



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO
CIENCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS - PPGCSB

DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI

AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DE REGISTROS SOBRE
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (SRAG) POR COVID-19
NO ESTADO DO PERNAMBUCO

PETROLINA
2021

DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI

**AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DE REGISTROS SOBRE
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (SRAG) POR COVID-19
NO ESTADO DO PERNAMBUCO**

Documento apresentado para qualificação de
dissertação do Programa de Pós-Graduação
Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade
Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cheila Nataly Galindo Bedor

Coorientadoras: Prof^ª. Dra Patrícia Avello Nicola
Prof^ª. Dra Rosana Alves de Melo

**PETROLINA
2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

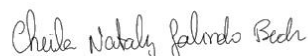
DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI

AVALIAÇÃO DA COMPLETITUDE DE REGISTROS SOBRE SÍNDROME
RESPIRATÓRIA AGUDA (SRAG) POR COVID-19 NO ESTADO DO PERNAMBUCO

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 17 de janeiro de 2022

Banca Examinadora



Cheila Nataly Galindo Bedor, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Luiza Taciana Rodrigues de Moura (10 de March de 2022 17:26 GMT-3)

Luiza Taciana Rodrigues de Moura, Doutora
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf



Rodrigo Feliciano do Carmo, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

DEDICATÓRIA

Aos amores da minha vida: Victor Amadeu que sempre caminhou comigo desde o início e ao meu filho Júlio César que nasceu enquanto almejava esta vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me guiar em passos seguros; A Ele toda honra e glória para todo sempre.

Aos meus pais Nataniel e Eulina, por serem exemplos de coragem e simplicidade;

Ao meu esposo Victor, companheiro de todas as horas, pela compreensão de minhas ausências e pelo incentivo;

Ao meu filho Júlio César, que nasceu em meio à pandemia, trazendo esperança de dias melhores e sentido à minha existência;

Aos meus irmãos, Andréa, Nathan e Daniel, pelo companheirismo e meu sobrinho Miguel por trazer alegria;

À minha querida orientadora professora Cheila Bedor, pelas orientações, paciência e dedicação que serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho.

Às minhas coorientadoras professoras Rosana Melo e Patrícia Nicola pelas orientações e por serem mulheres inspiradoras.

Às colegas de mestrado, Tiala e Karine por tornar a caminhada mais leve.

Agradeço também a CAPES; Univasf; ao PPGCSB pelo apoio a esta pesquisa.

EPIGRAFE

“Esquecemos o importante trabalho que uma natureza bem preservada desempenha na proteção contra infecções, epidemias e pandemias. Por isso, devemos fazer uma nova aliança com o ambiente, considerando-o como algo vital, como um suporte indispensável para a nossa própria existência.”

(Fernando Valladares e Piergiorgio Cattani)

RESUMO

A pandemia do coronavírus (SARS-CoV-2), causou uma grande preocupação em todo o mundo causando impactos não apenas na saúde, mas também impactos sociais, econômicos e políticos. Neste cenário, os dados epidemiológicos relacionados a COVID-19, doença causada por este vírus, tornaram-se de fundamental importância para a saúde pública. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade da completitude dos dados sobre Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 no estado do Pernambuco, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado em dados secundários. A coleta foi realizada a partir da extração de informações provenientes do banco de dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Foram selecionados todos os registros de SRAG por COVID no estado no período de março de 2020 a junho de 2021, perfazendo um total de 40.694 registros. As variáveis selecionadas para avaliação da completitude foram: dados de atendimento, dados sociodemográficos, variáveis clínico-epidemiológicas, conclusão do caso e vacinação. Os dados foram classificados nos seguintes graus de avaliação: excelente (quando a incompletude da variável for menor de 5%), bom (incompletude de 5 a 10% das variáveis), regular (incompletude de 10 a 20% das variáveis), ruim (incompletude de 20 a 50% das variáveis) e muito ruim (quando 50% ou mais das variáveis estiverem incompletas). Observou-se qualidade excelente de preenchimento para o critério de encerramento do caso (2,55% de incompletude). Para as variáveis epidemiológicas, a única classificada com qualidade excelente foi o campo “sexo” com o percentual de 0,08% de incompletude. As demais variáveis epidemiológicas destacaram-se com completitude ruim para o campo “raça/cor” (31,71%) e muito ruim para os campos “etnia” (99,95%), “escolaridade” (82,02%) e “ocupação” (97,92%). A variável “evolução do caso” que tem o objetivo de informar se o paciente evoluiu para a cura ou óbito, apresentou-se com completitude ruim (13,25%). Quanto as variáveis que se referem aos sinais e sintomas, apenas o sintoma “tosse” apresentou-se de qualidade regular. Os campos “febre”, “dispneia”, “desconforto respiratório” e “saturação O₂<95%” apresentaram qualidade de preenchimento ruim com 23,89%, 20,34%, 39,47% e 39,47% de incompletude, respectivamente. Os campos “dor de garganta”, “diarreia” e “vômito” destacaram-se com preenchimento muito ruim, com percentual de incompletude maior que 50%. Sobre os campos relacionados aos fatores de risco, todos apresentaram de qualidade muito ruim, ultrapassando 50% de campos incompletos. O campo que se refere aos dados de internação, houve um destaque de 73,96% de incompletude, sendo considerado de qualidade muito ruim. E finalmente analisou-se o campo vacinação COVID-19 que apresentou 72,85% em branco ou ignorados. Os resultados demonstram que dos dezoito campos analisados, dezesseis apresentaram-se de qualidade regular a muito ruim. Conclui-se que a análise realizada a partir de dados de má qualidade velam a compreensão da real magnitude da pandemia pela COVID-19, o que pode acarretar prejuízos no planejamento e controle da doença no estado.

Palavras-chave: Coronavírus, Pandemia COVID-19, Epidemiologia, Planejamento em saúde, Vigilância em Saúde Pública, Sistemas de informação em Saúde.

ABSTRACT

The coronavirus pandemic (SARS-CoV-2), caused a great concern around the world causing different impacts. In this scenario, epidemiological data related to the disease caused by this virus (COVID-19) have become of fundamental importance for public health. The aim of this study is to describe the completeness of the information system on Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) by COVID-19 in the state of Pernambuco, Brazil. This is a descriptive, cross-sectional study based on secondary data. Data collection was made by extracting information from the Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) database. All records of SARS by COVID-19 of hospitalized patients and those who died in the state of Pernambuco between March 2020 and June 2021 were selected. The variables analyzed for completeness were: hospital check-in data, sociodemographic variables, clinico-epidemiological variables, case conclusion and vaccination. Data were classified into the following grades of assessment: excellent (when the incompleteness of the variable is less than 5%), good (incompleteness of 5 to 10% of the variables), regular (incompleteness of 10 to 20% of the variables), poor (incompleteness from 20 to 50% of the variables) and very poor (when 50% or more of the variables are incomplete). Excellent filling quality was observed for the field of case conclusion (2.55% incompleteness). For the epidemiological variables, the only field that was classified as excellent quality was the field of "sex" with a percentage of 0.08% of incompleteness. The other epidemiological variables stood out with poor completeness for the "race/color" field (31.71%) and very poor for the "ethnicity" (99.95%), "education" (82.02%) and "occupation" (97.92%). The variable "case evolution", which aims to inform whether the patient progressed to cure or death, presented poor completeness (13.25%). As for the variables that refer to signs and symptoms, only the symptom "cough" was of regular quality. The fields "fever", "dyspnea", "respiratory discomfort" and "O₂ saturation<95%" presented poor filling quality with 23.89%, 20.34%, 39.47% and 39.47% of incompleteness, respectively. The fields "sore throat", "diarrhea" and "vomiting" stood out with very poor filling, with a percentage of incompleteness greater than 50%. The field that refers to hospitalization data, there was a highlight of 73.96% of incompleteness, being considered of very poor quality. And finally, the COVID-19 vaccination field was analyzed, which showed 72.85% of the fields blank or ignored. The results show that of the eighteen categories analyzed, sixteen were of fair to very poor quality. The analysis carried out based on poor quality data conceals an understanding of the real magnitude of the pandemic caused by COVID-19, which impairs the planning and control of the disease in the state.

Keywords: Coronavirus.COVID-19 pandemic. Epidemiology. Health planning. Public Health Surveillance. Health information systems.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Incompletude das variáveis dos casos de SRAG por COVID-19 notificados no Estado de Pernambuco disponibilizados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP/Gripe) – Março de 2020 a Junho de 2021	47
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das variáveis envolvidas no estudo	28
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo da coleta dos dados.....	27
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVCi	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
COVID-19	Coronavirus disease
CTC/PUC-Rio	Centro Técnico Científico da PUC-Rio
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
ESPIN	Emergência de Saúde Pública Nacional
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
NOIS	Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RT- PCR	Reverse transcription polymerase chain reaction
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SI	Sistema de Informação
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SIVEP Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCAR	Tomografia computadorizada de alta resolução
TEP	Tromboembolia Pulmonar
TR-Ac	Testes Rápidos para Pesquisa de Anticorpo
TR-Ag	Testes Rápidos para Pesquisa de Antígeno
TVP	Trombose Venosa Profunda
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 O Agente etiológico e a COVID-19.....	16
3.2 Diagnóstico e Tratamento da COVID-19.....	20
3.3 Transmissão e estratégias de controle.....	22
3.4 Sistemas de Informação em Saúde.....	23
4 METODOLOGIA	26
4.1 Desenho do estudo	26
4.2 População de estudo	26
4.3 Coleta de dados	26
4.4 Variáveis envolvidas no estudo.....	27
4.5 Análise dos dados.....	30
4.6 Aspectos éticos.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Manuscrito - Avaliação da completude dos dados do SIVEP- Gripe sobre COVID-19, Pernambuco – Brasil.....	31
5.1.1 Introdução	32
5.1.2 Métodos.....	34
5.1.2.1 Seleção das variáveis	36
5.1.2.2 Análise dos dados	36
5.1.3 Resultados.....	38
5.1.4 Discussão	38
REFERÊNCIAS	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXO A – CASOS DE SRAG - FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL	57
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	59
ANEXO C – DICIONÁRIO DE DADOS - FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS.....	63

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19, do inglês “coronavirus disease 2019” (doença por coronavírus 2019), é uma doença infecciosa, considerada como agravo de notificação compulsória, causada pelo vírus denominado coronavírus tipo 2. Este vírus se relaciona a quadros de SRAG (ACOSTA et al., 2021). Detectada pela primeira vez na cidade de Wuhan, a COVID-19 apresentou-se em surto, no qual muitos indivíduos infectados possuíam vínculo com um mercado de frutos do mar e animais, o que sugeriu inicialmente a hipótese de uma transmissão de animais para pessoas. No entanto, observou-se que um número crescente de pacientes que supostamente não tiveram exposição ao mercado de animais apresentavam a infecção, motivo que sugeriu uma ocorrência de disseminação de humano para humano (ANVISA, 2021a).

Em março do ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou como pandêmica a COVID-19 ao observar que em duas semanas o número de casos da doença fora da China aumentou 13 vezes e o número de países afetados foi triplicado. Neste período já tinha sido registrados mais de 118 mil casos em 114 países e 4.291 pessoas já tinham ido a óbito pela doença (OPAS, 2020c).

Segundo Estrela et al. (2020), os fatores que contribuem para a rápida disseminação do SARS-COV-2 (sigla do inglês que significa coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave) não estão atrelados apenas às características de patogenicidade do vírus ou sua alta transmissibilidade, mas também aos determinantes sociais. Silva (2021) afirma que a posição social do indivíduo é determinada por um contexto social que provoca dicotomias de saúde e doença, onde os grupos mais afetados pela pandemia da COVID-19 pertencem às classes mais pobres e menos escolarizadas. Cestari et al. (2021), afirmam que há grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo Sars-Cov-2 e que em decorrência de suas vulnerabilidades possuem associação ao risco aumentado de gravidade e morte pela COVID-19, por isso é de fundamental importância a implementação de estratégias de enfrentamento à doença de forma multifacetada e direcionadas para cada grupo populacional.

Ramos et al. (2016) apresentam o conceito de epidemiologia social como o modo pelo qual as condições sociais influenciam e determinam o processo saúde-doença das populações, ou seja, quando considerada na dimensão social, a epidemiologia revela-se como essencial para a geração de dados capazes de permitir a análise de processos de saúde e de adoecimento nos contextos social, político e econômico de uma determinada sociedade e em determinado momento histórico. Assim, a COVID-19 trouxe à luz uma discussão sobre os efeitos da desigualdade, causando a possibilidade de ser considerada por alguns estudiosos uma sindemia, conceito este definido como a interação de dois ou mais fatores de ordem social, política, ambiental, patológica ou econômica que interagem de forma a intensificar os problemas de saúde de um determinado indivíduo ou população (FIOCRUZ, 2020; SCOPEL; SCOPEL, 2021).

Conhecer o perfil das pessoas com COVID-19 em um país continental como o Brasil só é possível com a existência de sistemas de informações de vigilância epidemiológica (ROCHA et al, 2020). Atualmente, o sistema oficial para o registro dos casos e óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por SARS-CoV-2 no país é o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe - SIVEP-Gripe (SESAB, 2021).

Desde a pandemia de influenza pelo vírus (H1N1), em 2009, a vigilância epidemiológica realiza notificação de SRAG e de óbitos relacionados à influenza, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Com a ocorrência dos casos hospitalizados de COVID-19 o Ministério da Saúde passou a incorporar a investigação do vírus SARS-CoV-2, à vigilância de SRAG. (ROCHA et al., 2020; NIQUINI et al., 2020).

Os sistemas de informação em saúde (SIS) permitem a consolidação de dados, avaliação e monitoramento das ações relacionadas ao controle de doenças no país. Esses possuem como principais ferramentas a identificação da realidade epidemiológica e auxílio no planejamento em saúde, além da definição de prioridades para intervenção e a avaliação dos impactos das ações de controle de agravos (ROCHA et al., 2020).

Diante disso, surge a necessidade de construção de conhecimento que não se restrinja apenas a informações baseadas no controle do patógeno nas populações, mas que amplie a reflexão sobre o processo saúde-doença no

âmbito interdisciplinar. Assim, é importante considerar que os indicadores sociais, principalmente os relacionados a gênero, raça e classe, podem influenciar no prognóstico da doença, trazendo a luz da discussão o direito à saúde e o seu acesso universal e equitativo, apesar de ainda não se dispor efetivamente para toda a população brasileira (ESTRELA et al., 2020).

Para analisar e entender os casos de SRAG por COVID-19 é necessário contar com ferramentas que sejam capazes de mensurar, qualificar e orientar as ações adequadas para seu enfrentamento. Os sistemas de informação em saúde são os instrumentos adequados, não apenas na apresentação de dados e números, mas também na inter-relação com os fatores sociais. Contudo, para que sejam eficientes eles devem ser alimentados corretamente, com dados atualizados, completos e fiéis (CINTHO; MACHADO; MORO, 2016). Portanto, avaliar a qualidade do banco de dados do SIVEP-Gripe quanto à completitude de variáveis dos casos de SRAG por COVID-19 no estado de Pernambuco é imperativo.

Ademais, essa dissertação encontra-se organizada em introdução, objetivos gerais e específicos, referencial teórico, metodologia, resultado e discussões e considerações finais. Os resultados e discussões resultou em 1 Manuscrito intitulado: *Avaliação da completitude dos dados do SIVEP-Gripe sobre COVID-19, Pernambuco – Brasil.*

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da completitude dos dados sobre Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 no sistema de informação SIVEP-GRUPE do estado do Pernambuco, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Mensurar o quantitativo de registros de SRAG por COVID-19 no estado de Pernambuco;

- Descrever as taxas de omissão dos campos de preenchimento obrigatório e essencial segundo sua importância epidemiológica;
- Classificar a completude do preenchimento das variáveis conforme estratificação qualitativa: excelente, regular, bom, ruim e muito ruim.

33. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O Agente etiológico e a COVID-19

O vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus, anteriormente conhecido como novo coronavírus (2019-nCoV), é um agente zoonótico que surgiu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan na China. O agente etiológico é um RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae os quais foram isolados pela primeira vez em 1937 e descritos em 1965 parecidos com uma coroa em achados microscópicos. Desde então, a doença provocada pela infecção do coronavírus ficou denominada COVID-19 (do inglês Coronavirus Disease 2019) (LIMA, 2020; LANA et al., 2020)

Antes da pandemia do SARS-CoV-2, ocorreram os surtos da Síndrome Respiratória Aguda (2002) e da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) (2012). Todos estes três vírus pertencem a subfamília betacoronavírus, que infectam apenas mamíferos. Raramente, os coronavírus de animais podem infectar pessoas e se disseminar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. Até o momento, a existência de um reservatório silvestre do SARS-CoV-2 é desconhecida. Além desses três agentes epidemiologicamente mais importantes, há outros quatro tipos de coronavírus que podem infectar seres humanos (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2020b). Apesar das possíveis similaridades destes vírus, Zanardini e Zanardini (2021) afirmam que, filogeneticamente, o SARS-Cov-2 se distingue do SARS-CoV em 79% e do MERS-CoV em 50% e que em decorrência da pandemia do SARS-Cov-2, se faz urgente e necessária a vigilância epidemiológica devido à alta transmissibilidade entre humanos.

Quanto ao reservatório, até o momento o que se sabe é que os coronavírus são comuns em muitas espécies diferentes, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos. Diferente do que ocorreu com o MERS-CoV e o SARS-CoV-2 em que o coronavírus de animais foi transmitido para pessoas e se disseminou entre humanos, de acordo com Zanardini e Zanardini (2021), as estruturas moleculares do SARS-CoV-2 apresentam diferenças em determinados tipos de proteínas quando comparadas ao SARS-CoV e que a mutação do SARS-CoV-2 não aconteceu de forma aleatória. Os autores afirmam que os coronavírus de morcegos possivelmente continuam em mutação e que outros animais também possam estar sendo hospedeiros intermediários entre morcegos e humanos.

Em 31 de dezembro de 2019, a OMS recebeu um alerta epidemiológico sobre casos de uma pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan na China. Após um mês de dúvidas sobre o surgimento dos casos de infecção associadas a pneumonia destes pacientes, ainda não existiam evidências sobre o modo de transmissão do vírus, mas a OMS sugeria que a rota de transmissão ocorria pelo contato com gotículas respiratórias através da tosse e espirro de pessoas infectadas a menos de um metro de distância. (BRASIL, 2021). Aos poucos a doença passou a ser epidêmica em alguns países e em três de fevereiro de 2020, a infecção humana pelo novo coronavírus foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Em 11 de março de 2020 o vírus já se apresentava em 114 países, exigindo um trabalho em escala mundial para recuperação e controle da pandemia (OLIVEIRA et al., 2020; SILVA et al., 2021).

O primeiro caso da COVID-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 e em menos de um mês foi reconhecida a transmissão comunitária (BRASIL, 2020c). Em Pernambuco, o primeiro caso confirmado foi em 12 de Março de 2020, proveniente de dois viajantes vindos da Itália. Um ano após, o Estado já totalizava 11.807 mortes e estava no ranking do segundo estado com a pior taxa de letalidade do país, perdendo apenas do Rio de Janeiro (MEIRELES, 2020; LEITE, 2021). Em 05 de Julho de 2021, o estado já registrava 559.358 mil casos confirmados e 17.908 casos de óbitos (CIEVS, 2021).

Apesar da evolução do vírus SARS-CoV-2 ainda ser pouco conhecida, o consenso sobre sua transmissão é de que ocorre de três formas: 1) contato: quando há o contato direto com o portador do vírus; 2) por meio da exposição a gotículas respiratórias expelidas por uma pessoa infectada ao tossir ou espirrar há menos de 1 metro de distância; 3) por aerossóis - quando a contaminação ocorre por meio de partículas respiratórias menores (aerossóis) contendo vírus e que podem permanecer suspensas no ar e ser carregadas por distâncias maiores que 1 metro e por horas no ambiente (BRASIL, 2021b).

A fisiopatologia da COVID-19 decorre de uma sequência de eventos inflamatórios. Ao entrar no corpo humano, o vírus se multiplica nas vias aéreas superiores e inferiores. Essa fase é chamada de pré-sintomática ou de incubação. Nela, apesar de ainda não haver sintomas, indivíduos contaminados são capazes de infectar outras pessoas. Com o passar dos dias, o vírus SARS-COV-2 se dissemina e o corpo começa a apresentar respostas inflamatórias a essa invasão (BRASIL, 2021a).

Nesse período podem surgir os primeiros sintomas, como febre, coriza, dor ou inflamação na garganta, tosse seca, anosmia (ausência de olfato) e ageusia (ausência de paladar) (BRASIL, 2020a). Um detalhe importante é que em pacientes com COVID-19, ageusia e anosmia não são acompanhadas de obstrução nasal ou outros sintomas de rinite e isso ocorre porque possivelmente o vírus cause um dano direto nos receptores olfatórios e gustativos (VAIRA et al., 2020).

É importante ressaltar que nessa fase, algumas pessoas não desenvolvem nenhum sintoma da infecção: são os chamados casos assintomáticos, que também podem transmitir a COVID-19.

De acordo com Nasserie, Hitle e Goofman (2021), a infecção por COVID-19 tem sido associada a sintomas de longo prazo, mas a frequência, variedade e gravidade dessas complicações ainda não são totalmente bem esclarecidas. Segundo Silveira et al., (2021) um aspecto importante a se considerar é a relação da doença aos fatores de risco presentes no indivíduo, como, por exemplo, as condições desfavoráveis pré-existentes, uma vez que estão relacionadas ao percurso da doença que pode influenciar na recuperação clínica e no prognóstico do paciente.

Uma vez o indivíduo infectado, ocorre a inflamação nos alvéolos pulmonares levando preenchimento desses sacos de ar com líquido, prejudicando a troca gasosa. Essa inflamação é clinicamente denominada de infiltrado alveolar e são comumente encontrados em radiografia de tórax ou tomografia computadorizada (TC). Esses infiltrados costumam ter uma extensão limitada e inicialmente, são caracterizados por um padrão de vidro fosco nos achados tomográficos que significa edema intersticial em vez de alveolar. (BRASIL, 2020a; MARINI; GATTINONI, 2020).

Outra característica relatada consistentemente é uma cascata de coagulação altamente ativada, com micro e macro-trombozes disseminadas no pulmão e em outros órgãos. Além disso, os distúrbios de coagulação causam diversos eventos trombóticos arteriais, incluindo trombose venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (BECKER, 2020).

Atualmente a COVID-19 é reconhecida como uma doença de múltiplos órgãos com um amplo espectro de manifestações. Apresenta crescentes de efeitos persistentes e prolongados após a fase aguda da doença (depois de quatro semanas) causados por mecanismos fisiopatológicos como: dano endotelial, lesão microvascular; desregulação do sistema imunológico e estimulação de um estado hiperinflamatório, hipercoagulabilidade com trombose e macrotrombose. Além disso já está comprovado que a COVID-19 causa sequelas pulmonares, hematológicas, cardiovasculares, neuropsiquiátricas, renais, endócrinas, gastrintestinais e hepatobiliares e dermatológicas (NALBANDIAN et al., 2021).

Levando em consideração o perfil de disseminação da COVID-19 e os altos índices de casos graves, se faz necessário citar os fatores de risco e os que podem agravar o prognóstico de pacientes com COVID-19. Alguns estudos mostram que pacientes portadores de obesidade, doenças crônicas respiratórias, cardíacas ou de natureza multifatorial tinham um prognóstico agravado quando acometidos pela COVID-19 (YANG et al., 2020); (MACIEL et al., 2020); (SIQUEIRA et al., 2022).

3.2 Diagnóstico e Tratamento da COVID-19

No início da pandemia, a dificuldade na importação de insumos necessários à realização do diagnóstico foi um grande desafio para as ações de vigilância epidemiológica, cuja alta demanda desencadeou uma acirrada disputa pelos insumos entre os países (KROPF et al., 2021). Até o momento, o teste de RT-PCR (*Reverse transcription polymerase chain reaction*) tem sido o método padrão-ouro para o diagnóstico do SARS-CoV-2, tendo especificidade de quase 100%, e sensibilidade variando de 63% a 93% de acordo com o início dos sintomas do indivíduo e do comportamento do vírus. Para fins diagnósticos, a OMS recomenda a realização da RT-PCR para o SARS-CoV-2 em todos os pacientes sintomáticos (DIAS et al., 2020; SOUZA et al., 2021).

Além do RT – PCR também são realizados Testes Rápidos para Pesquisa de Antígeno (TR-Ag) para COVID-19 e para Pesquisa de Anticorpos (TR-AC). Os TR-Ag são utilizados para determinar se o indivíduo encontra-se infectado no momento da testagem. Seu método identifica fragmentos de proteínas do vírus em amostras coletadas do trato respiratório superior. A coleta da amostra é realizada por meio de swab com a finalidade de detectar a infecção ativa e pode ser realizado em pacientes no início dos primeiros sintomas (ANVISA, 2021b).

Já os TR-Ac baseiam-se em técnicas de detecção de anticorpos em amostras de sangue total, soro e plasma. A detecção de anticorpos das classes IgA, IgM e IgG contra o SARS-CoV2 por meio da técnica de ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) ocorre através dos testes sorológicos. Os anticorpos de fase aguda (IgA e IgM) são geralmente detectados em torno do 5º dia a partir do início dos sintomas. É importante ressaltar que os testes sorológicos não possuem boa especificidade e podem ter positividade cruzada pela infecção por outros vírus ou vacinação contra a influenza (DIAS et al., 2020). Como pode levar 21 dias ou mais após o início dos sintomas para que a soroconversão ocorra (ou seja, o desenvolvimento de imunoglobulina detectável IgM e ou anticorpos IgG para SARS-CoV-2), não se recomenda o teste sorológico isolado para o diagnóstico de infecção aguda por SARS-CoV-2 (NIH, 2021). Exames complementares também têm sido

utilizados para auxiliar no diagnóstico da COVID-19, como a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax, no entanto não se indica a sua realização isolada e nem para rastreamento da doença (DIAS et al., 2020).

Quanto ao tratamento da COVID-19, até Junho de 2020, a OMS havia publicado um resumo de revisões sistemáticas sobre potenciais terapêuticos para o tratamento. Após a análise de 24 opções de tratamento, nenhuma das opções apresentou evidências de qualquer benefício específico para tratar a COVID-19 (OPAS, 2020b; PIRES et al., 2021). Em Março de 2021 a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância sanitária) passou a aprovar o uso emergencial de alguns medicamentos para o tratamento de COVID-19 (Redensivir, Casirivimabe, Imdevimabe, Banlanivimabe, Etesevimab, Regkirona (regdanvimabe), Sotrovimabe, Baricitinibe após mostrarem benefícios na redução de hospitalizações (ANVISA, 2021c). Contraditoriamente, um ano antes da aprovação dessas medicações, mesmo com o cenário de incertezas, o Ministério da Saúde havia distribuído aos estados brasileiros 3,4 milhões de unidades dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina para uso em pacientes com formas graves da COVID-19. O protocolo previa cinco dias de tratamento e foi indicado apenas para pacientes hospitalizados. Em Junho do mesmo ano, houve a ampliação do uso da cloroquina para o tratamento precoce e inclusive para gestantes, crianças e adolescentes. A indicação ainda foi expandida para tratamento dos casos leves, moderados e graves. Tal orientação baseou-se prescrição à critério do médico, sendo necessária a vontade declarada do paciente ou o consentimento dos pais ou responsáveis legais, quando pacientes pediátricos ou incapacitados (ANVISA, 2020a). No entanto, estudos tem comprovado que a hidroxicloroquina e ivermectina podem apresentar riscos à saúde humana, principalmente toxicidade (MENEZES; SANCHES, SEQUER, 2020).

3.3 Transmissão e estratégias de controle

As estratégias de controle desde o início dos primeiros casos de infecção pelo SARS-Cov-2 têm sido a adesão a medidas de controle sanitário e não farmacológicas como o uso de máscaras, higiene das mãos, distanciamento

social, paralisação ou redução de atividades não essenciais como aquelas relacionadas à administração pública, atividades escolares, comerciais, industriais, de turismo, eventos, dentre outras (BARRETO et al., 2021). No dia 17 de janeiro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou o uso emergencial das duas primeiras vacinas que seriam aplicadas no Brasil. Entretanto, as estratégias de controle apresentaram-se e ainda são incertas, pois, mesmo as vacinas tendo apresentado potenciais resultados, a omissão e inércia do governo federal tem sido um agravante da pandemia no país (CASTRO, 2021).

A autorização pela ANVISA ocorreu em 17 de janeiro de 2021 (CASTRO, 2021). Sendo um país, que em outro momento havia se destacado por mobilizações antivacina, com o surgimento da pandemia, estas mobilizações foram reforçadas por motivações políticas e por apoiadores do governo federal que pouco tem impulsionado à vacinação (BUENO, SOUTO; e MATT, 2021). Principalmente, quando o governo federal lançou a campanha “O Brasil não pode parar”, que apresentava medidas contra o isolamento social e acabou gerando transtornos no enfrentamento à pandemia. A campanha posteriormente foi proibida pela justiça por não estar embasada em documentos técnicos que comprovassem a segurança e o direito à saúde da população (ANDES, 2020).

No Brasil, considerando o contexto de grande desigualdade social existente, ressalta-se que, há uma grande parcela da população vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso igualitário ao saneamento básico e em situação de aglomeração, e tudo isso potencializa o risco de adoecimento das doenças virais (WERNECK; CARVALHO, 2021; MOREL, 2021). Segundo dados do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2020 até nove de outubro de 2021, ocorreram no Brasil 21.567.181 de casos confirmados de COVID-19 e 600.829 mil óbitos pela doença, com uma taxa de letalidade de 2,8% (BRASIL, 2021b). Vale destacar que o número de casos confirmados de COVID-19 no Brasil tem sido amplamente subnotificado. Prado et al. (2020), analisando a subnotificação de COVID-19 no país, concluíram que as notificações de casos confirmados no representaram apenas 9,2% dos números reais. Estas estimativas esbarram na ausência de dados confiáveis, o que leva a uma dimensão desconhecida sobre o real

cenário e que também contribuem para medidas de controle inadequadas frente a pandemia (WERNECK; CARVALHO, 2021).

3.4 Sistemas de Informação em Saúde

A definição de Sistema de Informação (SI) baseia-se na composição de três elementos: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados que apresentam significados para quem os interpreta e o conhecimento é a percepção cognitiva da realidade. (FRANCO, 2015).

Na área da saúde, existem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que são definidos como um conjunto de elementos correlacionados entre si que tem a finalidade de coletar, processar, armazenar e distribuir as informações para a tomada de decisão das políticas de saúde. Seu principal objetivo é subsidiar informações para o planejamento e decisão tendo como premissa básica, a melhoria da qualidade e da atenção à saúde. (MARIM, 2010).

De acordo com Cunha e Vargens (2017) esses sistemas devem ser avaliados rigorosamente quanto à fidedignidade, atualidade e completitude. E definem a “fidedignidade” da informação quando o dado corresponde exatamente à realidade e do evento; a “atualidade” quando o dado é registrado e disponibilizado em tempo oportuno para o uso e “completitude” quando o dado abrange todas as características do evento. Ainda de acordo com Correia, Padilha e Vasconcelos (2014), o termo completitude é utilizado para caracterizar o grau de preenchimento das variáveis necessárias para responder a uma questão de um determinado problema.

Assim, a Ficha Individual de Notificação (FIN) deve ser preenchida pelas unidades de saúde para cada paciente quando a suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal (BRASIL, 2017). O Ministério da Saúde define como campos obrigatórios aqueles que inviabilizam a inclusão de investigação dos agravos no sistema e campos essenciais aqueles que apesar de não ser de preenchimento obrigatório, deve ser registrado por ser considerado dado necessário para a investigação do caso (BRASIL, 2005) (BRASIL, 2007).

No Brasil, o SIS é disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), criado em 1991, com atribuição de coletar, processar e disseminar as informações em saúde e população em geral já que disponibiliza dados de domínio público. O DATASUS um papel de grande importância na condução do processo de informação na saúde, pois mantém à disposição todos os sistemas utilizados no país, bem como, manuais, programas para download, podendo ser acessados pelos profissionais da saúde (RIBEIRO, 2017; FRANCO, 2015). Neste Departamento é possível obter acesso a informações de Vigilância Epidemiológica, que apresenta como principal ferramenta a padronização da coleta e o processamento dos dados sobre as doenças ou agravos de notificação no país, denominado Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2006).

O SINAN foi regulamentado em 1998 e desde então passou a ser obrigatória a alimentação regular da base de dados em todas as esferas de governo. Este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Sua utilização permite a realização do diagnóstico de saúde na população, podendo fornecer subsídios para elucidar causas das doenças emergentes, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão expostas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

Com o surgimento da pandemia de Influenza A (H1N1) e B, em 2009, a notificação de casos hospitalizados devido à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) também passou a ser realizada no SINAN. Desde então, esse tem sido utilizado para as notificações de agravos de importância epidemiológica (BRASIL, 2020b).

Em 20 de Março de 2020 quando foi declarada a transmissão comunitária da Doença causada pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) no país, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, passando a ser obrigatória a notificação imediata dos casos hospitalizados por SRAG no SIVEP-Gripe pelas unidades de saúde, ou seja, cada unidade de saúde seria responsável por notificar seus casos,

caracterizando a notificação de modo descentralizado (SESAB, 2021; BRASIL, 2020c)

Dentro do cenário de pandemia, a descentralização da investigação da SRAG pelas unidades de saúde possibilitou a notificação imediata dos casos visando principalmente a agilidade no processo. Entretanto, de acordo com Cappelari, Costa e Escobar (2021), a descentralização trouxe diversos desafios, dentre eles, a dificuldades dos profissionais da saúde em realizar as notificações, bem como necessidade de treinamentos, instabilidades do sistema e pouca disponibilidade dos profissionais em notificar, tendo em vista o excesso da carga de trabalho na pandemia.

Além disso, nos primeiros quatro meses da pandemia no Brasil, houve um elevado percentual de mortes por COVID-19 não ocorridos a nível hospitalar, e isso contribuiu para a subnotificação de dados relacionados à mortalidade por COVID-19. Assim, esse número excessivo de mortes naturais, também fortaleceu a hipótese de que o primeiro óbito por COVID-19 no Brasil, considerado como primeiro caso, pode ter ocorrido em momento anterior à data oficial, e esse fato possivelmente potencializou o fracasso das políticas públicas para o enfrentamento da COVID-19 no país (ORELLANA et al., 2020). Um levantamento realizado pela Vital Strategies, organização global composta por especialistas e pesquisadores que atuam com governos demonstrou, com base no Sivep-Gripe, que a subnotificação dos casos graves e mortes de COVID-19 omitiu pelo menos 30% de óbitos que deixam de ser divulgados nas estatísticas oficiais.-(FOLHAPRESS, 2021).

A pandemia da COVID-19 revelou fragilidades nos sistemas de saúde, os quais não estavam preparados para lidar com o número grande de infectados, principalmente quando as desigualdades da assistência exacerbam ainda mais o impacto da COVID-19 nas populações vulneráveis. Assim, este trabalho tem o intuito avaliar a qualidade da completude dos dados sobre Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 a fim de subsidiar informações necessárias para a melhoria das informações em saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado em dados secundários, que avaliou a completude dos dados sobre Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 no sistema de informação SIVEP-GRIPE do estado do Pernambuco, Brasil, no período de Março de 2020 a Junho de 2021.

4.2 População de estudo:

A população foi constituída por todos os casos notificados de SRAG por COVID-19 no Estado de Pernambuco, no período de Março de 2020 a Junho de 2021, mediante a disponibilização dos dados no sítio OPENDATASUS, do Ministério da Saúde. Utilizou-se os registros do banco de dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), que disponibiliza informações provenientes das fichas de notificação para SRAG por COVID-19 Não foi realizado cálculo amostral para este estudo, uma vez que se utilizou todo o universo de notificações realizadas no período em estudo.

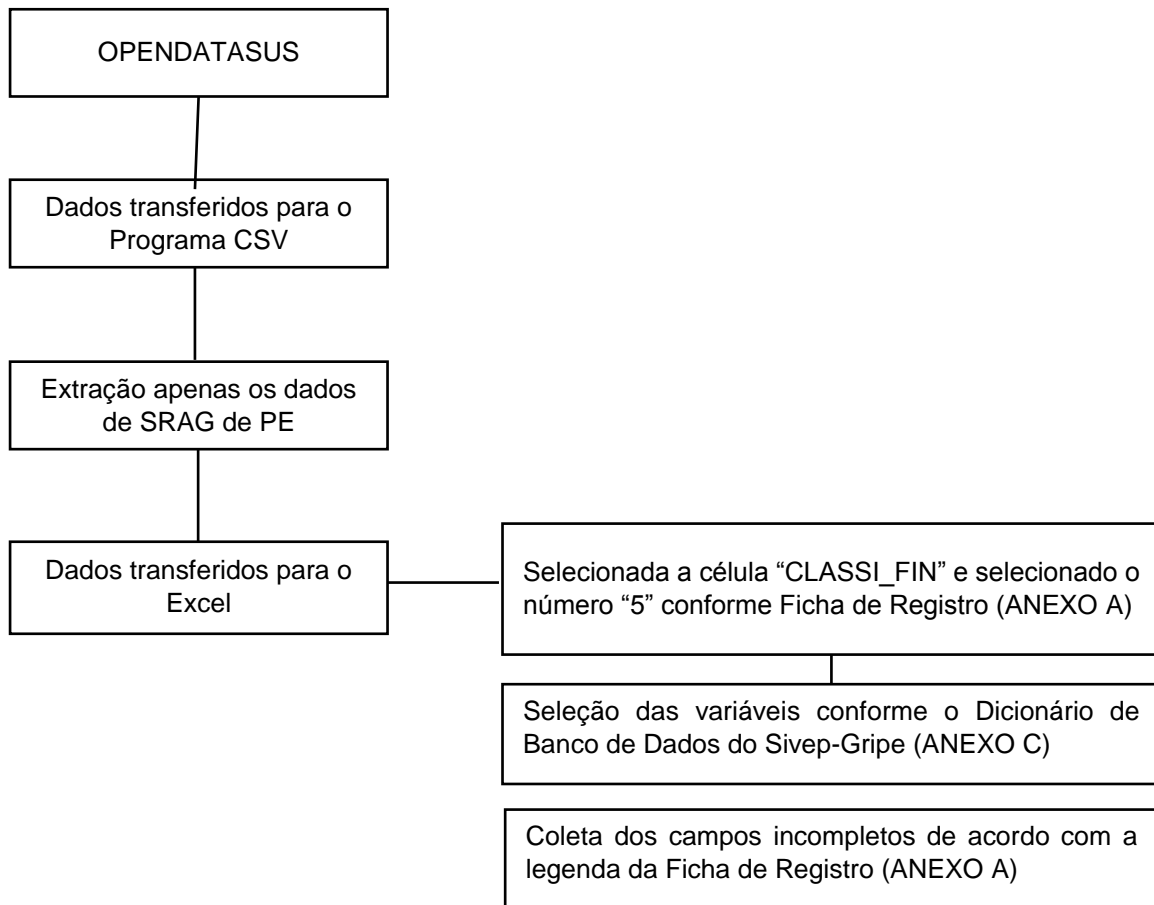
4.3 Coleta de dados

Utilizou-se os dados existentes na base de dados do SIVEP-Gripe relacionados à ficha de notificação/investigação para SRAG por COVID-19 disponibilizados no sítio eletrônico: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/bd-srag-2021>, do Ministério da Saúde.

O registro no sistema de informação é baseado nas fichas de notificações realizadas pelos profissionais da saúde no atendimento ao caso suspeito. Posteriormente estes dados são inseridos no sítio SIVEP-Gripe pelas equipes de vigilância epidemiológica que desenvolvem o serviço nas três esferas de gestão.

A ficha de registro, atualizada em 27 de julho de 2020, é composta por seis blocos, classificados como: dados do paciente, dados de residência, dados clínicos e epidemiológicos, dados de atendimento, dados laboratoriais e finalmente dados de conclusão, totalizando oitenta campos (ANEXO A). O Fluxograma da coleta de dados está descrito na figura 1

Figura 1 - Fluxo da coleta dos dados



Fonte: Elaboração própria, 2021

4.4 Variáveis envolvidas no estudo

As variáveis selecionadas para atingir o objetivo deste estudo estão representadas por: variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas-epidemiológicas, dados de atendimento e conclusão do caso (Quadro 1).

O critério para a escolha das variáveis baseou-se em conhecer a importância do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes

acometidos pela forma grave da COVID-19 durante o cenário da pandemia a fim de que esses resultados sirvam de subsídios para a elaboração de políticas públicas par ao enfrentamento da pandemia.

Quadro 1 - Distribuição das variáveis envolvidas no estudo

Variáveis	Campos	Categoria	Preenchimento na ficha de notificação	(Dicionário dados SRAG)
Sociodemográficas	Sexo	1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	Campo essencial*	CS_SEXO
	Raça/cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	Campo essencial**	CS_RACA
	Escolaridade	0-Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3- Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado	Campo essencial**	CS_ESCOL_N
	Ocupação	Tabela com código da Ocupação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Campo essencial**	PAC_COCBO
	Etnia	Nome e código da etnia do paciente, quando indígena.	Campo essencial**	CS_ETINIA
	Gestante	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não	Obrigatório*	CS_GESTANT

continua

Variáveis	Campos	Categoria	Preenchimento na ficha de notificação	(Dicionário dados SRAG)
Dados clínicos e epidemiológicos	Sinais e sintomas (febre)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	FEBRE
	Sinais e sintomas (tosse)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	TOSSE
	Sinais e sintomas (dor de garganta)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	GARGANTA
	Sinais e sintomas (dispnéia)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	DISPNEIA
	Sinais e sintomas (desconforto respiratório)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	DESC_RESP
	Sinais e sintomas (saturação O ₂ < 95%)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	SATURACAO
	Sinais e sintomas (diarréia)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	DIARREIA
	Sinais e sintomas (vômito)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	VOMITO
	Vacinação COVID-19	1-Sim 2- Não 9- Ignorado	Campo essencial**	VACINA
Fatores de risco	Puérpera	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	PUERPERA
	Doença cardiovascular	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	CARDIOPATI
	Doença hematológica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	HEMATOLOGI
	Síndrome de Down	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	SIND_DOWN
	Doença hepática	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	HEPATICA

Variáveis	Campos	Categoria	Preenchimento na ficha de notificação	(Dicionário dados SRAG)
	Asma	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	ASMA
	Diabetes	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	DIABETES
	Doença neurológica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	NEUROLOGIC
	Pneumopatia	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	PNEUMOPATI
	Imunodeficiência	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	IMUNODEPRE
	Doença renal	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	RENAL
	Obesidade	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Campo essencial**	OBESIDADE
Dados de atendimento	Houve internação?	1-Sim 2- Não 9- Ignorado	Campo essencial**	HOSPITAL
Conclusão	Critério de encerramento	1-Laboratorial 2-Clínico-epidemiológico 3-Clínico	Campo essencial**	CRITERIO
	Evolução do caso	1-Cura 2- óbito 3- Ignorado	Campo essencial**	EVOLUCAO

*Campo de preenchimento obrigatório: Aquele cuja ausência do preenchimento impossibilita o registro do caso;

**Campo de preenchimento essencial: Apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário para a investigação do caso.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

4.5 Análise dos dados

Para análise de dados e realização das tabelas descritivas e gráficos utilizou-se o banco de dados o Programa Microsoft Office Excel (versão 2013) e Modern CSV. Os dados foram coletados através de download na base de dados do SIVEP-Gripe (<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/bd-srag-2021>). Foi utilizado o dicionário de banco de dados do Sivep-Gripe. Para a coleta dos dados apenas de SRAG por COVID-19 selecionou-se a célula de classificação final do caso, denominada "CLASSI_FIN" e logo após o número "5", definido conforme ficha de registro "SRAG por COVID-19". Devido a

extensão do arquivo, os dados foram abertos no programa CSV para a seleção dos registros de SRAG por COVID-19 apenas do Estado de Pernambuco e transferidos para o programa Excel. De um universo de 86.566 registros de casos de SRAG no estado de Pernambuco, extraiu-se 40.694 confirmados de SRAG por COVID-19.

Para a descrição das taxas de completitude das variáveis foram calculados os percentuais dos campos em branco e ignorados e para a classificação qualitativa utilizou-se os escores descritos por Romero e Cunha (2006) que avalia a incompletitude: excelente (quando a incompletitude dos campos for menor de 5%), bom (incompletitude de 5 a 10% dos campos), regular (incompletitude de 10 a 20% dos campos), ruim (incompletitude de 20 a 50% dos campos) e muito ruim (quando 50% ou mais dos campos estiverem incompletos). Segundo Correia, Padilha e Vasconcelos (2014) essa análise é uma das mais utilizadas para a avaliação da completitude de dados em saúde, sendo a mais apropriada para a resposta dos objetivos deste estudo.

4.6 Aspectos éticos

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração, com base nos preceitos estabelecidos na Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). Esta pesquisa dispensou o Termo de Consentimento ou de Assentimento Livre Esclarecido.

Os procedimentos metodológicos foram aprovados pelo referido comitê, sob o registro CAAE: 50338321.9.0000.5198 (ANEXO B).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação da completitude dos dados do SIVEP-Gripe sobre COVID-19, Pernambuco – Brasil Completitude de dados do SIVEP-Gripe sobre COVID-19

RESUMO

OBJETIVO

Avaliar a qualidade da completitude dos dados de SRAG por COVID-19 no SIVEP-GRIPE do estado do Pernambuco, Brasil.

MÉTODOS

Utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Foram incluídos todos os registros de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 no estado de Pernambuco no período de Março de 2020 a Junho de 2021, totalizando 40.694 registros. Para avaliação da completitude utilizou-se a metodologia de Romero e Cunha (2006): excelente (incompletude menor de 5%), bom (incompletude de 5 a 10%), regular (incompletude de 10 a 20%), ruim (incompletude de 20 a 50%) e muito ruim (50% ou mais das variáveis incompletas).

RESULTADOS

Classificou-se como qualidade de preenchimento ruim: “raça/cor” e muito ruim para os campos: “etnia”, “escolaridade” e “ocupação”. Para a variável “evolução do caso” que objetiva informar a evolução do paciente para a cura ou óbito, obteve qualidade ruim. Quanto aos campos referentes a sinais e sintomas: “dor de garganta”, “diarreia” e “vômito” destacaram-se com preenchimento muito ruim; “febre”, “dispneia”, “desconforto respiratório” e “saturação O₂<95%” classificaram-se de qualidade ruim; os campos relacionados aos fatores de risco, todos apresentaram-se de qualidade muito ruim, com mais de 50% de incompletitude. O campo “internação” destacou-se de qualidade muito ruim e por fim, o campo “vacinação COVID-19” como muito ruim com 72,85% de incompletitude.

DISCUSSÃO

Os dados demonstram a fragilidade das informações de SRAG por COVID-19 alimentadas no sistema de informação SIVEP-Gripe. Tais lacunas prejudicam o planejamento de ações e políticas públicas direcionadas ao controle da doença.

CONCLUSÃO

Os dados apresentam-se de má qualidade. Dos trinta campos analisados, vinte e oito apresentaram-se de qualidade regular a muito ruim.

DESCRITORES

Epidemiologia. COVID-19. Sistema de Informação em Saúde. Pandemia.

¹ Manuscrito em construção a ser enviado para a Revista de Saúde Pública (link de instrução para autores: <https://scielosp.org/article/rsp/2021.v55/56/>)

5.1.1 INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica (VE), é considerada uma das mais antigas atividades de monitoramento em saúde. Com a pandemia da COVID-19 esse processo de monitoramento passou por inúmeros processos de inovação desde a notificação de casos de infecções, investigação laboratorial até o monitoramento dos óbitos¹. Nesse contexto, diversas ferramentas eletrônicas disponíveis contribuíram para facilitar o processo de vigilância dos casos, como por exemplo a utilização de sistemas de informações em saúde. Esses sistemas permitem a consolidação de dados, avaliação e monitoramento das ações relacionadas ao controle de doenças e possui como principais objetivos a identificação da realidade de determinada área geográfica e o auxílio ao planejamento em saúde².

No entanto há inúmeros desafios relacionados à qualidade dos dados alimentados, como por exemplo a baixa completude na qual pode gerar informações não fidedignas que comprometem as ações e a avaliação das medidas em saúde³. Os dados de saúde devem representar de forma fiel o perfil epidemiológico, pois análises realizadas a partir de dados de má qualidade podem prejudicar o acompanhamento da dinâmica da doença e a definição de prioridades para seu controle, além de enviesar as medidas de promoção à saúde⁴.

A notificação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Brasil é obrigatória e uma vez registrada no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), é coordenada pelo Ministério da Saúde para a implementação de estratégias de promoção e prevenção à saúde dos indicadores relacionados a COVID-19 no país². Esse sistema é utilizado pela vigilância Epidemiológica das instâncias estaduais e municipais para alimentação dos dados da doença baseados nas fichas de notificações de SRAG. Algumas unidades hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que possuem núcleo de epidemiologia também podem ter acesso ao sistema para a realização das notificações, o que caracteriza uma vigilância descentralizada, ou seja, possuem sistemas próprios para notificação de casos de SRAG e óbitos compartilhados com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde por digitação ou transferência dos dados^{3,5,6}. É importante ressaltar

que quanto mais descentralizada a notificação e a digitação dos dados, mais exata será a informação de dados epidemiológicos⁶.

De acordo com a Portaria GM/MS N° 1.792 de 21/07/2020, todos os profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional devem notificar os casos SRAG hospitalizado ou óbito por essa síndrome. A notificação em tempo hábil (prazo de 24 horas a partir da suspeita do caso ou do óbito) e a digitação dos dados no sistema de informação é a maneira mais adequada para subsidiar os gestores no planejamento das ações de controle, prevenção e gestão¹.

O termo completitude se refere ao registro de todas as informações necessárias para a inclusão dos casos nos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) e é através desse indicador que é possível avaliar a qualidade das notificações de um determinado agravo⁷. Entretanto, durante a pandemia evidenciou-se um atraso considerável na inserção das informações ao SIVEP-Gripe, possivelmente relacionado ao grande volume de internações⁸. Entretanto, as subnotificações de casos também evidenciam a fragilidade dos números oficialmente divulgados. Segundo Prado et al.⁹ (2020), o número real de casos de COVID-19 no Brasil foi 11 vezes mais alto do que o número oficialmente contabilizado.

No Estado de Pernambuco, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS/PE) é a unidade responsável pela detecção, monitoramento e coordenação às emergências em saúde pública. O sistema pode ser acessado pela internet e possui uma aba exclusiva para orientações, publicações e notificações de assuntos relacionados à COVID-19¹⁰. Avaliar a qualidade das informações relacionadas à COVID-19 é de extrema importância, pois é através dos sistemas de informações em saúde que se encontra a capacidade da gestão do SUS em direcionar medidas de controle¹¹. Deste modo, o presente estudo teve por objetivo avaliar a qualidade do banco de dados do SIVEP-Gripe no Estado de Pernambuco desde o surgimento da pandemia da COVID-19 no país até Junho de 2021.

5.1.2 MÉTODOS

O presente estudo utilizou dados secundários, de domínio público, do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) disponível sítio eletrônico <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/bd-srag-2021>.

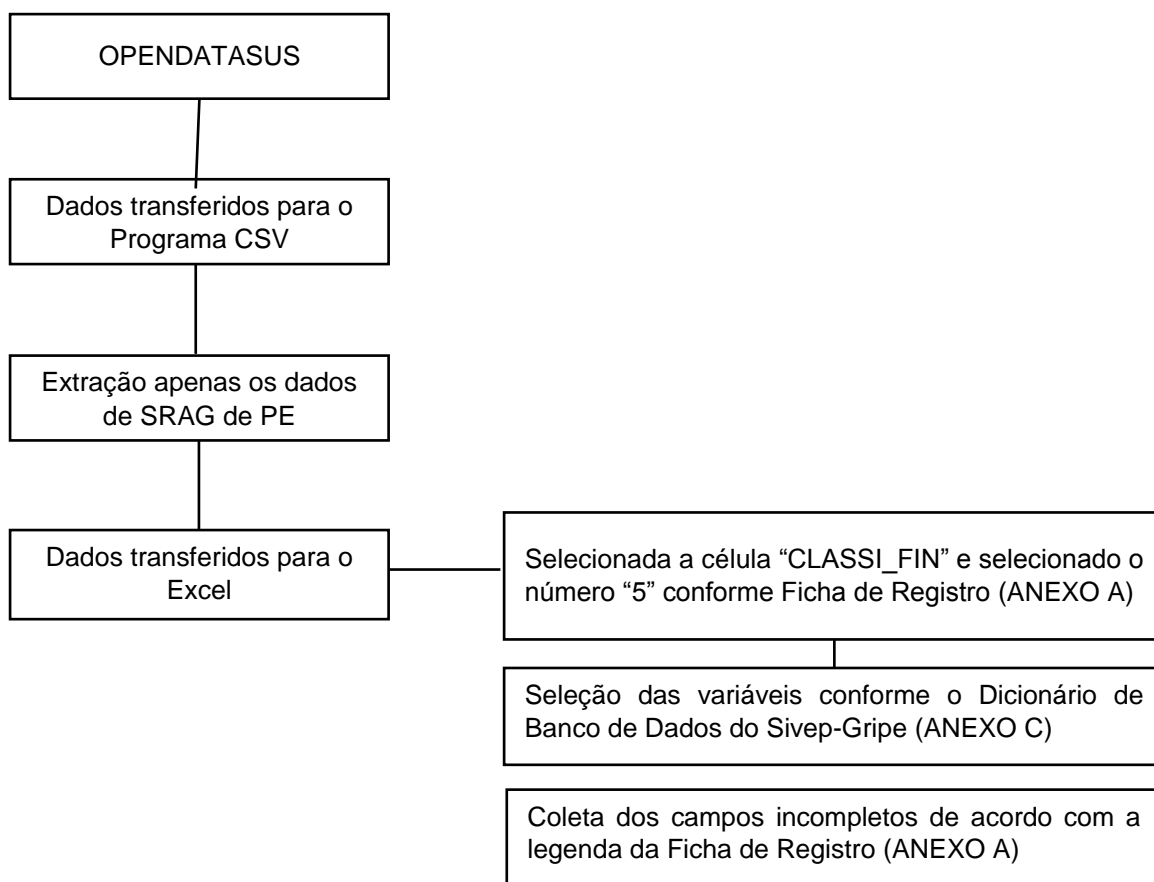
Foram extraídos todos os registros de casos hospitalizados e/ou óbitos confirmados por SRAG por COVID-19 no estado de Pernambuco, no período de primeiro de Março de 2020 a 30 de Junho de 2021, totalizando 40.694 registros. Não foi realizado cálculo amostral, uma vez que foi utilizado todo o universo de notificações realizadas no período em estudo. Os dados foram extraídos da plataforma através de *download* em oito de Julho de 2021. Cada campo possui uma codificação conforme exportação do banco de dados DBF. Para a interpretação das variáveis do banco de dados, utilizou-se como referência o Dicionário de Dados da ficha de registro individual de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizados do SIVEP-Gripe, disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Para a avaliação dos dados e elaboração das tabelas e gráficos utilizou-se os Programas Microsoft Office Excel (versão 2013) e Modern CSV.

As informações de SRAG por COVID-19 utilizadas neste estudo são disponibilizadas pelo SIVEP-Gripe através do preenchimento das fichas de notificações de SRAG. Conforme sua última atualização em 27 de julho de 2020, ela é composta por seis blocos, classificados como: dados do paciente/socioeconômicos, dados de residência, dados clínicos e epidemiológicos, dados de atendimento, dados laboratoriais e finalmente dados de conclusão, totalizando 80 variáveis.

Segundo o SIVEP-Gripe, os dados disponibilizados encontram-se passíveis de alterações decorrentes da investigação pelas equipes de vigilância epidemiológica.

Figura 1 - Fluxo da coleta dos dados



5.1.2.1 Seleção das variáveis

As variáveis escolhidas para a avaliação da completitude do estudo estão disponibilizadas no quadro 1. O critério para a escolha das variáveis baseou-se em conhecer a importância do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos pela forma grave da COVID-19 durante o cenário da pandemia a fim de que esses resultados sirvam de subsídios para a elaboração de políticas públicas de enfrentamento à pandemia.

5.1.2.2 Análise de dados

Os dados foram analisados através da metodologia descritiva, cujas informações são interpretadas sem a interferência do pesquisador, de acordo com os critérios de avaliação de qualidade de dados baseados nos escores

descritos por Romero e Cunha¹² (2006) classificados nos seguintes graus: excelente (quando a incompletude da variável for menor de 5%), bom (incompletude de 5 a 10% das variáveis), regular (incompletude de 10 a 20% das variáveis), ruim (incompletude de 20 a 50% das variáveis) e muito ruim (quando 50% ou mais das variáveis estiverem incompletas). Segundo Correia, Padilha e Vasconcelos¹³ (2014) essa análise é uma das mais utilizadas para a avaliação da completude de dados em saúde, sendo a mais apropriada para a resposta aos objetivos deste estudo. Para o processamento dos dados e mensuração do percentual de incompletude dos campos, foram aplicados filtros na base de dados, com seleção das variáveis e contabilização do percentual de campos de informações ignorada e em branco.

Considerou-se “campo completo” aquele cujo preenchimento é feito com o código que indique a existência do dado. Ou seja, que corresponda a um campo com informação conhecida pelo notificador. Os dados que apresentaram respostas “em branco”, “ignorado” e “não informado” foram considerados campos incompletos. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais entre as variáveis.

Os procedimentos metodológicos deste estudo foram apreciados por um Comitê de ética em Pesquisa e aprovado sob o parecer 4.892.986 de 09/08/2021.

5.1.3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados das variáveis com os números absolutos, com os percentuais de incompletude dos campos e a classificação de qualidade de preenchimento segundo Romero e Cunha¹² (2006).

A melhor qualidade do preenchimento foi evidenciada em variáveis menos subjetivas, como o “sexo” e “critério de encerramento”, essa última indica a confirmação do caso, consideradas como preenchimento obrigatório, obteve qualidade excelente, com percentual de incompletude respectivamente de 2,55%. A variável sexo, também de preenchimento obrigatório classificou-se como excelente, com 0,08% de incompletude. Já a variável gestante, considerada como campo de preenchimento obrigatório, destacou-se com a qualidade ruim (27,76%).

Quanto a qualidade do preenchimento das variáveis sociodemográficas, classificou-se como ruim para o campo referente à raça/cor (31,71%), seguido de muito ruim para: etnia (99,95%), escolaridade (84,02%) e ocupação (97,92%).

É importante ressaltar que o campo “ocupação” foi adicionado ao SIVEP-Gripe em 31 de março de 2020 e nesse período as notificações já estavam sendo realizadas, entretanto, observa-se que no período de dois a trinta de Março de 2020, há um quantitativo 288 registros, o que corresponde a 0,7% do total de casos no período em estudo (39.850). Este percentual não afeta o resultado “muito ruim” tendo em vista que mesmo com este acréscimo, a taxa de incompletude ultrapassa o percentual de 50%.

Quanto a etnia, a baixa incompletude verificada neste estudo foi alarmante, dos 40.694 registros de SRAG por COVID-19 disponibilizados no Sivep-Gripe, 99,95% encontram-se em branco.

Em relação às variáveis clínico-epidemiológicas, no campo “evolução do caso” que objetiva informar se o paciente com SRAG por COVID-19 evoluiu para cura ou óbito, 13,25% deles foram ignorados, o que mostra uma qualidade ruim de preenchimento.

Quanto a completitude dos campos relacionados aos sinais e sintomas clínicos, há um expressivo volume de dados ignorados e em branco. Além disso, houve uma desigualdade na qualidade do preenchimento entre eles, variando entre qualidade regular (tosse), qualidade ruim (febre, dispneia, desconforto respiratório e saturação $O_2 < 95\%$) e muito ruim (dor de garganta, diarreia e vômito). Para os campos relacionados aos fatores de risco, todos se destacaram com qualidade muito ruim com incompletitude acima de 50%.

Os dados sobre internação, que especifica se o paciente foi internado ou não, destacaram-se como qualidade muito ruim com o percentual de 73,96% dos campos em branco ou ignorados. E por fim, os campos referentes à vacinação também se apresentaram de qualidade muito ruim, com percentual de 72,85% de incompletitude.

5.1.4 DISCUSSÃO

De acordo com Santos et al.¹⁴ (2020), a subnotificação expressiva sobre os dados dos trabalhadores nos sistemas de informações em saúde no Brasil

ainda é incipiente, não revelando as ocupações mais acometidas, o que restringe a vigilância em saúde do trabalhador e inviabiliza a análise de risco entre as categorias de trabalhadores, além da compreensão daquelas mais vulneráveis neste contexto da pandemia. Quanto aos fatores relacionados a gestante, segundo Yin et al. (2020)¹⁵ mulheres grávidas encontram-se mais vulneráveis às formas graves da COVID-19, fator supostamente ocasionado pela tempestade de citocinas e hiperinflamação podendo aumentar também os riscos de distúrbios de desenvolvimento neurológico em neonatos.

De acordo com o Centers for Disease Control¹⁶ (2016), o conceito de etnia deve ser melhor explorado tendo em vista que este termo tem se limitado a definidores como sobrenome ou idioma, passando a ser ignorada a importância das experiências históricas e sociológicas. Segundo Araújo et al.¹⁷ (2020), esta falta de informação sobre a etnia representa não só um grande problema à implementação de políticas públicas de saúde, mas também caracteriza a falta de importância deste dado.

O estudo de Peres et al.¹⁸ (2021), que analisou 228.196 casos de internações hospitalares por coronavírus em 2019 no Brasil e a associação entre as características sociodemográficas e mortalidade hospitalar da COVID-19, concluiu que as características sociodemográficas apresentam forte associação com a mortalidade de pacientes acometidos pela doença. Segundo os autores, pacientes de raça/cor autodenominadas negra/pardas tiveram menos acesso às unidades de terapia intensiva, e quando esse acesso se materializava, estes pacientes utilizavam mais a ventilação invasiva, demonstrando condições potencialmente mais graves do que os pacientes brancos. O estudo concluiu que pacientes negros/pardos apresentam maior mortalidade que pacientes brancos, evidenciando as disparidades raciais e de acesso à saúde existentes no país.

Apesar da inclusão do campo raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde ser obrigatório desde 2017, com a publicação da Portaria nº 344 de 1º de Fevereiro de 2017¹⁹, este campo não foi considerado nas análises de situação epidemiológica da COVID-19 nos primeiros boletins do país, mesmo constando como campo de preenchimento essencial nas fichas de notificação de SRAG. A incorporação do campo raça/cor como categoria de análise se deu após ações do movimento negro¹¹. Entretanto,

Santos et al.²⁰ (2020), afirmam que apesar da inclusão deste campo nas fichas de notificação de COVID-19, a frequência de incompletude permanece quase o dobro dos casos registrados evidenciando a dificuldade de mensurar a abrangência da pandemia no Brasil na perspectiva da equidade, ao mesmo tempo em que se confirma a baixa adesão e interesse na utilização dessas informações disponibilizadas no sistema de saúde.

Quanto ao conhecimento do nível de escolaridade dos indivíduos acometidos pelo coronavírus, o Sivep-Gripe considera como campo de preenchimento essencial. Carvalho, Pires e Xavier²¹ (2020), afirmam existir uma relação entre vulnerabilidade de populações mais pobres e os fatores de risco para agravamento da COVID-19, sobretudo daqueles menos escolarizados. Neste contexto, é possível afirmar que a análise da completitude do campo “escolaridade” apresenta-se de forma insuficiente, tendo em vista que a qualidade muito ruim pode induzir a pouco incentivo às políticas públicas para esta população particularmente mais vulnerável.

De acordo com o Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), liderado pelo Departamento de Engenharia Industrial do Centro Técnico Científico da PUC-Rio (CTC/PUC-Rio), as diferenças de escolaridade também se refletem nos óbitos. Após a análise de 30 mil casos encerrados das notificações de SRAG confirmadas para COVID-19, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o NOIS concluiu que os indivíduos sem escolaridade tiveram taxas de óbitos três vezes maior que os de nível superior, confirmando que as desigualdades de renda, de acesso à saúde e aos serviços sanitários afetam diretamente no nível de impacto da doença nas classes sociais brasileiras²².

Assim, é possível verificar que os dados analisados não revelam a fidedignidade e exatidão das características socioeconômicas dos indivíduos hospitalizados ou que foram a óbito por COVID-19 no estado de Pernambuco, ao evidenciar a alta taxa de incompletude destas variáveis.

As disparidades raciais, a baixa escolaridade, a pobreza e a falta de saneamento são fatores que causam um efeito desproporcional no acesso aos cuidados de saúde²³. Assim, alguns autores têm considerado a COVID-19 como uma sindemia, definida como a relação entre duas ou mais doenças ou condições de saúde que se agrupam e interagem em um contexto de

desigualdades estruturais²⁴. Com base nisso, Allen e Feigl²⁵ (2017), sugerem chamar de “doenças de transmissão social”, destacando a natureza antropogênica e socialmente contagiosa destas. Peres et al.¹⁷ (2021) afirmam que há a necessidade de se implementar estratégias eficazes para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, a fim de reduzir as iniquidades causadas por fatores que vão além da fisiopatologia da doença.

Quanto às variáveis clínico-epidemiológicas, no campo “evolução do caso” observou-se uma qualidade de preenchimento ruim. De acordo com Maciel et al.¹¹ (2021), a baixa qualidade do preenchimento das informações em saúde não compromete apenas a análise epidemiológica, mas limita também o conhecimento da real dimensão da pandemia, inclusive sobre as diferenças e as desigualdades sociais dos afetados, fator que pode influenciar no desfecho da doença como a cura ou o óbito. Fato reforçado por Fortunato, Araújo-Lima e Gonçalves²⁶ (2020) que analisaram a evolução da COVID-19 frente ao cenário de desigualdades sociais e afirmam que os óbitos por COVID-19 têm se concentrado naquelas populações de maior vulnerabilidade social.

A ausência de conhecimento, treinamento dos profissionais e a sobrecarga das equipes da saúde sobre a importância do preenchimento correto da ficha de notificação é citada na literatura como um dos motivos para a qualidade ruim das notificações^{27, 28}.

Em relação aos campos relacionais à sinais e sintomas, chama atenção que nenhum dos oito campos relacionados apresentaram preenchimento excelente ou bom. De acordo com Moreira²⁹ (2021), países de baixa e média renda que apresentam dificuldade em realizar testagem em massa, acabam priorizando a definição do caso baseado na sintomatologia. Assim, o diagnóstico presuntivo e a ausência de ampla testagem para o diagnóstico da COVID-19 geram a extrema necessidade de conhecer a extensão da doença por meio da alimentação de dados referentes à sintomatologia clínica. Ainda no bloco das variáveis clínico-epidemiológicas, os campos sobre os fatores de risco destacaram-se apresentando qualidade muito ruim. De acordo com Moreira e Martins (2022)³⁰ a hipertensão, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares estão associadas aos fatores de risco para o

agravamento da COVID-19, inclusive na influência na mortalidade desses indivíduos.

Em 23 de Março de 2021, com a implantação da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil, o campo referente à vacinação passou a ser inserido no Sivep-Gripe. Com essa nova variável, passou-se a exigir que as unidades de saúde públicas e privadas notificadoras informem se o paciente hospitalizado com SRAG foi vacinado ou não, qual a data da primeira e da segunda vacina, e a numeração dos lotes de ambas as vacinas. Para a avaliação da completude dos campos sobre o registro de informação da vacina da COVID-19, extraiu-se os dados a partir de 26 de Março (que foi inserido o campo “vacinação COVID-19”) até 30 Junho de 2021, totalizando um quantitativo de 7.257 registros. Destes, 5.287 encontravam-se vazios ou ignorados, o que corresponde a um percentual de 72,85% de incompletude, sendo considerado de qualidade muito ruim.

Conclui-se que nenhuma das variáveis clínicas apresentaram qualidade boa e isso mostra a baixa qualidade do banco, que não representa o real perfil epidemiológico do agravo. Além disso, é importante ressaltar que estes dados referem-se ao banco de dados que disponibiliza apenas os registros de notificações dos casos hospitalizados ou que foram a óbito, mas que deveriam apresentar, no mínimo, as informações essenciais. A inexistência dessas informações contribui para um cenário ilusório, de falso controle da pandemia e indutor ao colapso dos sistemas de saúde.

Com vistas às intervenções sobre as necessidades de saúde da população, se faz necessário que os Sistemas de Informação em Saúde sejam rigorosamente valorizados e reconhecidos como ferramentas de gestão e controle, principalmente em cenários de pandemia.

Considerando que é através da alimentação dos sistemas de saúde que é possível visualizar a situação de saúde do estado, é possível afirmar que os dados apresentados neste estudo concluem que é abissal as taxas de incompletude das informações de saúde, o que torna extremamente frágil qualquer afirmação sobre o real perfil dos pacientes hospitalizados ou que foram a óbito por COVID-19 no Estado de Pernambuco.

Faz-se necessária a educação dos profissionais de saúde para que evitem deixar os campos em branco ou que preencham como “ignorado”. Bem

como a avaliação contínua da qualidade das informações no Sivep-Gripe considerando que a identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades e do impacto da pandemia só será possível a partir informações completas.

REFERÊNCIAS

1 - BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.792 de 21 de Julho de 2020. Altera a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. 2020 [citado 2021 set 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1792_21_07_2020.html

2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Brasília. 2020 [citado 2021 abr 23]. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>

3 - Rocha MS, Bartholomay P, Cavalcante MV, Medeiros FCD, Codenotti SB, Pelissari DM et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020; 29(1):e2019017. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100009>

4 - Siqueira PC, Noia MEL, Castro CR, Brioschi AP, Silva TCC, Prado TN. Completude das fichas de notificação de febre amarela no estado do Espírito Santo, 2017. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*. 2020;29(3). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300014>

5 – Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, Cruz OG, Coelho FC, Carvalho LM et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Caderno de Saúde Pública*. 2020;36(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149420>

6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 4ª edição. Brasília, 2021 [citado 2021 set 15]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/

7 - Braz RM, Tauil PL, Santelli ACFS, Fontes CJF. Avaliação da completude e da oportunidade das notificações de malária na Amazônia Brasileira, 2003-2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(1):21-32.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100003>

8 - Cappelari BE, Costa EP, Escobar AR. Covid-19 e a descentralização do processo de notificação de síndrome respiratória aguda grave para as unidades notificadoras no município de porto alegre: relato de experiência.

In.: Congresso Internacional de Saúde. 2021 [citado 2021 ago 13]. Rio Grande do Sul. Disponível em:

<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19820>

9 - Prado MF, Antunes BBP, Bastos LSL, Peres IT, Silva AAB, Dantas LF et al. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2020;32(2):224-228. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200030>

10 – PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. Formulários eletrônicos para notificação compulsória imediata. 2021 [citado 2021 out 03]. Disponível em: <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>

11 - Maciel EL, Jabor PM, Gonçalves JrE, Siqueira PC, Prado TN, Zandonade E. Estudo da qualidade dos Dados do Painel COVID-19 para crianças, adolescente e jovens, Espírito Santo – Brasil, 2020. *Escola Anna Nery*. 2021;25. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0509>

12 – Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(3):673-681.

13 - Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(11):4467-4478. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>

14 - Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MC, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>

15 – Yin M, Zhang L , Deng GT, Han CF , Shen MX , Sun HY et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection during pregnancy in China: a retrospective cohort study. *MedRxiv*, 2020.

16 - CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Use of race and ethnicity in public health surveillance. *CDC's Healthcare Infection Control*

Guidelines. In.: Workshop. 2016 [citado 2021 set 16]. Disponível em: <https://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000330/P0000330.asp>

17 - Araújo EM, Caldwell KL, Santos MPA, Souza IM, Rosa PLFF, Santos ABS et al. Morbimortalidade do COVID-19 por raça / cor da pele / etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saúde em Debate*. 2021;44:191-205. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E412>

18 - Peres IT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Dantas LF, Antunes BBP et al. Sociodemographic factors associated with COVID-19 in hospital mortality in Brazil, *Public Health*. 2021;192:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.005>

19 - BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017 [citado 2021 set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html

20 - Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*. 2020;34(99):225-244. <https://doi.org/10.1590/s01034014.2020.3499.014>

21 - Carvalho L, Pires NL, Xavier LL. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings*. 2020;21.

22 - CTC (Centro Técnico Científico/Puc-Rio). Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS. 2020 [citado 2021 ago 10]. Disponível em: <https://www.ctc.pucrio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois>

23 - Batista A, Antunes A, Faveret G, Peres I, Marchesi J, Cunha JP et al. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Nota Técnica 11. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). 2020 [citado 2021 set 13]. Disponível em: <https://ponte.org/wpcontent/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>

24 - Friedrich K, Gurgel AM, Bedor CNG, Augusto LGS, Sarpa M, Kuhn M et al. Agronegócio e pandemia no Brasil uma sindemia está agravando a pandemia de COVID-19?. IPEN/ ABRASCO. 2021 [citado 2021 out 03]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2021/05/SUMARIO-EXECUTIVO-RELATORIO-IPEN_atualizado_23.04.21.pdf

25 - Allen LN, Feigl AB. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *The Lancet Glob Health*. 2017; 5(7):e644-e646. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30200-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30200-0)

26 – Fortunato RA, Araújo-Lima C, Gonçalves LP. COVID-19 no Brasil: a evolução da doença num cenário de desigualdades sociais. *Middle Atlantic Review of Latin American Studies*. 2020;4(1).

27 – Moreira RS. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à COVID-19 no Brasil: resultados da PNAD-COVID19. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00238420>

28 - FIOCRUZ. Qualidade dos dados de vacinação nas unidades de saúde de atendimento para Covid-19. Nota técnica 20 de 08 de setembro de 2021. 2021 [citado 2021 set 16]. Disponível em https://bigdatacovid19.ict.fiocruz.br/nota_tecnica_20.pdf

29 - Alvares JK, Pinheiro TMM, Santos AF, Oliveira GL. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007-2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015.

30- MOREIRA, W. da C.; MARTINS, W. Análise dos fatores associados à mortalidade por COVID-19 em uma cidade de tríplice fronteira. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 11, n. 1. 2022.

Quadro 1 - Variáveis analisadas quanto a completude dos registros sobre SRAG por COVID-19 no estado de Pernambuco, Brasil de Março a Junho de 2021

<p>Campos obrigatórios:</p> <p><u>Critério de Encerramento</u> (1- Laboratorial, 2- Clínico Epidemiológico, 3- Clínico, 4- Clínico-Imagem),</p> <p><u>Gestante</u> (1-1º Trimestre, 2-2º Trimestre, 3-3º Trimestre, 4-Idade Gestacional Ignorada, 5-Não, 6-Não se aplica, 9-Ignorado).</p> <p><u>Variável sociodemográfica:</u> Sexo* (1- Masculino, 2- Feminino, 9- Ignorado)</p>
<p>Campos essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variáveis sociodemográficas: <ul style="list-style-type: none"> <u>Raça/Cor</u> (1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9-Ignorado), <u>Ocupação</u> <u>Etnia se indígena</u> <u>Escolaridade</u> (0-Sem escolaridade/Analfabeto, 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série), 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série), 3-Médio (1º ao 3º ano), 4-Superior, 5-Não se aplica, 9-Ignorado). <p>Campos essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variáveis clínicas e epidemiológicas:

<u>Sinais e Sintomas presentes</u> (1-Sim, 2-Não, 9-ignorado)
<u>Sintomas</u> (Febre, Tosse, Dor de Garganta, Dispneia, Desconforto Respiratório, Saturação O ₂ < 95%, Diarreia, Vômito, Dor abdominal, Fadiga, Perda do olfato, Perda do paladar, Outros)
Fatores de risco/comorbidades: (Puérpera, Doença cardiovascular, Doença hematológica, Síndrome de Down, Doença hepática, Asma, Diabetes, Doença neurológica, Pneumopatia, Imunodeficiência, Doença renal e Obesidade)
<u>Internação</u> (1-Sim, 2-Não, 9-ignorado)
<u>Evolução do caso</u> (1-Cura, 2-Óbito, 3-Óbito por outras Causas, 9-Ignorado)
<u>Vacinação COVID-19.</u>

*A variável sociodemográfica Sexo (1- Masculino, 2- Feminino, 9- Ignorado) está inclusa nesta seção por ser campo de preenchimento obrigatório

Tabela 1 - Incompletude das variáveis dos casos de SRAG por Covid-19 notificados no Estado de Pernambuco disponibilizados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP/Gripe) – Março de 2020 a Junho de 2021

Campos	Categoria	N (40.694)	%*	Classificação
Critério de encerramento	Em branco	1.041	2,55%	E
Sexo	Ignorado	31	0,08%	E
Gestante	Ignorado + Em branco	11.297	27,76%	RU
Raça/Cor	Ignorado + Em branco	12.906	31,71%	RU
Etnia	Em branco	40.675	99,95%	MR
Escolaridade	Ignorado + Em branco	34.195	84,02%	MR
Ocupação	Em branco	39.850	97,92%	MR
Evolução do caso	Ignorado + Em branco	5.395	13,25%	R
Febre	Ignorado + Em branco	9.725	23,89%	RU
Tosse	Ignorado + Em branco	7.249	17,81%	R
Dor de garganta	Ignorado + Em branco	22.083	54,26%	MR
Dispneia	Ignorado + Em branco	8.280	20,34%	RU
Desconforto respiratório	Ignorado + Em branco	16.062	39,47%	RU
Saturação O ₂ < 95%	Ignorado + Em branco	11.586	28,47%	RU
Diarreia	Ignorado + Em branco	23.013	56,55%	MR
Vômito	Ignorado + Em branco	24.085	59,18%	MR
Puérpera	Ignorado + Em branco	27.413	67,36%	MR
Doença cardiovascular	Ignorado + Em branco	21.910	53,84%	MR
Doença hematológica	Ignorado + Em branco	27.563	67,73%	MR
Síndrome de down	Ignorado + Em branco	27.615	67,86%	MR
Doença hepática	Ignorado + Em branco	27.503	67,58%	MR
Asma	Ignorado + Em branco	27.298	67,08%	MR
Diabetes	Ignorado + Em branco	23.214	57,05%	MR

Doença neurológica	Ignorado + Em branco	27.350	67,21%	MR
Pneumopatia crônica	Ignorado + Em branco	27.316	67,13%	MR
Imunodeficiência	Ignorado + Em branco	27.418	67,38%	MR
Renal	Ignorado + Em branco	27.273	67,02%	MR
Obesidade	Ignorado + Em branco	27.004	66,36%	MR
Internação	Ignorado + Em branco	30.098	73,96%	MR
Vacinação COVID-19	Ignorado + Em branco	5.287	72,85%	MR

Fonte: Sivep-Gripe, MS, Março de 2020 a Junho de 2021.

E = excelente, B = bom, R = regular, RU = ruim, MR = muito ruim

* incompletude da variável

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus ou SARS-CoV tem impactado de maneira diversa em diferentes cenários do mundo tornando-se um desafio, principalmente para os países com maior desigualdade social.

Considerando que a forma de enfrentamento da pandemia em cada região é resultante da ação de agentes sociais e das respostas de governos, a gestão da pandemia no Brasil foi negativamente influenciada em diversos momentos no âmbito político, resultando em políticas descoordenadas e retardadas frente a um cenário de caos. Além disso, a desinformação e falsas narrativas, incluindo a do próprio governo minimizando a gravidade da doença gera consequências graves.

Nesse cenário, a verificação ou checagem de informações e dados citados em discursos publicados nos meios de comunicação tornou-se de fundamental importância. Entretanto, para que as informações de saúde cheguem às fontes oficiais é necessário que elas sejam coletadas de forma fiel, correta e completa.

A análise dos dados relacionados à COVID-19 disponibilizados no sistema oficial do Ministério da Saúde, no Estado de Pernambuco demonstrou dados de má qualidade, o que torna uma incógnita sobre o real perfil epidemiológico, além de prejudicar a adoção de medidas de controle da pandemia.

É importante ressaltar que embora o estudo revele informações importantes, a avaliação da qualidade dos dados considerou a disponibilidade dos dados abertos em tempo real

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, G.; ESCOBAR, G. BERNAOLA, G.; ALFARO, J.; TAIPE, W.; MARCOS, C.; AMADO, J. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**. 2020, v. 37, n. 2. 2021.

ANDES. **Justiça proíbe propaganda do governo federal "Brasil não pode parar"**. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior. Brasília. 2020. Disponível em: <<https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/justica-proibe-propaganda-do-governo-federal-brasil-nao-pode-parar1>> Acesso em 08 de Maio de 2021.

ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Atualizada em 25/02/2021. Brasília, 2021a.

ANVISA Orientação para a realização de testes rápidos, do tipo ensaios imunocromatográficos, para a investigação da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2021**. Brasília, 2021b.

ANVISA. **Aprovado uso emergencial de anticorpos para tratamento de Covid-19**. 2021c. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/aprovado-uso-emergencial-de-anticorpos-para-tratamento-de-covid-19>> Acesso em 09 de Outubro de 2021

BARRETO, I.C.H.C.; COSTA, V.; RAMOS, R.F. OLIVEIRA, L.G.; MARTINS, N.R.A.; CAVALCANTE, F.V.; ANDRADE, L.O.M.; SANTOS, L.M.P. Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pps-1862>>

BECKER, R.C. COVID-19 update: Covid-19-associated coagulopathy. **Journal of Thrombosis and Thrombolysis**. v. 50. 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11239-020-02134-3#citeas>> Acesso em 24 de Maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan: normas e rotinas**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Sinan: normas e rotinas**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ed.02. Brasília. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Portal da Saúde, 2017. Funcionamento. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>>. Acesso em: 26 de Janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infraestrutura Nacional de dados abertos. Departamento de informática do SUS**. Brasília. 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=33150>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cabine de proteção para o tratamento de pacientes com COVID-19**. Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde departamento de gestão e incorporação de tecnologias e inovação em saúde. Brasília. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>> Acesso em 23 de Abril de 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro**. 2020c. Disponível em : <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro>> Acesso em 13 de Novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19**. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID19: Painel Coronavírus**. 2021b. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em 24 de Abril de 2021.

BUENO, F.T.C; SOUTO, E.P.; MATT. **Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil**. In: **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Observatório Covid 19. Fiocruz. 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>> Acesso em 10 de Outubro de 2021.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia?. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021.

CAPPELARI, B.E.; COSTA, E.P.; ESCOBAR, A.R. Covid-19 e a descentralização do processo de notificação de síndrome respiratória aguda grave para as unidades notificadoras no município de porto alegre: relato de experiência. *In.*: **Congresso Internacional de Saúde**. 2021. Rio Grande do Sul. Disponível em:

<<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19820>> Acesso em Agosto de 2021.

CESTARI, V.R.F.; FLORENCIO, R.S.; SOUSA, J.B.; GARCES, T.S.; MARANHÃO, T.A.; CASTRO, E.R.; CORDEIRO, L.I.; DAMASCENO, L.L.V.; PESSOA, V.L.M.P.; PEREIRA, M.L.D.; MOREIRA, T.M.M. Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 3. Acesso em 08 de Agosto de 2021.

CIEVS. CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Informe Epidemiológico Nº 146/2021**. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_d2abb9226f834dc0990d1fa258e5e19d.pdf> Acesso em 27 de Maio de 2021.

CINTHO, L.M.; MACHADO, R.R.; MORO, C.M.C; Métodos para Avaliação de Sistema de Informação em Saúde. **J. Health Inform**. v8, n.2. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Win-10/Downloads/346-1919-1-PB.pdf>> Acesso em 27 de Abril de 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html> Acesso em 10 de Outubro de 2021.

CORREIA, L.O.S.; PADILHA, B.M.; VASCONCELOS, S.M.L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n. 11. 2014.

CUNHA, E.M.; VARGENS, J.M.C. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. *In.*: GONDIM, G.M.M; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G.M. Técnico de vigilância em saúde: fundamentos. Rio de Janeiro.

Repositório Institucional da Fiocruz. 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39907/2/T%C3%A9cnico%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20v.2%20-%20Sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em 08 de Maio de 2021.

DIAS V.MC.H.; CARNEIRO M.; LACERDA V.C.F.; Mirian de Freitas Dal

Ben Corradi, BRANDÃO, D.; CUNHA, C.A.; CHEBABO, A.; OLIVIERIA, P.R.D.; MICHELIN, L.; ROCHA, J.L.L.; WAIB, L.F.; CARRILHO, C.M.; LOBO, S.M.A.; OLIVIERA, M.C.; NUNES, R.R.; DIEGO, L.A.S.; SANTOS, A.S.; MUGLIA, V.; SOUZA-JR, A.S.; ESCUISSATO, D.; ARAÚJO NETO, C.; CHATKIN, J.M.; MARTINS, R.; MAURICI, R.; COSTA, S.F.; ALVES, J.S.; NASCIMENTO, M.M.; MOURA-NETO, J.A.; Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID19. **J Infect Control**. v. 9, n. 2. 2020.

ESTRELA, F.M.; SOARES E SOARES, C.F.; CRUZ, M.A.; SILVA, A.F.; SANTOS, J.R.L.; MOREIRA, T.M.O.; LIMA, A.B.; SILVA, M.G. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 9. Acesso em 01 de Agosto de 2021.

FOLHAPRESS. **Subnotificação dos casos de Covid-19 esconde até 30% das mortes, mostra estudo**. 2021. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/interessa/subnotificacao-dos-casos-de-covid-19-esconde-ate-30-das-mortes-mostra-estudo-1.2480979>> Acesso em 29 de Maio de 2021.

FRANCO, J.L.F. **Sistemas de Informação em Saúde**. Unasus. 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/idades_conteudos/unidade08/p_04.html

FIOCRUZ. **'Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento**. 2020. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>> Acesso em 14 de Setembro de 2021.

KROPF, S.P.; LOPES, T.C.; CERQUEIRA, E.; VALENTE, P.L.; LIMA, A.L.S.; SOUTO, E.P.; BERMUDEZ, L. ALMEIDA, B.A.A.; PIMENTA, D.N.; MELO, C.P.L. A Fiocruz no Tempo Presente ciência, saúde e sociedade no enfrentamento da pandemia de Covid-19 *In: Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Fiocruz. 2021. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/r3hc2>> Acesso em 25 de Junho de 2021.

LANA, R.M. COELHO, F.C.; GOMES, M.F.C.; CRUZ, O.G.; BASTOS, L.S.; VILLELA, D.A.M.; CODEÇO, C. T. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2020, v. 36, n. 3. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/?lang=pt#>> Acesso em 25 de Junho de 2021.

LEITE, C. **Covid-19: um ano após primeira morte, Pernambuco tem 1.325 pessoas que lutam pela sobrevivência em UTI**. JC NE. 2021. Disponível em: <<https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/saude-e-bem-estar/2021/03/12043954-covid-19-um-ano-apos-primeira-morte-pernambuco->

[tem-1-325-pessoas-que-lutam-pela-sobrevivencia-em-uti.html](#)> Acesso em 27 de Maio de 2021.

LIMA, C.M.A.O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiologia Brasileira**. São Paulo, v. 53, n. 2. 2020.

MACIEL, E.L.; JABOR, P.; GONCALVES JÚNIOR, E.; TRISTÃO-SÁ, R.; LIMA, R.C.D.; SANTOS, B.R.; LIRA, P.; BUSSINGER, E.C.A.; ZANDONADE, E. Fatores associados ao óbito hospitalar por COVID-19 no Espírito Santo, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2020, v. 29, n. 4.

MARIM, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform**. v. 2, n.1. UNIFESP. 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>> Acesso em 27 de Abril de 2021.

MARINI, J.J.; GATTINONI, L. Management of COVID-19 Respiratory Distress. **JAMA**. v.323, n.22. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2765302> Acesso em 24 de Maio de 2021.

MEIRELES, M. **Dois primeiros casos do novo coronavírus são confirmados em PE, diz Secretaria de Saúde**. G1 PE. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/03/12/primeiros-casos-de-coronavirus-sao-confirmados-pela-secretaria-de-saude-de-pernambuco.ghtml>> Acesso em 27 de Maio de 2021.

MENEZES, C.R.; SANCHES, C.; CHEQUER, F.M.D Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxiclороquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19. O que sabemos até o momento? **Revista de Ciências da Saúde e Biológicas**. v.8, n.1. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3206/1097>> Acesso em 27 de Maio de 2021.

MOREL, A.P.M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/?lang=pt#>> Acesso em 25 de Maio de 2021.

NALBANDIAN, A.; SEHGAI, K.; GUPTA, A.; MAHESH V.; MADHAVAN, C.; MCGRODER, J. S. STEVENS, J.R.; COOK, A. S.; NORDVIG, D.D.; T. S. SEHRAWAT;; AHLUWALIA, N.; BIKDELI, B.; DIETZ, D.; DER-NIGOGHOSSIAN, C.; LIYANAGE-DON, N.; ROSNER, G.F.; BERNSTEIN, E. J; MOHAN, S.; BECKLEY, A.; SERES, D.D.; CHOUEIRI, T.K.; URIEL, N.; AUSIELLO, J.C.; ACCILI, D.; FREEDBERG, D.E.; BALDWIN, M.; SCHWARTZ, A.; BRODIE, D.; GARCIA, C.K.; SV ELKIND, M.; CONNORS, J.M.; John P. BILEZIKIAN, Donald W. LANDRY E Elaine Y. WAN. Post-acute COVID-19 syndrome. **Nature Medicine**. v.27. (2021). Disponível em:

<<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>> Acesso em 10 de Outubro de 2021.

NASSERIE T., HITTLE M., GOODMAN S. N. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. **JAMA Netw Open**. 2021.

NIQUINI, R.P.; LANA, R.M., PACHECO, A.G, CRUZ, O.G. COELHO, F.C.; CARVALHO, L.M.; VILLELA, D.A.M.; GOMES, M.F.C.; BASTOS, L. S. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, 2020.

NIH. National Institutes of Health. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines**. United States. 2021. Disponível em: <<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov>> Acesso em 08 de Maio de 2021.

OLIVEIRA, W. DUARTE, E.; FRANÇA, D.G.V.A.; GARCIA, L.P. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 29, n.2. 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020044/pt/#>> Acesso em 08 de Maio de 2021.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Escritório Regional para as Américas. 2020a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19>> Acesso em 21 de Abril de 2021.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Atualização de vida contínua de potenciais terapêuticas COVID-19: Resumo de revisões sistemáticas rápidas, 16 de junho de 2020**. Escritório Regional para as Américas. 2020b.

OPAS. **Organização Pan-americana de Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Escritório Regional para as Américas. 2020c.

ORELLANA, J.D.Y.; CUNHA, G.M.; MARRERO, L.; MOREIRA, R. I.; LEITE, I.C.; HORTA, B. L. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1. 2020.

PIRES F. A. C.; MATOS G.L.S.; RIBEIRO M.S.; COSTA C.C. Tratamento da covid-19 -protocolos atuais e perspectivas futuras. 2021. **Revista Científica Multidisciplinar**. v. 2, n. 4. 2021. Disponível em:

<<http://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/251>>. Acesso em: 28 de Maio de 2021.

PRADO, M.F.; ANTUNES, B.B.P; BASTOS, L.S.L.; PERES, I.T.; SILVA, A.A.B.; DANTAS, L, F.; BAIÃO, F.A.; MAÇAIRA, P.; HAMACHER, S.; BOZZA, F.A. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 32, n. 2, 2020.

RIBEIRO, A.F. Concordância dos Dados de Mortalidade por Doenças de Notificação Compulsória no Sistema de Informação sobre Mortalidade- Sim e Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, Brasil 2007 a 2015. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 6, n. 2. 2017.

Disponível em:

<<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/345>>. Acesso em: 04 de Agosto de 2021.

ROCHA, M.S; BARTHOLOMAY, P.; CAVALCANTE, M.V.; MEDEIROS, F.C.; CODENOTTI, S.B.; PELISSARI, D.M.; ANDRADE, K.B.; SILVA, G.D.M.; ARAKAKI-SANCHEZ, D.; PINHEIRO, R.S. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): principais características da notificação e da análise de dados relacionada à tuberculose. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. 2020, v. 29, n. 1 Acesso em 31 Julho 2021.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3. 2006.

SCOPEL, R.P.D.; SCOPEL, D. Covid-19, sindemia e violência estrutural: participação social e protesto na atenção primária aos povos indígenas no Mato Grosso do Sul, Brasil. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 15, n. 2. 2021.

SESAB. **Guia rápido Sivep-Gripe**. Maio. 2021. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/GUIA-RAPIDO-SIVEP-GRIFE-atualizado-em-maio_2021.pdf> Acesso em 21 de Agosto de 2021.

SILVA, V.V.A. A covid-19 enquanto questão social: classe, escolaridade e cor da pandemia no Pará. **HOLOS**. v. 1, n. 37. 2021. Disponível em :

<<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/11519/pdf>>

Acesso em 09 de Agosto de 2021.

SILVA, S.F.C; ZAMPROGNA K.M.; SOUZA S.S.; SILVA, D.; HEMKEMEIER, S.D. Isolamento social e a velocidade de casos de covid-19: medida de prevenção da transmissão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.42. 2021.

SILVEIRA, M. A. A.; MARTINS, B. A.; CHAMON, L. S. F. G.; DINIZ, A. E. D.; ASSIS, J. B. de; FERREIRA, L. D. T.; MACÊDO, M. F. de S.; VERDIN, M. P.; PEREIRA, W. P. C.; MENDES, H. de C. Aspectos das manifestações da síndrome pós-COVID-19: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 12. 2021.

SIQUEIRA, L.D.; MUCHON, J.D.; ARRUDA, J.T.; PALUDO, RL dos R. Análise da mortalidade por COVID-19 e obesidade como fator de risco. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. [S. l.] , v. 11, n. 1, 2022.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O.; DELGADO, A.M.; FLORENCIO, A.C.M.C.C.; OLIVEIRA, T.V.; LIRA, L.C.S.; SALES, L.M.S.; SOUZA, G.A.; MELO, B. C. P. MORAIS, I.; KATZ, L. Aspectos gerais da pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 21, Recife. 2021.

TAYLOR, L. Covid-19: Investigation probes Bolsonaro's role in Brazil's failed pandemic response. **BMJ**. v. 373:n. 1181. 2021. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/373/bmj.n1181.full.pdf>> Acesso em 29 de Maio de 2021.


ZANARDINI L.K; ZANARDINI M.K. Coronavírus: uma análise genética comparativa ao SARS. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases** vol. 25. 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7936797/pdf/main.pdf>> Acesso em: 26 de Abril de 2021.

WERNECK, G.L.; CARVALHO, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 5. 2020.

VAIRA, L.A.; SALZANO, G.; DEIANA, G.; DE RIU, G. Anosmia and Ageusia: Common Findings in COVID-19 Patients. **The Laryngoscope**, v. 130, ed. 7. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15314995/2020/130/7>> Acesso em 22 de Maio de 2021.

YANG, J., ZHENG, Y., GOU, X., PU, K., CHEN, Z., GUO, Q., et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 94, n.2. 2020.

ANEXO A – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SRAG

		Nº	
 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE			
SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO- 27/07/2020			
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.			
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas
3	UF:	4	Município:
		Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____			
8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
9 Data de nascimento: _____		10 (Ou) Idade: _____	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano	
12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
13 Se indígena, qual etnia? _____		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre	
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	
15 Ocupação: _____		16 Nome da mãe: _____	
17 CEP: _____			
18 UF: _____		19 Município: _____	
		Código (IBGE): _____	
20 Bairro: _____		21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
		22 Nº: _____	
23 Complemento (apto, casa, etc...): _____		24 (DDD) Telefone: _____	
25 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		26 País: (se residente fora do Brasil) _____	
27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
28 Se sim: Qual país? _____		29 Em qual local? _____	
30 Data da viagem: _____		31 Data do retorno: _____	
32 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Outro, qual _____ 9-Ignorado			
35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O2 < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____			
36 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica	
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____	
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		38 Data da vacinação: _____	
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____			
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento _____
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: _____	44	UF de internação: _____
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____			
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: _____	49	Data da saída da UTI: _____
	50	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: _____
	53	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19 3- Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data da tomografia: _____		
55	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	56	Data da coleta: _____	57	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	58	Nº Requisição do GAL: _____	59	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antígeno		
	60	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____	61	Resultado da Teste antígeno: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	62	Laboratório que realizou o Teste antígeno: _____	Código (CNES): _____			
	63	Agente Etiológico - Teste antígeno: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	64	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	65	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	66	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	67	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____			
	68	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	69	Data da coleta: _____		
	70	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado	71	Data do resultado: _____		
	Conclusão	72	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19	73	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem	
74		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	75	Data da alta ou óbito: _____	76	Data do Encerramento: _____
77	Número D.O.: _____					
78	OBSERVAÇÕES: _____					
79	Profissional de Saúde Responsável: _____			80	Registro Conselho/Matrícula: _____	

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
- PE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPLETITUDE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (SRAG) POR COVID-19 NO ESTADO DO PERNAMBUCO

Pesquisador: DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50338321.9.0000.5198

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.892.986

Apresentação do Projeto:

Avaliação de projeto realizado através do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1789695%20.pdf, constante na plataforma.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a completitude dos registros de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 nos municípios do estado do Pernambuco, Brasil, no período de Março de 2020 a Junho de 2021.

Objetivo Secundário:

- Calcular a quantidade de notificações de SRAG por COVID-19 de Março de 2020 a Junho de 2021 no estado de Pernambuco;
- Mensurar as taxas de omissão das variáveis obrigatórias e essenciais segundo sua importância epidemiológica;
- Classificar a completitude do preenchimento das variáveis conforme estratificação qualitativa: ruim, regular e ótimo;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa oferece risco classificado como leve tendo em vista que a pesquisa não oferece

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3181-5603

Fax: (81)3181-5603

E-mail: eticaempesquisahr@gmail.com

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
- PE



Continuação do Parecer: 4.892.986

riscos físicos, químicos, biológicos ou psicológicos por não haver participação direta de pessoas no estudo. Além disso, as bases de dados de SRAG disponibilizadas no sítio OPENDATASUS passam por tratamento que envolve a anonimização, em cumprimento a legislação. No entanto, por se tratar de uso de dados secundários, pode causar invasão de privacidade e quebra de confidencialidade. Esses riscos serão minimizados, pois os pesquisadores garantem a não violação e a integridade dos documentos analisados, asseguram a confidencialidade, privacidade, e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Além disso, os pesquisadores assumem o compromisso de analisar e divulgar os resultados de modo que o anonimato dos indivíduos sejam preservados.

Benefícios:

A análise permitirá a compreensão da real magnitude da pandemia pela COVID-19, uma vez se que faz necessário um sistema de informações de qualidade e com os campos das fichas de notificação preenchidas de forma completa e correta. A principal vantagem da utilização desta base de dados é a ampla cobertura populacional que possibilita a observação da qualidade dos dados registrados. Sendo assim, a baixa qualidade dos registros leva à limitação das análises de estudos epidemiológicos, e consequentemente compromete a adoção de medidas de intervenção de forma adequada para o enfrentamento e minimização dos efeitos dessa pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto epidemiológico, que usa dados secundários de fichas de notificação compulsória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

solicitação de dispensa de TCLE em acordo com a resolução

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo foi avaliado na reunião ordinária do calendário de atividades internas no CEP-HR, recebendo parecer de APROVADO para iniciar a coleta de dados. Lembramos que é de extrema importância o envio de relatório durante a execução da pesquisa, ocorrendo o envio de RELATÓRIO PARCIAL a cada 06 meses para as pesquisas de longa duração, e RELATÓRIO FINAL aplicado a

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar
Bairro: Derby **CEP:** 52.010-040
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3181-5603 **Fax:** (81)3181-5603 **E-mail:** eticaempesquisahr@gmail.com

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
- PE



Continuação do Parecer: 4.892.986

todas as pesquisas, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d.

Informamos, ainda, que o modelo do RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA será disponibilizado pelo CEP-HR para os pesquisadores, sendo de responsabilidade do pesquisador, acessar ao link: <https://bit.ly/2Na5ev8> para obtenção do mesmo.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa em sua totalidade, conforme delineamento apresentado nesse protocolo, e aprovado de acordo com as orientações e recomendações descritas no relatório do CEP-HR emitidas mediante avaliação e deliberação em reunião colegiada, conforme Resolução CNS/MS No 466/12. Eventuais modificações, em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa, deverão ser informadas ao CEP-HR, via aba de EMENDA, no próprio sistema da Plataforma Brasil, a ser deliberado novamente pelo CEP-HR.

É de total responsabilidade do pesquisador, assegurar todas as medidas para a execução do projeto dentro dos parâmetros éticos exigidos e aprovados pelo CEP-HR.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1789695.pdf	30/07/2021 22:28:44		Aceito
Outros	daniela.pdf	30/07/2021 22:26:05	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito
Outros	cheila.pdf	30/07/2021 22:25:48	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito
Outros	rosana.pdf	30/07/2021 22:25:15	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito
Outros	patricia.pdf	30/07/2021 22:24:49	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocomite07072021revisado3.pdf	30/07/2021 22:24:05	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.pdf	23/07/2021 14:55:27	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar
Bairro: Derby **CEP:** 52.010-040
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3181-5603 **Fax:** (81)3181-5603 **E-mail:** eticaempesquisahr@gmail.com

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
- PE



Continuação do Parecer: 4.892.986

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	23/07/2021 14:49:41	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodanielaassinada.pdf	09/07/2021 17:45:38	DANIELA COSTA DE OLIVEIRA E CAVALCANTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 09 de Agosto de 2021

Assinado por:

Petrus Moura de Andrade Lima
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3181-5603

Fax: (81)3181-5603

E-mail: eticaempesquisahr@gmail.com

ANEXO C – DICIONÁRIO DE DADOS - FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS

Dicionário de Dados

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS

Este documento tem como finalidade descrever as variáveis exportadas para o banco de dados em DBF.

CAMPO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão do registro no sistema.
CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.
CAMPO INTERNO é aquele que apesar de não constar na ficha, é preenchido automaticamente pelo sistema, não aparece no display da tela e é persistido no banco de dados.
CAMPO OPCIONAL é aquele que só deve ser preenchido caso seja necessário, aparece no display da tela e é persistido no banco de dados.

Nome do campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Nº	Varchar2(12)		Número do registro	Campo Chave Número sequencial gerado automaticamente pelo sistema. Utilizar o padrão: 320120000123 Dígito 1: caracteriza o tipo da ficha (1=SG, 2=SRAG-UTI e 3=SRAG Hospitalizado). Dígitos 2 a 12: número sequencial gerado automaticamente pelo sistema.	NU_NOTIFIC
1-Data do preenchimento da ficha de notificação	Date DD/MM/AAAA		Data de preenchimento da ficha de notificação.	Campo Obrigatório Data deve ser <= a data da digitação.	DT_NOTIFIC
Semana Epidemiológica do preenchimento da ficha de notificação	Varchar2(6)		Semana Epidemiológica do preenchimento da ficha de notificação.	Campo Interno Calculado a partir da data dos Primeiros Sintomas. (SS)	SEM_NOT

2-Data de 1ºs sintomas	Date DD/MM/AAAA		Data de 1º sintomas.	Campo Obrigatório Data deve ser <= a data da digitação e data do preenchimento da ficha de notificação	DT_SIN_PRI
Semana Epidemiológica dos Primeiros Sintomas	Varchar2(6)		Semana Epidemiológica do início dos sintomas.	Campo Interno Calculado a partir da data dos Primeiros Sintomas. (SS)	SEM_PRI
3-UF	Varchar2(2)	Tabela com código e siglas das UF padronizados pelo IBGE.	Unidade Federativa onde está localizada a Unidade Sentinela que realizou a notificação.	Campo Obrigatório Se usuário que está digitando a ficha for de nível: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Unidade Sentinela</u> - o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com a UF, município e unidade onde está cadastrado o usuário. ▪ <u>Municipal</u> – o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com a UF e município onde está cadastrado o usuário. ▪ <u>Estadual</u> – o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com a UF do usuário. ▪ <u>Federal</u> - abre tabela com todas as UF que possuam unidades sentinelas cadastradas no sistema. 	SG_UF_NOT
4-Município Código (IBGE)	Varchar2 (6)	Tabela com código e nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE.	Município onde está localizada a Unidade Sentinela que realizou a notificação.	Campo Obrigatório Preenchendo o nome do município de notificação, o código é preenchido automaticamente, e vice-versa; Se usuário que está digitando a ficha for de nível: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Unidade Sentinela</u> – o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com o Município onde está localizada a unidade de notificação. ▪ <u>Municipal</u> – o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com o município do usuário. ▪ <u>Estadual ou Federal</u> – abre tabela com todos os municípios da UF selecionada no campo 3 que possuam unidades sentinelas cadastradas no sistema. 	ID_MUNICIP OU CO_MUN_NOT
Regional de Saúde de Notificação Código (IBGE)	Varchar2 (6)	Tabela com código e nomes das Regionais de Saúde dos municípios de notificação padronizados pelo IBGE.	Regional de Saúde onde está localizado o Município realizou a notificação.	Campo Interno Preenchendo o nome da regional de saúde de notificação, o código é preenchido automaticamente, e vice-versa; Se usuário que está digitando a ficha for de nível:	ID_REGIONA OU CO_REGIONA

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Unidade Sentinela</u> – o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com a Regional do Município onde está localizada a unidade de notificação. ▪ <u>Municipal</u> – o campo é preenchido automaticamente pelo sistema com a regional do município do usuário. 	
5-Unidade de Saúde Código (CNES)	Varchar2(7)	Tabela com códigos CNES e nomes das Unidades Sentinelas cadastradas no sistema.	Unidade Sentinela que realizou o atendimento, coleta de amostra e registro do caso.	<p>Campo Obrigatório</p> <p>Preenchendo o nome da unidade, o código é preenchido automaticamente, e vice-versa;</p> <p>Se usuário que está digitando a ficha for de nível:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Unidade Sentinela</u> - o campo é preenchido automaticamente pelo sistema. ▪ <u>Municipal</u> – abre tabela apenas com as unidades sentinelas do município. ▪ <u>Estadual ou Federal</u> – abre tabela com as unidades sentinelas do município selecionado o campo 4. 	ID_UNIDADE OU CO_UNI_NOT
6-CPF do paciente	Varchar2(15)		Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do paciente notificado	<p>Campo Essencial</p> <p>Quando preenchido o número do CPF o sistema deverá preencher o Nome, Sexo, Data de Nascimento, Idade, Raça/Cor e o Nome da mãe do paciente.</p>	NU_CPF
7-Nome	Varchar2(70)		Nome completo do paciente (sem abreviações)	Campo Obrigatório	NM_PACIENT
8-Sexo	Varchar2 (1)	1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	Sexo do paciente.	Campo Obrigatório	CS_SEXO
9-Data de nascimento	Date DD/MM/AAAA		Data de nascimento do paciente.	<p>Campo Essencial</p> <p>Data deve ser <= a data dos primeiros sintomas.</p>	DT_NASC
10-(ou) Idade	Varchar2(3)		Idade informada pelo paciente quando não se sabe a data de nascimento. Na falta desse dado é registrada a idade aparente.	<p>Campo Obrigatório</p> <p>Se digitado a data de nascimento, a idade é calculada e preenchida automaticamente pelo sistema: considerando o intervalo entre a data de nascimento e a <u>data dos primeiros sintomas</u>.</p> <p>Idade deve ser <= 150.</p>	NU_IDADE_N

(ou) Tipo/Idade	Varchar2(1)	1-Dia 2-Mês 3-Ano		Campo Obrigatório Se digitado a data de nascimento, o campo Idade/Tipo é calculado e preenchido automaticamente pelo sistema: considerando o intervalo entre a data de nascimento e a <u>data dos primeiros sintomas</u> . Se a diferença for de 0 a 30 dias, o sistema grava em Idade = (nº dias) e em Tipo = 1-Dia. Por exemplo: se Data de nascimento = 05/12/2012 e Data dos 1ºs sintomas = 11/12/2012, então Idade = 6 e Tipo = 1-Dia. Se a diferença for de 1 a 11 meses, o sistema grava em Idade = (nº meses) e em Tipo = 2-Mês. Por exemplo: se Data de nascimento = 05/10/2012 e Data dos 1ºs sintomas = 11/12/2012, então Idade = 2 e Tipo = 2-Mês. Se a diferença for maior ou igual a 12 meses, o sistema grava em Idade = (nº anos) e em Tipo = 3-Ano. Por exemplo: se Data de nascimento = 05/10/2011 e Data dos 1ºs sintomas = 11/12/2012, então Idade = 1 e Tipo = 3-Ano.	TP_IDADE
11-Gestante	Varchar2(1)	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	Idade gestacional da paciente.	Campo Obrigatório Se selecionado categoria 2-Feminino no campo Sexo. Se selecionado sexo igual a <u>Masculino</u> ou a <u>idade for menor ou igual a 9 anos</u> o campo é preenchido automaticamente com 6-Não se aplica. Se selecionado sexo igual a <u>Feminino</u> e idade for maior que 9 anos, o campo não pode ser preenchido com 6-Não se aplica.	CS_GESTANT
12-Raça/Cor	Varchar2(2)	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	Cor ou raça declarada pelo paciente: Branca; Preta; Amarela; Parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); e, Indígena.	Campo Essencial	CS_RACA
13-Se indígena, qual etnia?	Varchar2(4)	Tabela do SIASI com código e nomes das etnias indígenas.	Nome e código da etnia do paciente, quando indígena.	Campo Essencial Habilitado se campo 11-Raça/Cor for igual a 5-Indígena.	CS_ETINIA
14-Escolaridade	Varchar2(1)	0-Sem escolaridade/	Nível de escolaridade	Campo Essencial	CS_ESCOL_N

		Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3- Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado	do paciente. Para os níveis fundamental e médio deve ser considerada a última série ou ano concluído.	Preenchido automaticamente com a categoria “não se aplica” quando idade for menor que 7 anos Quando idade for maior que 7 anos, o campo não pode ser preenchido com “não se aplica”.	
15- Ocupação	Varchar2(6)	Tabela com código da Ocupação da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).	Ocupação profissional do paciente	Campo Essencial	PAC_COCBO ou PAC_DSCBO
16-Nome da mãe	Varchar2(70)		Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).	Campo Essencial	NM_MAE_PAC
17-CEP	Varchar2(8)		CEP de residência do paciente.	Campo Essencial Validado a partir da tabela de CEP dos Correios.	NU_CEP
18-UF	Varchar2(2)	Tabela com código e siglas das UF padronizados pelo IBGE.	Unidade Federativa de residência do paciente.	Campo Obrigatório Se campo 25-País for Brasil. Se preenchido o campo CEP, a UF é preenchida automaticamente pelo sistema e desabilitada para edição.	SG_UF
Regional de Saúde de Residência Código (IBGE)	Varchar2 (6)	Tabela com código e nomes das Regionais de Saúde dos municípios de residência padronizados pelo IBGE.	Regional de Saúde onde está localizado o Município de residência do paciente.	Campo Interno Preenchendo o nome da regional de saúde de residência, o código é preenchido automaticamente, e vice-versa;	ID_RG_RESI OU CO_RG_RESI
19-Município Código (IBGE)	Varchar2(6)	Tabela com código e nome dos Municípios padronizados pelo IBGE.	Município de residência do paciente.	Campo Obrigatório Se campo 25-País for Brasil. Se preenchido o campo CEP, o Município e seu respectivo código IBGE são preenchidos automaticamente pelo sistema e desabilitados para edição. Se o CEP não for preenchido, o campo é habilitado depois de selecionada uma UF no campo 17. Nesse caso, o sistema abre tabela com os municípios da UF.	ID_MN_RESI OU CO_MUN_RES

				Preenchendo o nome do município, o código é preenchido automaticamente, ou vice-versa.	
20-Bairro	Varchar2(72)	Tabela com código e nome dos Bairros padronizados pelos Correios.	Bairro de residência do paciente.	Campo Essencial Se preenchido o campo CEP, o Bairro é preenchido automaticamente pelo sistema.	NM_BAIRRO
21-Logradouro (Rua, Avenida, etc.)	Varchar2(50)	Tabela com código e nome dos logradouros padronizados pelos Correios.	Logradouro (rua, avenida, quadra, travessa, etc.) do endereço de residência do paciente.	Campo Essencial Se preenchido o campo CEP, o logradouro é preenchido automaticamente pelo sistema.	NM_LOGRADO
22-Nº	Varchar2(8)		Nº do logradouro (nº da casa ou do edifício).	Campo Essencial	NU_NUMERO
23-Complemento (apto, casa, etc.)	Varchar2(15)		Complemento do logradouro (bloco, apto, casa, etc.).	Campo Essencial	NM_COMPLEM
24-(DDD) Telefone	Varchar2(4) Varchar2(10)		Código DDD e número de telefone para contato do paciente.	Campo Essencial	NU_DDD_TEL OU NU_TELEFON
25-Zona	Varchar2(1)	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	Zona geográfica do endereço de residência do paciente.	Campo Essencial	CS_ZONA
26-País (se residente fora do Brasil)	Varchar2(3)	Tabela com código e nome dos Países.	País de residência do paciente.	Campo Obrigatório Se preenchido CEP, ou for selecionada uma UF, o campo País é preenchido automaticamente pelo sistema e desabilitado para edição. Se selecionado País diferente de Brasil, os campos 16 a 24 são desabilitados.	ID_PAIS OU CO_PAIS
27- Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Campo Obrigatório	HISTO_VGM
28- Se sim: Qual país?	Varchar2(3)	Tabela com código e nome dos Países.	País onde foi realizada a viagem	Campo Obrigatório Habilitado se selecionado categoria 1-Sim em Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?	PAIS_VGM OU CO_PS_VGM
29- Em qual local?	Varchar2(30)		Local (cidade, estado,	Campo Essencial	LO_PS_VGM

			província e outros) onde foi realizada a viagem	Habilitado se selecionado categoria 1-Sim em Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?	
30- Data da viagem	Date DD/MM/AAAA		Data em que foi realizada a viagem	Campo Obrigatório Se preenchido Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? (campo 26), deve ser informada a data de viagem	DT_VGM
31- Data de retorno	Date DD/MM/AAAA		Data em que retornou de viagem	Campo Obrigatório Se preenchido Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? (campo 26), deve ser informada a data de retorno	DT_RT_VGM
32- É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Caso é proveniente de surto de SG?	Campo Essencial	SURTO_SG
33-Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Caso de SRAG com infecção adquirida após internação.	Campo Essencial	NOSOCOMIAL
34- Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Caso com contato direto com aves ou suínos.	Campo Essencial	AVE_SUINO
35-Sinais e Sintomas/Febre	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou febre?	Campo Essencial	FEBRE
35-Sinais e Sintomas/Tosse	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou tosse?	Campo Essencial	TOSSE
35-Sinais e Sintomas/Dor de Garganta	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou dor de garganta?	Campo Essencial	GARGANTA
35-Sinais e Sintomas/Dispneia	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou dispneia?	Campo Essencial	DISPNEIA
35-Sinais e Sintomas/Desconforto Respiratório	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou desconforto respiratório?	Campo Essencial	DESC_RESP
35-Sinais e Sintomas/Saturação	Varchar2(1)	1-Sim	Paciente apresentou	Campo Essencial	SATURACAO

O ₂ < 95%		2-Não 9-Ignorado	saturação O ₂ < 95%?		
35-Sinais e Sintomas/Diarreia	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou diarreia?	Campo Essencial	DIARREIA
35-Sinais e Sintomas/Vômito	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou vômito?	Campo Essencial	VOMITO
35-Sinais e Sintomas/Outros	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente apresentou outro(s) sintoma(s)?	Campo Essencial	OUTRO_SIN
35-Sinais e Sintomas/Outros (Descrição)	Varchar2(30)		Listar outros sinais e sintomas apresentados pelo paciente.	Campo Essencial Habilitado se selecionado categoria 1-Sim em Sinais e Sintomas/Outros.	OUTRO_DES
36-Fatores de risco/ Puérpera	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente é puérpera ou parturiente (mulher que pariu recentemente – até 45 dias do parto)?	Campo Essencial	PUERPERA
36-Fatores de risco/ Doença Cardiovascular Crônica	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Doença Cardiovascular Crônica?	Campo Essencial	CARDIOPATI
36-Fatores de risco/ Doença Hematológica Crônica	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Doença Hematológica Crônica?	Campo Essencial	HEMATOLOGI
36-Fatores de risco/ Síndrome de Down	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Síndrome de Down?	Campo Essencial	SIND_DOWN
36-Fatores de risco/ Doença Hepática Crônica	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Doença Hepática Crônica?	Campo Essencial	HEPATICA
36-Fatores de risco/ Asma	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Asma?	Campo Essencial	ASMA
36-Fatores de risco/ Diabetes mellitus	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Diabetes <i>mellitus</i> ?	Campo Essencial	DIABETES
36-Fatores de risco/ Doença	Varchar2 (1)	1-Sim	Paciente possui	Campo Essencial	NEUROLOGIC

Neurológica Crônica		2-Não 9-Ignorado	Doença Neurológica?		
36-Fatores de risco/ Outra Pneumatopatia Crônica	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui outra pneumopatia crônica?	Campo Essencial	PNEUMOPATI
36-Fatores de risco/ Imunodeficiência ou Imunodepressão	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Imunodeficiência ou Imunodepressão (diminuição da função do sistema imunológico)?	Campo Essencial	IMUNODEPRE
36-Fatores de risco/ Doença Renal Crônica	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui Doença Renal Crônica?	Campo Essencial	RENAL
36-Fatores de risco/ Obesidade	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui obesidade?	Campo Essencial	OBESIDADE
36-Fatores de risco/ Obesidade (Descrição IMC)	Varchar2(3)		Valor do IMC (Índice de Massa Corporal) do paciente calculado pelo profissional de saúde.	Campo Essencial Habilitado se selecionado categoria 1-Sim em Fatores de risco/Obesidade.	OBES_IMC
36-Fatores de risco/ Outros	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Paciente possui outro(s) fator(es) de risco?	Campo Essencial	OUT_MORBI
36-Fatores de risco/ Outros (Descrição)	Varchar2(30)		Listar outro(s) fator(es) de risco do paciente.	Campo Essencial Habilitado se selecionado categoria 1-Sim em Fatores de risco/Outros.	MORB_DESC
37-Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Informar se o paciente foi vacinado contra gripe na última campanha, após verificar a documentação / caderneta. Caso o paciente não tenha a caderneta, direcionar a pergunta para ele ou	Campo Essencial	VACINA

			responsável e preencher o campo com o código correspondente a resposta.		
38-Data da vacinação	Date DD/MM/AAAA		Data da última dose de vacina contra gripe que o paciente tomou.	Campo Essencial Habilitado se campo 31-Recebeu vacina contra Gripe for igual a 1. Data deve ser <= a data da digitação (data atual).	DT_UT_DOSE
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Se paciente < 6 meses, a mãe recebeu vacina?	Campo Essencial Habilitar campo Se a Idade do caso for < 6 meses.	MAE_VAC
Se sim, data	Date DD/MM/AAAA		Se a mãe recebeu vacina, qual a data?	Campo Essencial Habilitado se campo Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina for igual a 1. Data deve ser <= a data da digitação (data atual).	DT_VAC_MAE
Se < 6 meses: a mãe amamenta a criança?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Se paciente < 6 meses, a mãe amamenta a criança?	Campo Essencial Habilitar campo se Se a Idade do caso for < 6 meses.	M_AMAMENTA
Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1	Date DD/MM/AAAA		Se >= 6 meses e <= 8 anos, data da dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores	Campo Essencial Habilitar campo Se a Idade do caso for >= 6 meses e <= 8 anos	DT_DOSEUNI
Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da 1ª dose	Date DD/MM/AAAA		Se >= 6 meses e <= 8 anos, data da 1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez	Campo Essencial Habilitar campo Se a Idade do caso for >= 6 meses e <= 8 anos	DT_1_DOSE
Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da 2ª dose	Date DD/MM/AAAA		Se >= 6 meses e <= 8 anos data da 2ª dose	Campo Essencial	DT_2_DOSE

			para crianças vacinadas pela primeira vez	Habilitar campo Se a Idade do caso for >= 6 meses e <= 8 anos	
39-Usou antiviral para gripe?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Fez uso de antiviral para tratamento da doença?	Campo Essencial	ANTIVIRAL
40-Qual antiviral?	Varchar2 (1)	1- Oseltamivir 2- Zanamivir 3- Outro	Qual antiviral utilizado?	Campo Essencial	TP_ANTIVIR
Qual antiviral /Outro, especifique	Varchar2(30)		Se o antiviral utilizado não foi Oseltamivir ou Zanamivir, informar qual antiviral foi utilizado.	Campo Essencial Habilitado se campo 34-Uso de antiviral? for igual a 3.	OUT_ANTIV
41-Data do início do tratamento	Date DD/MM/AAAA		Data em que foi iniciado o tratamento com o antiviral.	Campo Essencial Habilitado se campo 33-Uso de antiviral? for igual a 1. Data deve ser <= a data da digitação (data atual).	DT_ANTIVIR
42-Houve internação?	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	O paciente foi internado?	Campo Essencial Caso o campo não seja igual a 1 – Sim o sistema emitirá um aviso indicando que não atende a definição de caso.	HOSPITAL
43-Data da internação por SRAG	Date DD/MM/AAAA		Data em que o paciente foi hospitalizado.	Campo Obrigatório Data deve ser maior ou igual a 2- Data de 1ºs sintomas da SRAG e menor ou igual a data da digitação (atual). Caso o paciente já esteja internado por outra causa e contraiu SRAG dentro do hospital, a 2-Data de 1ºs sintomas da SRAG deve ser o dia em que o paciente iniciou a manifestação do quadro de SRAG e a data de internação deve ser > ou igual.	DT_INTERNA
44-UF de internação	Varchar2(2)	Tabela com código e siglas das UF padronizados pelo IBGE.	Unidade Federativa de internação do paciente.	Campo Essencial Habilitado se campo 36-Houve internação? for igual a 1	SG_UF_INTE
Regional de Saúde de Internação Código (IBGE)	Varchar2 (6)	Tabela com código e nomes das Regionais de Saúde dos municípios de internação padronizados pelo IBGE.	Regional de Saúde onde está localizado o Município de internação do paciente.	Campo Interno Preenchendo o nome da regional de saúde de internação, o código é preenchido automaticamente, e vice-versa.	ID_RG_INTE OU CO_RG_INTE

45-Município de internação/ Código(IBGE)	Varchar2 (20)	Tabela com código e nomes dos Municípios padronizados pelo IBGE.	Município onde está localizado a Unidade de Saúde onde o paciente internou.	Campo Essencial Habilitado se campo 36-Houve internação? for igual a 1	ID_MN_INTE OU CO_MU_INTE
46-Unidade de Saúde de internação/ Código CNES	Varchar2(20)	Tabela com códigos CNES e nomes das Unidades de Saúde.	Unidade Sentinela que realizou a internação do paciente.	Campo Essencial Habilitado se campo 36-Houve internação? for igual a 1	ID_UN_INTE OU CO_UN_INTE
47-Internado em UTI?	Varchar2(1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	O paciente foi internado em UTI?	Campo Essencial	UTI
48-Data da entrada na UTI	Date DD/MM/AAAA		Data de entrada do paciente na unidade de Terapia intensiva (UTI).	Campo Essencial Habilitado se campo 41-Internado em UTI? for igual a 1. Data deve ser maior ou igual a 2-Data de 1ºs sintomas da SRAG e menor ou igual a data da digitação (atual).	DT_ENTUTI
49-Data da saída da UTI	Date DD/MM/AAAA		Data em que o paciente saiu da Unidade de Terapia intensiva (UTI).	Campo Essencial Habilitado se campo 41-Internado em UTI? for igual a 1. Data deve ser maior ou igual a 42-Data da entrada na UTI e menor ou igual a data da digitação (atual).	DT_SAIDUTI
50-Uso de suporte ventilatório?	Varchar2(1)	1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	O paciente fez uso de suporte ventilatório?	Campo Essencial	SUPPORT_VEN
51- Raio X de Tórax	Varchar2(1)	1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	Informar resultado de Raio X de Tórax.	Campo Essencial	RAIOX_RES
Raio X de Tórax/ Outro (especificar)	Varchar2(30)		Informar o resultado do RX de tórax se selecionado a opção 5- Outro.	Campo Essencial Habilitado de campo 45- Raio X de Tórax = 5 (Outro).	RAIOX_OUT
52-Data do Raio X	Date DD/MM/AAAA		Se realizou RX de Tórax, especificar a data do exame.	Campo Essencial Habilitado se campo 45- Raio X de Tórax for igual a 1, 2, 3, 4 ou 5.	DT_RAIOX

53-Coletou amostra?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Foi realizado coleta de amostra para realização de teste diagnóstico?	Campo Essencial	AMOSTRA
54-Data da Coleta	Date DD/MM/AAAA		Data da coleta da amostra para realização do teste diagnóstico.	Campo Essencial Habilitado de campo 47-Coletou amostra? = 1. Data deve ser maior ou igual a 2-Data de 1ºs sintomas da SRAG e menor ou igual a data da digitação (atual).	DT_COLETA
55-Tipo de amostra	Varchar2(1)	1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? 9-Ignorado	Tipo da amostra clínica coletada para o teste diagnóstico.	Campo Essencial Habilitado de campo 47-Coletou amostra? = 1.	TP_AMOSTRA
Tipo de amostra/Outra	Varchar2(30)		Descrição do tipo da amostra clínica, caso diferente das listadas nas categorias do campo.	Campo Essencial Campo habilitado se selecionado categoria 4-Outra, qual em Tipo de amostra.	OUT_AMOST
56-Nº da Requisição do GAL	Varchar2(12)		Número da requisição de exames gerado pelo sistema GAL.	Campo Essencial	REQUI_GAL
57-Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular	Varchar2(1)	1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não Realizado 5-Aguardando 9-Ignorado	Resultado do teste de Imunofluorescência (IF) ou outro método que não seja Biologia Molecular. (Poderão ser preenchidos com resultados de teste rápido que não seja por Biologia Molecular	Campo Essencial Este campo virá marcado com 5-Aguardando Resultado e estará habilitado se o campo 47-Coletou amostra? = 1.	IF_RESUL
58-Data do Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular	Date DD/MM/AAAA		Data do resultado diagnóstico da IF ou outro método que não seja Biologia Molecular. (Poderão ser preenchidos com resultados de teste rápido que não seja	Campo Essencial Campo habilitado se selecionado categoria 1-Positivo, 2-Negativo ou 3-Inconclusivo em Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular . Data deve ser >= a Data da coleta	DT_IF

			por Biologia Molecular.		
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que foi positivo para Influenza	Campo Essencial	POS_IF_FLU
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Se sim, qual Influenza?	Varchar2(1)	1-Influenza A 2-Influenza B	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para o tipo de Influenza.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF: Positivo para Influenza? = 1.	TP_FLU_IF
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que foi positivo para outro vírus respiratório	Campo Essencial	POS_IF_OUT
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: VSR	Varchar2(1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para VSR.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para outros vírus? = 1.	IF_VSR
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Parainfluenza 1	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para Parainfluenza 1.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF: Positivo para outros vírus? = 1.	IF_PARA1
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular que: Parainfluenza 2	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para Parainfluenza 2.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para outros vírus? = 1.	IF_PARA2
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Parainfluenza 3	Varchar2(1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para Parainfluenza 3.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para outros vírus? = 1.	IF_PARA3
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Adenovírus	Varchar2(1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular:	IF_ADENO

			Adenovírus.	Positivo para outros vírus? = 1.	
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Outro vírus respiratório	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico da IF/outro método que não seja Biologia Molecular que para Outro vírus respiratório.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para outros vírus? = 1.	IF_OUTRO
59-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Outro vírus respiratório (Descrição)	Varchar2(30)		Nome do outro vírus respiratório identificado pela IF/outro método que não seja Biologia Molecular que.	Campo Essencial Habilitado se campo 53-Agente etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: /Outro vírus respiratório, especifique = 1.	DS_IF_OUT
60-Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Código (CNES)	Varchar2 (7)	Tabela com códigos CNES e nomes dos Laboratórios cadastrados no sistema.	Laboratório responsável pela liberação do resultado do teste diagnóstico (IF/outro método que não seja Biologia Molecular) da amostra do paciente.	Campo Essencial Habilitado se selecionado categoria 1-Positivo, 2-Negativo ou 3-Inconclusivo em Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular. Preenchendo o nome do Laboratório, o código é preenchido automaticamente, ou vice-versa.	LAB_IF OU CO_LAB_IF
61-Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular	Varchar2 (1)	1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não Realizado 5-Aguardando Resultado 9-Ignorado	Resultado do teste de RT-PCR/outro método por Biologia Molecular.	Campo Essencial Este campo virá marcado com 5-Aguardando Resultado e estará habilitado se o campo 47-Coletou amostra? = 1.	PCR_RESUL
62-Data do Resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular	Date DD/MM/AAAA		Data do Resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular	Campo Essencial Campo habilitado se selecionado categoria 1-Detectável, 2-Não Detectável ou 3-Inconclusivo em Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular. Data deve ser >= a data da coleta.	DT_PCR
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Resultado da RT-PCR foi positivo para Influenza	Campo Essencial	POS_PCRFLU
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se sim, qual Influenza?	Varchar2(1)	1-Influenza A 2-Influenza B	Resultado diagnóstico do RT-PCR para o tipo de Influenza.	Campo Essencial Habilitado se campo 57-Agente etiológico – RT_PCR/outro método por	TP_FLU_PCR

				Biologia Molecular: Positivo para Influenza? = 1.	
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se Influenza A, qual subtipo?	Varchar2(1)	1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique:	Subtipo para Influenza A.	Campo Essencial Habilitado se campo 57-Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se sim, qual Influenza? = 1.	PCR_FLUASU
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se Influenza A, qual subtipo? Outro, especifique:	Varchar2 (30)		Outro subtipo para Influenza A.	Campo Essencial Habilitado se Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se Influenza A, qual subtipo? = 6.	FLUASU_OUT
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se Influenza B, qual linhagem?	Varchar2(1)	1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique:	Linhagem para Influenza B.	Campo Essencial Habilitado se campo 57-Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se sim, qual Influenza? = 2.	PCR_FLUBLI
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se Influenza B, qual linhagem? Outro, especifique:	Varchar2 (30)		Outra linhagem para Influenza B.	Campo Essencial Habilitado se 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Se Influenza B, qual linhagem? = 5.	FLUBLI_OUT
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	Varchar2 (1)	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Resultado da RT-PCR foi positivo para outro vírus respiratório	Campo Essencial	POS_PCROUT
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: VSR	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para (VSR).	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_VSR
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Parainfluenza 1	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Parainfluenza 1.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?.	PCR_PARA1
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para	Campo Essencial	PCR_PARA2

Parainfluenza 2			Parainfluenza 2.	Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Parainfluenza 3	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Parainfluenza 3.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_PARA3
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Parainfluenza 4	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Parainfluenza 4.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_PARA4
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Adenovírus	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Adenovírus.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_ADENO
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Metapneumovírus	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Metapneumovírus.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_METAP
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Bocavírus	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Bocavírus.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_BOCA
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Rinovírus	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Rinovírus.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_RINO
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Outro vírus respiratório, especifique:	Varchar2 (1)	1-marcado pelo usuário Vazio - não marcado	Resultado diagnóstico do RT-PCR para Outro vírus respiratório.	Campo Essencial Habilitado se campo 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para outros vírus?	PCR_OUTRO
63- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:	Varchar2 (30)		Nome do outro vírus respiratório	Campo Essencial	DS_PCR_OUT

Outro vírus respiratório (Descrição)			identificado pelo RT-PCR.	Habilitado se 57- Agente etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Outro vírus respiratório, especifique: = 1.	
64-Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular Código (CNES)	Varchar2 (7)	Tabela com códigos CNES e nomes dos Laboratórios cadastrados no sistema.	Laboratório responsável pela liberação do resultado do teste diagnóstico (RT-PCR) da amostra do paciente.	Campo Essencial Habilitado se selecionado categoria 1-Detectável, 2-Não Detectável ou 3-Inconclusivo em 55-Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular. Preenchendo o nome do Laboratório, o código é preenchido automaticamente, ou vice-versa.	LAB_PCR OU CO_LAB_PCR
65-Classificação final do caso	Varchar2 (1)	1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente Etiológico, qual: 4-SRAG não especificado 5-COVID-19	Diagnóstico final do caso. No caso de co-infecção, priorizar o resultado de Influenza para a Classificação Final. Se tiver resultados divergentes entre IFI e RT-PCR, priorizar o resultado do RT-PCR.	Campo Obrigatório Quando o campo 63-Data do Encerramento estiver preenchido. Se 60-Critério de Encerramento for igual a 1-Laboratorial e nenhum dos campos de agente etiológico (IF ou RT-PCR) for marcado com influenza A ou B, 59-Classificação final do caso deve ser <> 1. Se 60-Critério de Encerramento for igual a 1-Laboratorial e nenhuma das combos de outros vírus respiratórios for marcada em pelo menos um dos campos de agente etiológico (IF ou RT-PCR), 59-Classificação final do caso deve ser <> 2. Deve ser <> 3 ou 4, se pelo menos um dos campos de resultado (IF e RT-PCR) for diferente de influenza ou outros vírus respiratórios.	CLASSI_FIN
65-Classificação final do caso 3-SRAG por outro agente etiológico, qual:	Varchar2(30)		Descrição de qual outro agente etiológico foi identificado	Campo Obrigatório Se campo 59-Classificação final do caso = 3. Habilitado se campo 59-Classificação final do caso = 3.	CLASSI_OUT
66-Critério de Encerramento	Varchar2(1)	1. Laboratorial 2.Vinculo-Epidemiológico 3. Clínico	Indicar qual o critério de confirmação.	Campo Essencial	CRITERIO
67-Evolução do caso	Varchar2(1)	1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	Evolução do caso	Campo Essencial	EVOLUCAO
68-Data da alta ou óbito	Date DD/MM/AAAA		Data da alta ou óbito	Campo Essencial Data da alta ou do óbito deve ser > ou = a data dos primeiros sintomas e <=	DT_EVOLUCA

				a data da digitação (atual). Habilitado se campo 61-Evolução do caso = 1 ou 2.	
69-Data do Encerramento	Date DD/MM/AAAA		Data do encerramento do caso.	Campo Obrigatório Se o campo 59-Classificação final do caso estiver preenchido. Data do encerramento deve ser > ou = a data do preenchimento. Data do encerramento deve ser < ou = a data da digitação (atual).	DT_ENCERRA
70-Observações	Varchar2(999)		Outras observações sobre o paciente consideradas pertinentes.	Campo Opcional	OBSERVA
71-Profissional de Saúde Responsável	Varchar2(60)		Nome completo do profissional de saúde (sem abreviações) responsável pela notificação.	Campo Essencial	NOME_PROF
72-Registro Conselho/Matrícula	Varchar2(15)		Número do conselho ou matrícula do profissional de saúde responsável pela notificação (Ex: CRM/RJ 1234)	Campo Essencial	REG_PROF
Data da digitação	Date DD/MM/AAAA		Data de inclusão do registro no sistema.	Campo Interno Preenchido automaticamente pelo sistema com a data da digitação da ficha. Não é a data de preenchimento da ficha manualmente e sim a data em que é digitado no sistema. Não é atualizada se houver alterações posteriores de dados.	DT_DIGITA