cujo alfa de Cronbach alcançou alta confiabilidade (alfa = 0,85).

Variável	Itens de avaliação	Fator 1 Qualidade das informações dos casos notificados	Fator 2 Qualidade das informações para a Vigilância
112	A boa qualidade do atendimento médico tem resultado na notificação adequada.	-0,285	0,609
114	A notificação nem sempre ocorre porque há determinados dias ou horários que a unidade não possui médicos ou enfermeiros.	0,452	0,092
115	Há grande volume de casos e por isso nem todos são notificados.	0,787	0,100
116	A notificação nem sempre é realizada em função do tempo gasto pelo profissional de saúde para notificar.	0,773	-0,210
117	São notificados somente alguns casos de doenças e agravos mais frequentemente atendidos na unidade de saúde.	0,762	-0,059
118	Somente alguns casos de doenças e agravos determinados pela gerência ou pela Vigilância Epidemiológica são notificados.	0,774	0,095
119	As notificações ocorrem apenas para algumas doenças ou agravos considerados de maior gravidade.	0,806	0,144
120	As informações geradas pelas notificações são utilizadas para a tomada de decisão.	-0,043	0,690
121	Os dados das notificações são retornados aos profissionais da saúde para conhecimento e tomada de decisões.	-0,82	0,732
122	A Vigilância Epidemiológica enfrenta dificuldades para a realização de busca ativa e de bloqueios para o controle dos casos notificados.	0,152	0,406
123	Os casos notificados são acompanhados e monitorados pelo setor ou Núcleo de Vigilância Epidemiológica.	-0,073	0,704
124	Os casos notificados são encerrados pelo setor ou Núcleo de Vigilância Epidemiológica.	-0,050	0,689
125	O uso de confronto entre os diversos sistemas de saúde (GAL, SIM etc.) é adotado com frequência com o objetivo de melhorar o desempenho do Sinan e comparar a qualidade das informações nele contidas.	0,026	0,624

Método de Extração: Análise de Componente Principal;

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser^a.

^aRotação convergida em 3 iterações.

Tabela 3.1 – Cargas Fatoriais dos Itens da Escala de Avaliação da Qualidade das Informações Geradas para a Vigilância em Saúde, após Rotação Oblíqua.

• Escala 3.2 – Avaliação – Cliente Interno

A Análise dos Componentes Principais mostrou sete fatores que explicam 67,9% da variância, mas sem interpretação possível. Realizou-se a rotação varimax para verificar as cargas fatoriais dos itens, como foi feito na escala 3.1. Também, nesse caso, os itens não apresentaram cargas fatoriais que justificassem a construção de uma escala única. Considera-se, ainda, que com 24 itens seria necessária uma amostra de cerca de 240 participantes, pelo menos. Dessa feita, esse conjunto de itens não se configura escala única, apesar de cada item ser válido para verificar aquilo que trata seu conteúdo.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A emergência e reemergência de doenças infecciosas, em nível global, tem colocado em alerta os gestores da saúde quanto à adequada estruturação dos serviços de atendimento às populações, sejam eles públicos ou privados. A vigilância epidemiológica assume lugar importante no processo de identificar oportunamente os casos suspeitos ou confirmados, com vistas à instituição de ações com a urgência e efetividade requeridas. Para verificar o nível de preparação dos serviços de saúde para o enfrentamento dos desafios que a vigilância tem enfrentado (LANA *et al.*, 2020), o monitoramento e a avaliação do desempenho da vigilância tornam-se ferramentas que possibilitam aos gestores a tomada de decisão, a partir do conhecimento da realidade vivenciada nos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2013).

Estudos têm mostrado que as notificações de doenças e agravos de notificação compulsórias, a partir de lista de doenças estabelecidas pelos governos brasileiros (MS, 2020), apresentam as denominadas subnotificações, como as relatadas por Prato *et al.* (2020), relativamente à COVID-19 no Brasil, o que interfere na tomada de decisões (COSTA *et al.*, 2013). Assim, a avaliação é instrumento que possibilita o diagnóstico das causas que levam a tais subnotificações, e as ferramentas disponíveis apontam para a condução de estudos que possam avaliar adequadamente os serviços de saúde para melhor se conhecer as realidades vivenciadas pela população assistida (KLEIN *et al.*, 2015). Foi nesse contexto que se propôs construir instrumentos que possibilitassem aos gestores da área da vigilância epidemiológica diagnosticar a estruturação dos serviços para que as notificações de doenças e agravos de notificação compulsória no Sinan melhor retratem a realidade da saúde dos brasileiros.

Utilizando-se métodos científicos rigorosos de validade e confiabilidade, foram construídas 10 escalas que totalizaram 149 itens de avaliação, as quais foram submetidas a uma amostra de trabalhadores de unidades de saúde públicas e privadas do Estado de Goiás, responsáveis pelas notificações de doenças e agravos de notificação compulsória identificados.

As análises realizadas resultaram em algumas escalas promissoras e outras

que merecem maiores estudos, principalmente devido ao número reduzido da amostra alcançada nesta investigação preliminar. Assim, este estudo pode ser considerado a primeira tentativa de identificar itens que possam vir a se constituir em escalas para avaliação dos processos estruturais que constituem os serviços de Notificação de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória no Sistema de Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). Além disso, apesar da dificuldade encontrada nessas análises, que objetivaram formar escalas, os itens construídos, a partir da vivência diária dos profissionais da saúde envolvidos nessa atividade, são úteis, pelo menos, para se realizar o *check-list* do funcionamento do objeto estudado. Observou-se que há itens construídos que não podem ser somados para se obter os escores para a validação das escalas, mas que, no entanto, são itens de avaliação importantes para diagnóstico organizacional.

O estudo em tela objetiva suprir a lacuna de conhecimentos no que concerne à inexistência de instrumentos construídos e validados cientificamente que possam avaliar os processos pelos quais percorrem todas as ações e informações que têm o propósito de gerar dados fidedignos sobre o surgimento de casos suspeitos ou confirmados de doenças e agravos de notificação compulsória. As escalas aqui propostas poderão servir de ponto de partida para avaliações pelos gestores dos serviços de saúde, assim como para novas investigações que possam validar os instrumentos propostos e, em etapa posterior, definir a padronização para sujeitos brasileiros — o que permitiria avaliar o nível de adequação de uma instituição ou região comparativamente a um ideal de funcionamento.

Como principal fragilidade deste estudo, menciona-se, principalmente, a complexidade do trabalho vivenciado pela vigilância nas unidades de saúde que enfrentam indisponibilidade de tempo, sequer, para realizar a notificação dos casos assistidos, conforme relatado em estudo de Melo *et al.* (2018), fator que pode ter refletido no baixo retorno dos formulários remetidos aos trabalhadores do setor. Além disso, como se pretendeu validar em estudo único todas as 10 escalas propostas, o tempo de resposta ao instrumento, mesmo que realizada eletronicamente, constituiu-se em fator dificultador para a adesão dos trabalhadores ao estudo. Assim, sugere-se que, em estudos futuros, as avaliações sejam conduzidas por área, ou seja, adotando-se apenas parte das escalas para cada processo avaliativo a ser conduzido, de maneira a encontrar maior adesão dos trabalhadores da área.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Universidade Estadual de Goiás pelo apoio na condução do projeto de pesquisa e pela concessão da Bolsa de Iniciação Tecnológica; os parceiros institucionais – Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás; o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação do CNPq pela bolsa de iniciação

científica concedida.

Em especial, agradecemos os participantes do estudo – servidores das Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Goiás e da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás – pela colaboração no desenvolvimento da pesquisa e/ou pela adesão voluntária ao processo de construção e de validação do instrumento. Também, a *Sara Fleury Lobo* (Gerência de Doenças e Agravos Transmissíveis do município de Goiânia), *Maria Cecília Martins Brito* e *Magna Maria de Carvalho* (Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado de Goiás), cujas participações foram fundamentais para o alcance dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva; FELISBERTO, Eronildo; BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; CESSÉ, Eduarda Ângela Pessoa; SAMICO, Isabella Chagas. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 1201-1216, 2013.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana, México, 1991.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**. 1999 Feb; 28(1): 10-18.

LANA, Raquel Martins; COELHO, Flávio Codeço; GOMES, Marcelo Ferreira da Costa; CRUZ, Oswaldo Gonçalves; BASTOS, Leonardo Soares; VILLELA, Daniel Antunes; CODEÇO, Cláudia Torres. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 36, n. 3, e00019620, Fev. 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/999/emergencia-do-novo-coronavirus-sars-cov-2-e-o-papel-de-uma-vigilancia-nacional-em-saude-oportuna-e-efetiva>>. acessos em 11 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00019620>.

MELO, M. A. S. **Identificação dos incidentes críticos na notificação de doenças no âmbito da Vigilância em Saúde**. Projeto de pesquisa. Universidade Estadual de Goiás, Campus Anápolis de Ciências Socioeconômicas e Humanas, 2014.

MELO, M. A. S.; DELA COLETA, M. F.; DELA COLETA, J. A.; BEZERRA, J. C. B.; CASTRO, A. M.; MELO, A. L. S.; TEIXEIRA, R. A. G.; GOMES, D. B.; CARDOSO, H. A. Percepção dos profissionais da saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, p. 1-17, 2018.

MS – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**. Publicado em: 19/02/2020, Edição: 35, Seção: 1, Página: 97.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª edição (2005) – 2ª reimpressão (2007). Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília / DF – 2007. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/2067/capitulo_3_%E2%80%93_sistemas_de_informacao_em_saude_e_vigilancia_epidemiologica.htm. Acesso em: 21 out. 2020.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª edição (2005) – 2ª reimpressão (2007). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª edição (2005) – 2ª reimpressão (2007). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília / DF – 2007.

MS – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica** – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília, DF> 05 ago. 2020. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/notas-tecnicas/docs/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em 27 out. 2020.

PRADO, Marcelo Freitas; ANTUNES, Bianca Brandão de Paula; BASTOS, Leonardo dos Santos Lourenço; PERES, Igor Tona; SILVA, Amanda de Araújo Batista; DANTAS, Leila Figueiredo; BAIÃO, Fernanda Araújo; MAÇAIRA, Paula; HAMACHER, Silvio; BOZZA, Fernando Augusto. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 32(2):224-228, 2020.

SANTOS, Marcela Lopes; COELI, Cláudia Medina; BATISTA, Joana d'Arc Lira; BRAGA, Maria Cynthia; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Pessoa Militão. Fatores Associados à subnotificação de tuberculose com base no Siana Aids e Sinan Tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 21: E180019, 2018.

SILVA, Gabriela Drummond Marques; BARTHOLOMAY, Patrícia; CRUZ, Oswaldo Gonçalves; GARCIA, Leila Posenato. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, 22 (10):3307-3319, 2017.

APÊNDICE 1

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL ADEQUAÇÃO DO SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

PARTE I – Pense em como as notificações de doenças ou agravos de notificação compulsória são identificados, notificados (comunicados às autoridades da Vigilância Epidemiológica por algum meio – telefone, mensagem eletrônica, preenchimento da ficha de notificação) e acompanhados na unidade de saúde onde você trabalha!

Marque a alternativa que melhor se aproxime do seu nível de concordância em relação a cada uma das afirmativas apresentadas, a saber: 5 – Concordo totalmente; 4 – Concordo em parte; 3 – Em dúvida (nem concordo e nem discordo); 2 – Discordo em parte; 1 – Discordo totalmente.

Escala Componente da categoria	Nr. Item	Itens de avaliação das Escalas NA UNIDADE DE SAÚDE ONDE TRABALHA.....
CATEGORIA 1: ESTRUTURA		
1.1 Escala de Avaliação da Estrutura de Recursos Humanos	1	A quantidade de recursos humanos existentes é adequada para a realização da notificação.
	2	Os profissionais da equipe de saúde detêm conhecimento sobre a lista de doenças e agravos de notificação compulsória.
	3	Os profissionais da saúde conhecem os Protocolos de Classificação que norteiam as condutas de identificação e tratamento das doenças e agravos de notificação compulsória.
	4	Os profissionais da saúde têm periodicamente capacitação sobre as doenças e os processos de notificação compulsória.
	5	As Regionais de Saúde disponibilizam capacitações aos profissionais da área.
	6	Há estabilidade (permanência na função) dos profissionais da saúde.
	7	Os profissionais da saúde participam dos treinamentos ofertados sobre as doenças e os processos de notificação.
	8	A maioria dos recursos humanos é concursada (efetiva).
	9	A maioria dos recursos humanos tem vínculo temporário (contratado, comissionado etc.).
	10	Há médicos nas especialidades necessárias para o atendimento, diagnóstico e tratamento das doenças de notificação compulsória.
	11	Os médicos possuem o conhecimento adequado sobre as doenças e agravos de notificação compulsória.
	12	A equipe é formada pelos profissionais adequados para atender às necessidades advindas dos processos de notificação compulsória.
	13	Há plano de carreira para os profissionais da saúde.
	14	Os profissionais da saúde têm autonomia para realizar suas tarefas.
1.2 Escala de Avaliação da Estruturação e Organização dos Serviços	15	Existem materiais e equipamentos necessários para atendimento ao paciente com suspeita de alguma doença ou agravo de notificação compulsória.
	16	Há estrutura de informática adequada para atender e notificar os casos de notificação compulsória.
	17	Existe laboratório de análises clínicas para realizar os exames diagnósticos para suspeição das doenças de notificação compulsória.
	18	Há uma rede de laboratórios que funciona adequadamente para realizar o diagnóstico para a confirmação das doenças de notificação compulsória.
	19	Existem materiais ou insumos necessários à coleta dos exames diagnósticos.
	20	Os materiais ou insumos necessários à realização dos exames diagnósticos são suficientes.
	21	Os instrumentos e ferramentas existentes possibilitam o diagnóstico adequado e oportuno da doença ou agravo.
	22	Existem materiais, equipamentos e instrumentos necessários à realização de bloqueios para o controle dos casos identificados e que exigem tal medida.
	23	Existem medicamentos para o tratamento das doenças e agravos de notificação compulsória identificadas.
	24	A estrutura física existente permite a realização das atividades de notificação compulsória sem causar transtornos ao atendimento ao paciente.
	25	Os profissionais da saúde contam com os instrumentos (formulários, computadores ou outros meios) necessários para realizar a notificação.
	26	Existe sala ou ambiente específico para realizar a notificação quando não realizada na sala de atendimento médico.
	27	O laboratório existente funciona no horário de atendimento ao paciente.

Escala Componente da categoria	Nr. Item	Itens de avaliação das Escalas NA UNIDADE DE SAÚDE ONDE TRABALHO.....
	28	Os formulários de notificação são disponibilizados em quantidade e qualidade necessárias para as notificações, sejam eles impressos ou eletrônicos.
	29	O Sinan é disponibilizado para a realização das notificações.
	30	O Sinan é integrado com outros sistemas de atendimento da saúde.
	31	Os processos de atendimento ao cliente são informatizados.
	32	Há um setor de vigilância epidemiológica na unidade.
	33	Há profissional ou unidade de vigilância que gerencia as notificações ocorridas.
	34	Há profissionais que são designados como responsáveis pelas notificações compulsórias.
	35	Os gestores organizam as férias e licenças dos profissionais da saúde sem que haja prejuízos ao processo de notificação.
	36	Há plantões nos laboratórios para realizar exames diagnósticos em horários noturnos, finais de semana e feriados.
	37	Os prontuários são eletrônicos.
	38	Existe Unidade de Vigilância em Zoonoses (CCZ ou correspondente) no município.
	39	Os recursos vinculados à saúde são bem aplicados e administrados.
	1.3 Escala de Avaliação da Organização da Rede de Atendimento ao Paciente	40
41		Há hospital/unidade de referência para a transferência de pacientes quando necessário.-
42		O fluxo que o paciente deve percorrer na Rede de Atendimento é bem definido
43		Há integração com outras unidades de saúde do município ou de outros municípios para garantir a notificação dos casos de notificação compulsória.
44		Nas transferências de pacientes entre redes de atendimento são observadas as questões relacionadas à notificação adequada de doenças e agravos de notificação compulsória.
45		Existe unidade de referência ou programas de controle para algumas doenças que são de notificação compulsória.
1.4 Escala de Avaliação da Estrutura de Comunicação Externa e Interna	46	Há comunicação com a população/comunidade sobre as doenças de notificação compulsória e respectivos sintomas.
	47	A população local é envolvida nas campanhas de comunicação realizadas no município sobre as doenças de notificação compulsória.
	48	Há publicações ou comunicações internas frequentes sobre as doenças de notificação compulsória.
	49	São repassadas aos pacientes informações sobre o que é uma notificação compulsória, sua importância e as situações nas quais ela deve ser realizada.
	50	A lista de doenças e agravos de notificação compulsória é disponibilizada aos profissionais da saúde de maneira acessível.
	51	Instruções ou manuais orientativos sobre como realizar a notificação são disponibilizados aos profissionais da saúde.
	52	A notificação é incentivada aos profissionais da saúde.
	53	Os membros das equipes de saúde compartilham informações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória.
	54	Há um canal bem definido e conhecido de todos para a realização de notificações imediatas.
	55	Os profissionais da saúde sabem como e quando devem fazer a notificação imediata de uma doença ou agravo de notificação compulsória.
	56	Periodicamente são realizadas reuniões entre as equipes de saúde para discutir assuntos relacionados à notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.

Escala Componente da categoria	Nr. Item	Itens de avaliação das Escalas NA UNIDADE DE SAÚDE ONDE TRABALHO.....
CATEGORIA 2: PROCESSO		
2.1 Escala de Avaliação da Forma como Ocorre o Processo de Notificação	57	As responsabilidades pela notificação são bem definidas e conhecidas por todos os profissionais da saúde.
	58	A responsabilidade pela notificação é de todos os servidores da equipe.
	59*	A notificação ocorre somente a partir dos dados do prontuário ou exame do paciente.
	60*	As notificações são realizadas somente no Núcleo ou Setor de Vigilância Epidemiológica.
	61*	Somente a enfermagem é responsável pela notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.
	62	Os médicos e enfermeiros possuem conduta padronizada de atendimento aos casos de doenças e agravos de notificação compulsória.
	63	A notificação é realizada na presença do paciente.
	64*	A notificação é preenchida à mão (manuscrita) nos formulários de notificação.
	65	A notificação é realizada de forma informatizada ou diretamente no Sinan.
	66	A espera do paciente pelo atendimento é realizada com rapidez
	67	Os casos de doenças e agravos de notificação compulsória são identificados ou diagnosticados oportunamente.
	68	Os casos notificados são acompanhados e encerrados no Sinan.
	69	A notificação é realizada a partir de resultados de exames diagnósticos dos casos que necessitam desta confirmação.
	70	Os laboratórios notificam a Vigilância Epidemiológica os casos identificados através de exames para auxiliar no processo de notificação.
	71	A farmácia da unidade de saúde informa à Vigilância Epidemiológica os casos identificados quando do fornecimento de medicamentos para auxiliar no processo de notificação.
	72	São realizadas buscas ativas nos prontuários, resultados de exames e/ou leitos de internação para melhorar a identificação dos casos de doenças ou agravos de notificação compulsória.
	73	São realizados os bloqueios para o controle dos casos identificados sempre que necessário
	74*	As notificações têm ocorrido tardiamente, após a saída do paciente.
	75*	Há demora na digitalização dos dados das notificações preenchidas à mão.
	76	Os serviços de emergência também realizam as notificações.
	77	A triagem adequada do paciente tem facilitado a identificação dos casos e a notificação.
	78	Os profissionais da saúde reconhecem a importância da notificação como instrumento de Vigilância Epidemiológica.
	79	Os membros das equipes de atendimento colaboram uns com os outros para que as notificações sejam realizadas adequada e oportunamente.
	80	Os médicos aceitam orientações da enfermagem nos processos de notificação.
81	Os enfermeiros aceitam orientações dos médicos nos processos de notificação.	
82	Os médicos notificam os casos por eles diagnosticados.	
83	Os médicos repassam os casos por eles identificados a outras pessoas para realizarem a notificação.	
84*	A notificação é realizada somente através de busca ativa em prontuários ou leitos.	

Escala Componente da categoria	Nr. Item	Itens de avaliação das Escalas NA UNIDADE DE SAÚDE ONDE TRABALHO.....
2.2 Escala de Avaliação da Forma como Ocorre o Diagnóstico da doença ou agravamento de Notificação Compulsória	85	Os exames para diagnósticos são realizados sempre que necessários.
	86	Os exames diagnósticos são realizados com rapidez.
	87	A notificação é realizada a partir dos sintomas e sinais e complementada com exames diagnósticos.
	88*	Com frequência ocorrem diagnósticos errôneos de algumas doenças ou agravamentos que são de notificação compulsória.
	89	Doenças ou agravamentos de maior gravidade são mais bem notificados.
2.3 Escala de Avaliação da Conduta dos Pacientes e Familiares	90	O curto tempo ocorrido entre o aparecimento dos sintomas da doença ou agravamento e a busca de atendimento médico pelo paciente tem facilitado a identificação oportuna dos casos.
	91	A adesão do paciente ao tratamento tem contribuído para a melhoria do trabalho da Vigilância Epidemiológica.
	92*	Há pacientes que não aceitam a notificação da doença ou agravamento diagnosticado.
	93*	Há notificações de forma incompleta por falta de informações que devem ser fornecidas pelo paciente (dados pessoais, endereço etc.).
	94*	Há pacientes que não dispõem das informações necessárias para a notificação (documentação, endereço etc.), o que gera a notificação incompleta.
	95*	A notificação é dificultada quando o paciente reside em outro município.
	96*	Há situações em que os pacientes ou familiares não aceitam/autorizam notificar o caso identificado.
	97*	Mudanças de endereços dos pacientes têm dificultado o acompanhamento dos casos.
	98*	Mudanças de endereços dos pacientes têm dificultado a realização de ações de bloqueio para controle dos casos identificados.
	99*	Há situações em que os casos identificados não são encerrados porque o paciente não faz os exames solicitados.
	100*	A falta de retorno do paciente na unidade de saúde dificulta o acompanhamento e encerramento dos casos diagnosticados/notificados.
	101	A adesão ao tratamento pelo paciente tem facilitado o acompanhamento e o encerramento dos casos.
	102	A adesão da família ou familiares do paciente ao tratamento tem facilitado o acompanhamento e o encerramento dos casos.
	103*	Com frequência o paciente vai embora sem que os profissionais da saúde tenham notificado a doença ou agravamento.
2.4 Escala de Avaliação de Fatores que Facilitam ou Dificultam a Notificação em função da Natureza da Doença ou Agravamento de Notificação Compulsória	104	As doenças e os agravamentos de diagnóstico complexo (demorado por envolver vários tipos de exames) são mais fáceis de serem diagnosticados.
	105	Doentes graves são mais fáceis de serem notificados.
	106*	O óbito do paciente tem sido fator dificultador da notificação da doença ou agravamento.
	107	A notificação é mais frequente em situações epidêmicas.
	108	Os casos rotineiros atendidos ou que ocorrem com mais frequência são mais fáceis de serem identificados e notificados.
	109	Em casos complexos (de difícil diagnóstico, de atendimento de emergência etc.), a notificação realizada depois, mas sempre notificada, para priorizar o atendimento ao paciente.

Escala Componente da categoria	Nr. Item	Itens de avaliação das Escalas NA UNIDADE DE SAÚDE ONDE TRABALHO.....
CATEGORIA 3: RESULTADOS		
3.1 Escala de Avaliação da Qualidade das informações geradas para a vigilância em saúde	110	A notificação ocorre sempre, independente do dia (inclusive feriados e finais de semana) e horário (diurno ou noturno) que o paciente é atendido.
	111	Todas as doenças e agravos de notificação compulsória são notificados assim que suspeitados.
	112	A boa qualidade do atendimento médico tem resultado na notificação adequada.
	113*	Nem todos os casos são atendidos e por isso não são notificados.
	114*	A notificação nem sempre ocorre porque há determinados dias ou horários que a unidade não possui médicos ou enfermeiros.
	115*	Há grande volume de casos e por isso nem todos são notificados.
	116*	A notificação nem sempre é realizada em função do tempo gasto pelo profissional de saúde para notificar.
	117*	São notificados somente alguns casos de doenças e agravos mais frequentemente atendidos na unidade de saúde.
	118*	Somente alguns casos de doenças e agravos determinados pela gerência ou pela Vigilância Epidemiológica são notificados.
	119*	As notificações ocorrem apenas para algumas doenças ou agravos considerados de maior gravidade.
	120	As informações geradas pelas notificações são utilizadas para a tomada de decisão.
	121	Os dados das notificações são retornados aos profissionais da saúde para conhecimento e tomada de decisões.
	122*	A Vigilância Epidemiológica enfrenta dificuldades para a realização de busca ativa e de bloqueios para o controle dos casos notificados.
	123	Os casos notificados são acompanhados e monitorados pelo setor ou Núcleo de Vigilância Epidemiológica.
	124	Os casos notificados são encerrados pelo setor ou Núcleo de Vigilância Epidemiológica.
125	O uso de confronto entre os diversos sistemas de saúde (GAL, SIM etc.) é adotado com frequência com o objetivo de melhorar o desempenho do Sinan e comparar a qualidade das informações nele contidas.	

PARTE II – Agora, precisamos saber o seu nível de concordância ou discordância com as frases a seguir apresentadas que dizem respeito ao processo de notificação de doenças ou agravos de notificação compulsória. Lembramos que a notificação diz respeito à comunicação oportuna às autoridades da Vigilância Epidemiológica por algum meio (telefone, mensagem eletrônica ou preenchimento da ficha de notificação), dos casos de notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.

Marque a alternativa que melhor se aproxime do seu nível de concordância em relação a cada uma das afirmativas apresentadas, a saber: 5 – Concordo totalmente; 4 – Concordo em parte; 3 – Em dúvida (nem concordo e nem discordo); 2 – Discordo em parte; 1 – Discordo totalmente.

Escala Componente da categoria	Nr. Item	Itens de avaliação da Escala
		SOBRE O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, POSSO AFIRMAR QUE ...
Continuação CATEGORIA 3: RESULTADOS		
3.2 Escala de Avaliação – Cliente Interno	126	O Sinan é um sistema que atende adequadamente às necessidades de notificação das unidades de saúde.
	127	A integração do Sinan com o sistema de atendimento ao paciente é necessária para facilitar o processo de notificação.
	128	A informatização do processo de atendimento ou a adoção de prontuários eletrônicos facilita o processo de notificação.
	129	A existência de Unidade de Vigilância em Zoonoses (CCZ ou correspondente) no município facilita a identificação de algumas doenças ou agravos de notificação compulsória.
	130	A existência de um setor/núcleo/CCIH de vigilância epidemiológica na Unidade de Saúde contribui para a notificação oportuna dos casos identificados.
	131	A existência de hospital ou unidade de referência para a transferência de paciente quando necessário facilita a notificação.
	132	O fluxo que o paciente deve percorrer na Rede de Atendimento quando bem definido facilita a identificação dos casos e a notificação.
	133	Parcerias ou integração com laboratórios e outras unidades de saúde do município e de municípios vizinhos facilita a identificação, notificação e acompanhamento dos casos de notificação compulsória.
	134	A existência de unidade de referência ou de programas de controle para algumas doenças que são de notificação compulsória facilita o processo de notificação.
	135*	A demora no atendimento ao paciente dificulta e pode inviabilizar a notificação.
	136	A estabilidade (permanência na função) dos profissionais da saúde facilita a notificação.
	137	O fato de os profissionais da saúde serem concursados (efetivos) facilita o processo de notificação.
	138*	A diversidade de atribuições dos profissionais da saúde dificulta a realização da notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.
	139	A área de cobertura da Atenção Básica ser adequada em termos de tamanho e número de profissionais da saúde para o atendimento à população facilita a identificação dos casos e a notificação.
	140*	O estigma (visão negativa que a sociedade tem) sobre determinadas doenças dificulta a identificação e a notificação de algumas doenças de notificação compulsória.
	141	A estruturação adequada do serviço de saúde (com recursos humanos, materiais, equipamentos etc.) favorece as notificações de forma oportuna.
	142	A realização de exames de forma oportuna e/ou rápida facilita a notificação.
	143	A internação do paciente facilita a identificação das doenças e agravos de notificação compulsória.
	144	Os casos atendidos fora da emergência são mais fáceis de serem identificados e notificados.
	145	A integração com outras unidades de saúde do município e de municípios vizinhos facilita a identificação, notificação e acompanhamento dos casos de notificação compulsória.
146*	Os atendimentos realizados fora da rede pública dificultam a identificação dos casos e correspondente notificação.	
147	O processo de notificação não é burocrático e atende às necessidades da notificação de forma oportuna.	
148	As fichas de notificação são adequadas ao processo de notificação.	
149	O nível de qualificação dos recursos humanos tem influência direta na qualidade das notificações de doenças e agravos de notificação compulsória.	

(*) Itens construídos na direção negativa e que deverão ter seus valores invertidos antes da realização das análises estatísticas. Para estes são esperados níveis de discordâncias, inversamente aos demais em que se esperam níveis de concordâncias.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adesão terapêutica 105, 122, 143

AIDS 57, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93

Amazônia 111

Ansiedade generalizada 105, 107, 108, 109

Assistência de enfermagem 26

Atenção básica 48, 59, 63, 82, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 103, 118, 120, 158

Automação laboratorial 64, 66

Avaliação de programas e instrumentos de pesquisa 37

C

Choque anafilático 26, 28, 30

Colo uterino 10, 79, 80, 103, 104

Coronavírus 15, 23, 38, 56

Covid-19 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 37, 40, 54, 57, 117, 118, 119, 147

D

Distúrbios psiquiátricos 105

E

Endometriose 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165

Enfermagem 4, 11, 12, 26, 27, 29, 30, 60, 82, 90, 92, 118

Equipe multidisciplinar 10, 26, 27, 102

Escleroterapia 122, 124, 125, 126, 127, 128

Estratégia Saúde da Família 41, 44, 85, 95, 118

H

Hanseníase 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176

Hematologia 64, 65, 66, 67, 69, 72, 74, 75

HIV 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93

L

Látex 26, 27, 28, 29, 30, 31, 70, 71

M

Maternidade 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9

Mortalidade 3, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 79, 80, 81, 96, 98, 101, 102, 117, 130

N

Neoplasia maligna 80

Neoplasias do colo do útero 95, 96

Notificação de doenças 37, 40, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 55, 56, 57, 59, 60, 62, 63

O

Obesidade 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 123, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

Obstetrícia 2, 3, 164

P

Pandemia 14, 15, 16, 22, 117, 119, 147

Paralisia infantil 32, 34, 35

Perfil epidemiológico 117, 119, 141, 142, 143, 144, 147, 153, 155, 164, 169, 174, 175, 176

R

Relato de caso 31, 105, 122, 126, 129, 136

Revisão narrativa 27, 64, 66, 96, 175

S

SARS-CoV-2 56

Saúde materna 2

Síndrome metabólica 129, 130, 131, 132, 133, 135

Sistema de informação de agravos de notificação 37, 39, 85, 145, 166

T

Teste cutâneo de diagnóstico 136

Transtorno do pânico 105, 106, 108, 110

V

Varizes 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128

Vigilância em saúde pública 37



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 5

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Saúde Coletiva:

Uma construção teórico-prática
permanente 5

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br