

# **RESAP**

## **EDIÇÃO ESPECIAL**

**6<sup>a</sup> Edição**  
**| EPoSUS**  
Fundamental  
Goiás



## SUMÁRIO

<b>EDITORIAL.....</b>	<b>2</b>
<b>DIAGRAMA DE ISHIKAWA: ANÁLISE DO PROBLEMA IDENTIFICADO NO CICLO DE VIGILÂNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. GILBERTO INÁCIO CARDOSO, JATAÍ GOIÁS, 2025 .....</b>	<b>3</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE, 2020 a 2024, CAMPOS BELOS, GOIÁS, BRASIL .....</b>	<b>5</b>
<b>INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA EM UNIDADE DE ENSINO, TEREZÓPOLIS DE GOIÁS, ABRIL A JUNHO, 2025 .....</b>	<b>7</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS, REGIÃO DE SAÚDE OESTE I, GOIÁS, 2020 A 2024 .....</b>	<b>9</b>
<b>CARACTERIZAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR, CARMO DO RIO VERDE, GOIÁS, 2025 .....</b>	<b>11</b>
<b>ANÁLISE DAS CAUSAS DE SUBNOTIFICAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ISAURA, JARAGUÁ, GOIÁS, 2025 .....</b>	<b>14</b>
<b>ANÁLISE DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA UBS DR. MILTON QUIRINO BARBOSA, JATAÍ - GOIÁS, 2025 .....</b>	<b>17</b>
<b>CARACTERIZAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA, NA UPA 24 HORAS DR. FRANCISCO FILGUEIRAS JÚNIOR, MINEIROS, GOIÁS, 2025 .....</b>	<b>20</b>
<b>CAUSAS E EFEITOS DA SUBNOTIFICAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARRO ALTO-GO, MAIO DE 2025 .....</b>	<b>23</b>

## **EDITORIAL**

Fabiano Marques Rosa<sup>1</sup>

1. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;

O Treinamento em Epidemiologia de Campo Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), EpiSUS-fundamental, é o nível de treinamento que busca aprimorar a capacidade técnica dos profissionais que estão na linha de frente da vigilância em saúde, atuando no fortalecimento da autonomia e capacidade dos estados e municípios brasileiros de responder aos eventos de interesse em saúde pública. A característica central é o enfoque predominantemente prático do treinamento em serviço (200 horas), visando aprimorar as competências do profissional no contexto de sua atuação.

Todas as atividades pedagógicas disponíveis para o processo formativo têm como objetivo desenvolver novas competências de que necessita o profissional em treinamento para compreender e atuar no ciclo de vigilância e, ocorre em seus postos de trabalho, de forma descentralizada para estados e municípios. São abordados temas que tratam de análise e interpretação de dados de vigilância, incluindo as ações de detecção e resposta a eventos relevantes de saúde pública e comunicação técnica nas modalidades oral e escrita.

O público alvo são os trabalhadores do SUS que atuam na linha de frente - nos serviços de Vigilância em Saúde e nas Redes de Atenção à Saúde, que desenvolvem atividades de coleta de dados para vigilância, monitoramento, análises e resposta, visando subsidiar a tomada de decisão para fortalecimento das políticas públicas de saúde em abrangência local.

A secretaria estadual e municipais podem esperar resultados que beneficiem seus processos de trabalho e suas metas para a saúde, incluindo: Aprimoramento da capacidade dos profissionais de reconhecer problemas de saúde pública e propor soluções; Aumento da completude e acurácia dos dados de análise de vigilância; Aprimoramento da capacidade dos profissionais de elaborar análises descritivas de problemas de saúde pública; Fortalecimento da cultura de tomada de decisão baseada na análise de dados; Formação de uma rede de profissionais treinados em vigilância e epidemiologia básica para o município e o estado.

No estado de Goiás o EpiSUS-Fundamental está sob responsabilidade do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/GO)/Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP)/Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI)/Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA)/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). Até o presente momento foram ofertadas seis turmas do EpiSUS-Fundamental no estado de Goiás, totalizando 186 egressos distribuídos em diversos municípios e em todas as regiões de saúde, fortalecendo os processos de trabalhos e gerando informações mais concretas para a tomada decisão pela gestão. Os resumos apresentados a seguir referem-se aos trabalhos de conclusão de curso da 6ª turma do EpiSUS-Fundamental Goiás, a qual corresponde à centésima turma formada do programa no Brasil.

# DIAGRAMA DE ISHIKAWA: ANÁLISE DO PROBLEMA IDENTIFICADO NO CICLO DE VIGILÂNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. GILBERTO INÁCIO CARDOSO, JATAÍ GOIÁS, 2025

Araceli Rezende Farias Chaves<sup>1</sup>, Lilian Oliveira<sup>2</sup>, Giselle Caetano Souza<sup>3</sup>, Fabiano Marques Rosa<sup>4</sup>, Marielle Sousa Vilela Bernades<sup>5</sup>

1. Enfermeira, Pós-Graduada, Diretora de Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, Goiás, Brasil;
2. Técnica de Vigilância em Saúde com ênfase no combate às endemias, Secretaria Municipal de Saúde de Jataí, Goiás, Brasil;
3. Subcoordenação de Epidemiologia de Campo. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
4. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
5. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

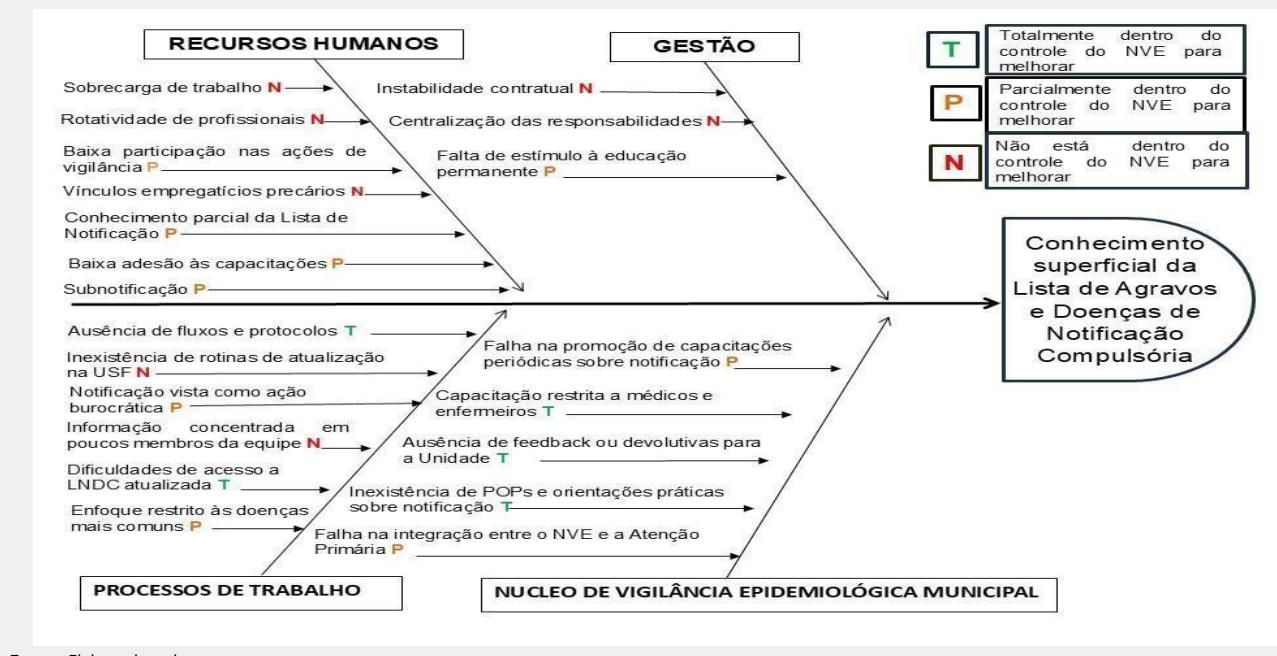
**Introdução:** A Vigilância em Saúde deve estar inserida no desenvolvimento das redes de atenção à saúde, sob a coordenação da Atenção Primária, com o objetivo de promover um cuidado integral. A articulação entre esses dois campos é essencial para assegurar a integralidade do atendimento e alcançar resultados efetivos, por meio de processos de trabalho alinhados às particularidades locais. A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, análise e disseminação de dados, fundamental para orientar políticas públicas e ações de prevenção. A notificação compulsória, definida como a comunicação obrigatória de suspeitas ou confirmações de agravos à saúde às autoridades competentes, é uma das principais ferramentas da Vigilância. Quando utilizada de forma sistemática e descentralizada, permite a detecção precoce de eventos, a análise dinâmica da situação epidemiológica, a identificação de riscos, o direcionamento de políticas públicas e a avaliação das ações implementadas. Contudo, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Jataí (GO), identificou-se fragilidade no conhecimento da Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (LNDC). **Objetivos:** Identificar e analisar as causas do conhecimento superficial da LNDC na USF Dr. Gilberto Inácio Cardoso, utilizando o Diagrama de Ishikawa e contribuir para a construção de propostas de melhoria que favoreçam a integração entre os setores e o fortalecimento das práticas de Vigilância em Saúde. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório, realizado em duas etapas: (1) entrevistas com três profissionais da USF e elaboração de matriz SWOT; (2) análise aprofundada da fraqueza prioritária com aplicação do Diagrama de Ishikawa, categorizando causas em quatro eixos: recursos humanos, gestão, processos de trabalho e vigilância epidemiológica. Os dados foram obtidos através de entrevistas com a aplicação de um questionário semiestruturado disponibilizado pelo Programa de Treinamento em Epidemiologia aplicada aos serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) de nível fundamental. Foi utilizado a classificação do grau de controle com os seguintes determinantes: T= totalmente dentro do seu controle para melhorar, P= parcialmente dentro do seu controle, N= não está no seu controle em cada eixo categorizado.

**Resultados e Discussão:** A matriz SWOT apontou como fragilidade crítica o conhecimento limitado da LNDC. O Diagrama de Ishikawa evidenciou que as causas associadas envolvem fatores de gestão, recursos humanos, processos de trabalho e apoio do NVE, incluindo sobrecarga e rotatividade de profissionais, vínculos precários, ausência de protocolos padronizados, baixa adesão a capacitações e falhas de comunicação entre os níveis. A classificação de controle demonstrou que parte dessas causas pode ser totalmente ou parcialmente superada pelo NVE, reforçando a necessidade de maior integração e de estratégias educativas continuadas. Como encaminhamentos, recomenda-se fortalecer a estabilidade e o comprometimento profissional por meio de vínculos efetivos; integrar a vigilância às práticas clínicas e às rotinas da Atenção Primária, com espaços permanentes de educação em saúde multiprofissional; descentralizar responsabilidades dentro das unidades, assegurando acesso facilitado à LNDC e incentivo à participação em capacitações; e intensificar a atuação do NVE com capacitações regulares, materiais técnicos atualizados e canais de comunicação permanentes com as equipes de base. Essas medidas, articuladas entre gestores municipais, equipes locais e vigilância epidemiológica, são fundamentais para consolidar a notificação como prática integrada ao cuidado e fortalecer o ciclo de vigilância em saúde.

**Considerações Finais:** A aplicação do Diagrama de Ishikawa mostrou-se relevante ao evidenciar fatores que comprometem a efetividade da vigilância epidemiológica na USF Dr. Gilberto Inácio Cardoso, especialmente em relação ao conhecimento da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória. O diagnóstico estruturado destacou lacunas sob controle da própria vigilância, como ausência de protocolos, falhas de comunicação, baixa participação da equipe e insuficiência de capacitações. Os resultados apontam a necessidade de maior integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, com atuação maisativa e articulada do Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Para superar as fragilidades identificadas, é fundamental o engajamento da equipe da unidade, a valorização das capacitações e a corresponsabilização de todos os atores. Mais do que ações pontuais, exige-se a construção de uma cultura institucional que incorpore a notificação como prática estratégica, sustentada por esforços contínuos e coordenados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância em Saúde; Notificação Compulsória; Atenção Primária à Saúde; Diagrama de Ishikawa; Gestão em Saúde.

**Figura 1.** Diagrama de Ishikawa, da USF Dr. Gilberto Inácio Cardoso, Jataí GO, 2025.



**Fonte:** Elaborada pelos autores

compulsória de doenças e dá outras providências. Diário Oficial da União.

#### ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

#### REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais da vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 1 Jun 2025]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_vigilancia\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf)
- Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância em saúde [Internet]. 6 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [citado em 7 Jun 2025]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_6ed\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6ed_v1.pdf)
- Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018; 23(6):1811-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.0903201>
- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece a notificação

31 out, 1975. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6259.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm)

5. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Diário Oficial da União [Internet]. 13 ago 1976 [citado em 18 Maio 2025]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/antigos/D78231.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D78231.htm)

6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.html](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html)

7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 2010; Seção 1:60.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Define as responsabilidades e atribuições gerais e específicas das três esferas de gestão para as ações de vigilância em saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 10 Jul 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html)

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE, 2020 a 2024, CAMPOS BELOS, GOIÁS, BRASIL

Andressa Oliveira **Souza<sup>1</sup>**, Meriene Rosa de **Abreu<sup>2</sup>**, Marielle Sousa Vilela **Bernardes<sup>3</sup>**, Fabiano Marques **Rosa<sup>4</sup>**

1. Regional de Saúde Nordeste I (RSNI), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Campos Belos, Goiás, Brasil; andressa.osouza@goias.gov.br;
2. Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Goiás (CIATox), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Goiânia, Goiás, Brasil;
3. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública(GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. O principal reservatório é o ser humano. Se manifesta através da tosse, febre vespertina, sudorese noturna, cansaço e perda de peso acentuada. A TB é uma doença de transmissão aérea: ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, expelidos pela tosse, pelo espirro ou pela fala de pessoas contaminadas<sup>1</sup>. O esquema de tratamento compreende duas fases: a intensiva (ou de ataque) e a de manutenção. Os medicamentos usados nos esquemas padronizados para a tuberculose sensível em adultos e adolescentes são a isoniazida (H), a rifampicina (R), a pirazinamida (Z) e o etambutol (E), sendo quatro medicamentos na fase intensiva e dois na fase de manutenção, em dose fixa combinada (RHZE e RH)<sup>2</sup>. Para crianças menores de 10 anos, o tratamento é feito com a rifampicina (R), a isoniazida (H) e a pirazinamida (Z), três medicamentos na fase de ataque e dois na fase de manutenção, sendo também disponível em comprimidos dispersíveis, em doses fixas combinadas, com apresentações tipo 3 em 1 (RHZ) ou 2 em 1 (RH), podendo ser utilizados a depender da faixa de peso<sup>2</sup>. A transmissão pode ocorrer enquanto a pessoa estiver eliminando bacilos. Esse período de eliminação do bacilo pode ser identificado pela positivação do exame de baciloscopia ou do teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB). Com o início do esquema terapêutico adequado, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento, encontra-se muito reduzida. Na grande maioria das situações, já não ocorre transmissibilidade nessa fase do tratamento. Dessa forma, a importância de realizar baciloscopia de escarro de controle se dá não somente para confirmação da eficácia do esquema terapêutico, mas também para a avaliação de risco para os contatos<sup>2</sup>.

**Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos de TB em Campos Belos, Goiás, no período de 2020 a 2024.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2020 a 2024, por município de residência. A população do estudo foi composta por todos os casos de tuberculose notificados no município e registrados no SINAN, no período delimitado pelo recorte temporal mencionado. Os dados foram exportados do SINAN, no formato Data Base File (DBF), com acesso no dia 12 de maio de 2025. A qualidade dos dados foi avaliada através dos parâmetros de incompletude, inconsistência e medidas de frequência. As variáveis selecionadas para análise de incompletude foram os campos: cartão nacional de saúde (CNS), endereço, número de telefone, idade, sexo, raça/cor e escolaridade. Para análise de medidas de frequência, foram selecionadas a taxa de incidência e letalidade. Para inconsistências foram avaliados os campos em branco e ignorados nas notificações. Para avaliação da qualidade dos dados (incompletude e inconsistência) foram utilizados os campos da notificação sendo eles: cartão nacional de saúde, endereço, número de telefone, idade, sexo, raça/cor e escolaridade. Para a avaliação da qualidade de dados, foi utilizada a categorização recomendada por Romero e Cunha: excelente, quando há menos de 5% de incompletude; bom, de 5 a 10%; regular, 10 a 20%; ruim, de 20 a 50%; muito ruim, quando a incompletude supera os 50%<sup>3</sup>. Para as variáveis que apresentam a tuberculose no espaço e tempo, foram utilizados cálculos da taxa de incidência e letalidade. A taxa de incidência foi calculada a partir do número de casos por ano, dividido pela população estimada do município no mesmo período, por 10 mil habitantes. A taxa de letalidade foi calculada considerando como numerador o número de óbitos e como denominador o total de casos confirmados de tuberculose.

**Resultados e Discussão:** Após avaliação do banco de dados, pode-se perceber que, no período de 2020 a 2024, foram notificados 24 casos de tuberculose, sendo 22 novos casos e dois reingressos após abandono. O ano de 2024, com nove novos casos, foi o ano com o maior número de casos notificados. Em relação aos dados sóciodemográficos, observou-se que 70,83% (n:17) dos casos são do sexo masculino e 29,17% (n:7) do sexo feminino. A faixa etária mais afetada foi a de indivíduos com idade entre 50 a 59 anos, correspondendo a 29,17% (n: 7) dos casos. Quanto à escolaridade, 29,17% dos casos tinham a variável não preenchida. As taxas de incidência no ano de 2020 foram de 2.71 casos/10.000 habitantes, em 2021 observa-se um aumento sendo 3.26 casos/10.000 habitantes, apresenta queda nos anos de 2022 e 2023, com 1.1 casos/10.000 habitantes em ambos os anos, e, após, pode-se

observar um aumento acentuado da taxa no ano de 2024, com 4.97 casos/10.000 habitantes. A taxa de letalidade no período de 2020 a 2024 não apresentou óbitos; porém, no ano 2024, houve um aumento significativo na taxa de letalidade, com um óbito, totalizando 11,11% da taxa de letalidade. A ficha de notificação/investigação/acompanhamento de tuberculose no SINAN é composta por 66 campos. Foi utilizado apenas campos com informações válidas. Na avaliação da qualidade dos dados, três das sete variáveis obtiveram uma avaliação de "excelente" da incompletude, sendo elas: faixa etária e sexo com 0% de incompletude, endereço com 4,16% de incompletude. Entretanto, o campo raça/cor e número de telefone obtiveram avaliação regular sendo 12,5% de incompletude em ambos os campos e os campos de escolaridade e cartão nacional de saúde obtiveram avaliação de "muito ruim" com 54,16% e 25% respectivamente. As inconsistências foram avaliadas utilizando os campos: tipo de entrada, baciloscopia, teste molecular rápido - TB (TRM-TB) e contatos examinados. Pode-se perceber que existe um número expressivo de inconsistências nas fichas de notificação, visto que, na definição de caso, não se apresenta caso suspeito; portanto, só se notificam casos de tuberculose confirmados por baciloscopia ou TRM-TB, e observa-se fichas de notificação sem preenchimento do campo dos contatos examinados. Tendo em vista que toda notificação, após o encerramento do tratamento, é necessária também o encerramento no sistema, de acordo com os critérios descritos na ficha de notificação. No período do estudo identificamos que diante dos 24 casos notificados, 12 evoluíram para cura, três abandonos de tratamento, dois óbitos por outras causas, duas transferências, um óbito por tuberculose e três notificações ainda sem encerramento. **Conclusões:** O estudo evidenciou predominância de casos de tuberculose no sexo masculino, com maior frequência na faixa etária de 50 a 59 anos. Observou-se incompletude muito ruim na variável escolaridade, enquanto as variáveis sexo, faixa etária e endereço apresentaram excelente completitude. A análise das taxas de incidência revelou aumento em 2024, ano em que também foi registrado o único óbito do período. Destacam-se ainda falhas na vigilância epidemiológica, como ausência ou negatividade de baciloscopia em 58,33% das fichas, não realização ou não preenchimento do TRM-TB em 87,5% e ausência de registro de contatos examinados em 29,16%. Tais inconsistências comprometem a qualidade dos dados e a efetividade das ações de controle. Conclui-se que é essencial aprimorar o preenchimento das fichas de notificação e qualificar os processos de vigilância, assegurando informações confiáveis que subsiditem medidas eficazes de prevenção, tratamento e controle da tuberculose.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose Pulmonar; Perfil Epidemiológico; Qualidade dos Dados.

#### ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

#### REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume

2. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 16 Maio 2025].

2- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 28 Ago 2025]. 364 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>

3- Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007;23(3):701-14. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/nrYNLflbhd5QmvC85QVFk>

# INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA EM UNIDADE DE ENSINO, TEREZÓPOLIS DE GOIÁS, ABRIL A JUNHO, 2025

Fabíola Fernandes Soares<sup>1</sup>, Erika Dantas Dias de Jesus<sup>2</sup>, Fabiano Rosa Marques<sup>3</sup>, Marielle Sousa Vilela Bernardes<sup>4</sup>

1. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) Região de Saúde Pireneus, Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Anápolis, Goiás, Brasil. fabiola.soares@goias.gov.br
2. Coordenação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e outros Sistemas de Informações, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.
3. Coordenação Estadual do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública, Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A doença mão-pé-boca (DMPB) é uma manifestação clínica contagiosa, que recebe esse nome, pois suas lesões aparecem com frequência justamente em mãos, pés e boca. É causada pelo Enterovirus 71 e o Coxsackievirus A16, ambos da família Picornaviridae, e normalmente têm como habitat o sistema digestivo humano<sup>1</sup>. Na maioria dos casos trata-se de uma condição benigna, autolimitada, com um curto período de incubação de três a seis dias. É uma enfermidade que acomete quase sempre crianças, especialmente as menores de cinco anos de idade e que estão amamentando, mas pode acometer, em menor frequência, adultos<sup>1,2</sup>. As principais manifestações da DMPB são: febre, estomatites (úlceras na mucosa oral e ao redor da boca), erupções papulovesiculares/maculopapulares nas mãos, pés e nádegas, podendo progredir para lesões bolhosas por outras partes do corpo<sup>1</sup>. É comum o relato associado de diarreia, mal-estar, vômito e/ou dor. A transmissão se dá pela via fecal/oral, através do contato direto entre as pessoas ou com as fezes, saliva e outras secreções, ou então através de alimentos e de objetos contaminados, desde o período de incubação até algumas semanas após infecção<sup>3</sup>. O diagnóstico da DMPB é clínico. Para casos individuais não há necessidade nem de notificação, nem de exame laboratorial específico. Entretanto, em caso de surto, deve haver notificação e, no estado de Goiás, recomenda-se a coleta de amostras de fezes e/ou swab de secreção das lesões<sup>4</sup>. No dia 12 de maio de 2025, a Vigilância Epidemiológica de Terezópolis de Goiás comunicou ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) da Regional de Saúde Pireneus sobre a ocorrência de dois casos de crianças, que atendiam a definição de caso (quadro febril com lesões cutâneas em mãos e pés), em uma mesma instituição, no mesmo período, configurando surto<sup>4</sup>. Desde o comunicado realizado à Regional de Saúde Pireneus, o município passou a ser monitorado, e ações inerentes à detecção e prevenção foram articuladas em parceria com a Vigilância Epidemiológica Municipal (VEM). **Objetivos:** Investigar o surto de DMPB entre crianças de uma creche no município de Terezópolis de Goiás, no período de abril a junho de 2025. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, descritivo e retrospectivo, que se iniciou em 12/05/2025, após a VEM comunicar o possível surto em curso no município. Terezópolis de Goiás é um município que integra a Regional de Saúde Pireneus. A população de estudo foi composta pelas pessoas de uma instituição de educação infantil municipal, que possuía 198 alunos, distribuídos em 10 salas e em dois turnos: matutino (n= 94) e vespertino (n= 104). Eram crianças de 3 (n= 48), 4 (n= 84), 5 (n= 63) e 6 anos (n= 2) a 6 anos, sendo 103 do sexo masculino e 95 do sexo feminino. Para a investigação, foi considerada a seguinte definição de caso: indivíduo da comunidade escolar dos turnos matutino e vespertino que tenha apresentado, entre os meses de abril e junho de 2025: 1) quadro febril associado ou à falta de apetite e/ou dificuldade de beber água; ou 2) pontos avermelhados nas mãos e/ou nos pés e/ou nas nádegas ou feridas na boca e 3) casos repassados pela VEM no dia da visita técnica, afastados da rotina escolar por diagnóstico médico para DMPB. O cálculo para encerramento do surto foi: 1 período máximo de incubação (7 dias) + 1 período de transmissibilidade (7 dias) = 14 dias após o início de sintomas do último caso confirmado. Foram utilizados como fonte e coleta de dados: lista de frequência dos alunos e questionário on-line (Google Forms), semiestruturado, pré-testado, elaborado especificamente para investigação do surto, a ser preenchido pelos responsáveis dos escolares. O questionário foi disparado pelos gestores da escola aos responsáveis dos menores por aplicativo de mensagem, em 19/05/2025. Os dados foram consolidados em frequência absoluta, relativa e taxas de ataque. As variáveis avaliadas foram: sexo, idade, turno, sala, sinais e sintomas. Considerando a coleta de dados, com finalidade de treinamento, inerente à rotina de trabalho dos profissionais da VEM, com o embasamento nas Resoluções Nº 466 e 510, justifica-se que para o presente estudo, com o devido resguardo da identidade dos participantes, não há, portanto, indicação de submissão ao CEP/CONEP<sup>5,6</sup>. **Resultados e Discussão:** Da visita técnica à unidade, constataram-se fragilidades nas rotinas de higiene, que foram pontualmente orientadas. As respostas obtidas foram coletadas via formulário on-line. Dos 198 questionários disparados, 126 foram respondidos (63,6%), garantindo representatividade da amostra<sup>7</sup>. Das respostas obtidas, aproximadamente 10% (n=13) das crianças foram informadas como sintomáticas nas últimas semanas que antecederam à aplicação do instrumento de coleta de dados e foram monitoradas via planilha. Desses, seis (n= 06) atendiam à definição de caso para o presente es-

tudo. Somando-se aos 05 casos prévios, que já haviam sido afastados anteriormente por diagnóstico médico por DMPB, o total resultou em 11 casos. A evolução do surto foi de 41 dias. Após a visita técnica e as recomendações, foi registrado apenas mais um caso, classificado como o último. Os casos de DMPB foram maior no turno vespertino (63,6%), resultando numa taxa de ataque de 6,7%, maior que no matutino (4,2%). As salas de aula com maior taxa de ataque foram: 3A matutino e 3C vespertino. Observa-se que se trata do mesmo espaço físico, que pela manhã abriga as crianças do 3A e, à tarde 3C. Isso sugere possível falha na limpeza e desinfecção do local nos períodos interturnos. Por esse motivo, a higiene e a desinfecção dos ambientes são tão preconizadas, assim como o distanciamento social e a lavagem das mãos<sup>8</sup>. O sexo feminino (72,7%) foi o mais frequente, com destaque para uma taxa de ataque de quase 20% entre as meninas do 4D vespertino. Verificou-se o registro da notificação pela VEM 22 dias após a comunicação do surto de DMPB. No dia 13/06/2025, a equipe de investigação retornou à creche para a realização de atividade educativa e apresentação teatral sobre a importância higienização das mãos. A VEM foi orientada reiteradamente sobre a coleta oportunamente amostra das lesões e de fezes, mas não realizou. **Conclusões:** A aplicação de questionário on-line teve boa taxa de resposta. Alguns casos já possuíam diagnóstico clínico médico de DMPB anterior à coleta. Os demais foram selecionados da planilha de respostas, após estabelecimento de definição de caso. O sexo feminino foi o mais frequente entre os acometidos. A transmissão da doença foi mais sustentada no turno vespertino. Algumas fragilidades na estrutura física e na rotina escolar foram identificadas e careciam de ajustes. Após as orientações, foi registrado apenas mais um caso, no dia seguinte à visita. Houve um lapso temporal prolongado entre a comunicação e a notificação, além de ausência de coleta para análise laboratorial. A despeito das intercorrências, deste monitoramento resultaram reflexões, produtos e experiências passíveis de serem replicados em outros surtos de DMPB.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Mão-Pé-Boca; Perfil epidemiológico; Surto de Doenças; Notificação.

#### ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o

uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

#### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Coordenação Geral do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. Nota técnica nº 16/2023-CGCIEVS/DEMSP/SVSA/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/sei\\_ms-0033506310-nota-tecnica.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/sei_ms-0033506310-nota-tecnica.pdf)/view
2. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Dermatologia, Departamento Científico de Infectologia. Síndrome mão-pé-boca [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2019. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22039d-DocCient\\_-\\_Sindrome\\_Mao-Pe-Boca.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22039d-DocCient_-_Sindrome_Mao-Pe-Boca.pdf)
3. Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual em Saúde. Doença mão-pé-boca [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/doenca-mao-pe-boca/>
4. Secretaria de Estado da Saúde (GO). Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde. Nota técnica nº 1/2023-SES/CIEVS-21843 [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde; 2023. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34//cievs/sindrome-mao-pe-boca/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2001-2023%20-%20Orienta%20sobre%20surtos%20de%20SMPB.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>/view
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
7. Comentto. Calculadora amostral: saiba porque e como realizar corretamente o cálculo amostral para a sua pesquisa [Internet]. São Paulo: Comentto; 2025. Disponível em: <https://comentto.com/calculadora-amostral/>
8. Whitney S, Manal O. Enterovírus [Internet]. USA: National Library of Medicine, StatPearls Publishing LLC. 31 jul 2023. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK562330/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_t=pt&\\_x\\_tr\\_h=pt&\\_x\\_tr\\_p=tc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.goog/books/NBK562330/?_x_tr_sl=en&_x_tr_t=pt&_x_tr_h=pt&_x_tr_p=tc)

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS, REGIÃO DE SAÚDE OESTE I, GOIÁS, 2020 A 2024**

Fernanda Paula de Faria **Guimarães**<sup>1</sup>, Larissa Araújo Leal **Reis**<sup>2</sup>, Marielle Sousa Vilela **Bernardes**<sup>3</sup>, Fabiano Marques **Rosa**<sup>4</sup>

1. Coordenadora Regional de Vigilância em Saúde, Coordenação Regional de Vigilância em Saúde, Regional de Saúde Oeste I, Gerência das Regionais de Saúde (GERES), Superintendência de Regionalização (SUPERRE), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), fernanda.guimaraes@goias.gov.br.
2. Subcoordenadora de Epizootias e outras Zoonoses, Coordenação de Zoonoses, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).
3. Analista em Saúde, Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).
4. Coordenador Estadual do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).

### **RESUMO**

**Introdução:** Os acidentes por animais peçonhentos são considerados aqueles causados por animais que possuem a capacidade de injetar ativamente toxinas. Eles utilizam aparelhos inoculadores, que podem ser dentes especializados (presas), ferrões, quelíceras, cerdas urticantes, esporões etc.<sup>1</sup> Os acidentes por animais peçonhentos são considerados agravos de notificação compulsória imediata no Brasil, ou seja, devem ser notificados em até 24 horas à Secretaria Municipal de Saúde.<sup>2</sup> Os registros das notificações ocorrem no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e são realizados mediante o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Acidentes por Animais Peçonhentos.<sup>3</sup> O conhecimento do perfil epidemiológico é importante para medidas de saúde pública, como a produção e distribuição de soros antivenenos entre as Unidades da Federação (UF) e o direcionamento de esforços de prevenção para grupos de risco ou localidades com maior incidência.<sup>3</sup> **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos casos de acidentes por animais peçonhentos ocorridos nos municípios da Região de Saúde Oeste I, em Goiás de janeiro de 2020 a dezembro 2024. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, quanti-qualitativo que utilizou dados secundários das notificações de acidente por animais peçonhentos do SINAN dos dezesseis municípios que compõem a Região de Saúde Oeste I, do estado de Goiás. Os dados foram analisados utilizando o programa Microsoft Office Excel 365 ®. Foram realizadas as avaliações da qualidade de dados pela completude e consistência das seguintes variáveis: sexo, faixa etária e tipo de acidente. A completude dos dados, foi analisada com base em escore adaptado de Romero e Cunha, que categoriza a completude como excelente (< 5,0% de incompletude), boa (5,0% a 10,0% de incompletude), regular (10,0% a 20,0% de incompletude), ruim (20,0% a ≤ 50,0% incompletude) ou muito ruim (> 50,0% de incompletude).<sup>5</sup> A consistência dos dados foi avaliada à luz da classificação proposta por Abath et al. Excelente, quando os percentuais de consistência são iguais ou superiores a 90,0%; regular, entre 70,0% e 89,0%; e baixa, se esse percentual é inferior a 70,0%.<sup>6</sup> **Resultados e Discussão:** Entre os anos de 2020 e 2024, foram notificados 663 casos de acidentes com animais peçonhentos de residentes da Região de Saúde Oeste I, a uma média anual de 132,4 casos. O escorpiônismo foi o acidente de maior ocorrência (46,15%), seguido pelo ofidismo (34,39%), totalizando 80,54% dos casos. Acidentes com abelha teve um percentual de 5,88%, o aranêismo com 5,28%, acidentes com outros animais foi de 7,54%. O erucismo foi responsável por 0,30%. Os municípios que mais notificaram acidentes com animais peçonhentos foram Aragarças, Bom Jardim de Goiás, Iporá, Piranhas, Montes Claros de Goiás, Arenópolis e Fazenda Nova. Estas sete cidades concentraram 82,05% dos casos notificados. Os demais municípios da região notificaram 119 casos. O agravo acometeu predominantemente pessoas do sexo masculino, com 400 casos (60,33%), enquanto no sexo feminino foram registrados 263 casos (39,67%). As pessoas que mais sofreram acidentes por animais peçonhentos foram da faixa etária de 50 a 59 anos de idade, totalizando 135 casos (20,36%), seguida da faixa etária de 30 a 39 anos de idade (16,14%). Para verificar a consistência dos dados, foram analisadas as datas de notificação e de encerramento. A data de encerramento deve ser igual ou posterior à data de notificação. Com base nesse critério, 66 notificações (9,95%) foram classificadas como inconsistentes, por não apresentarem data de encerramento ou por esta ser anterior à data de notificação. Por outro lado, 597 fichas (90,04%) foram consideradas consistentes, pois apresentavam data de encerramento igual ou posterior à data de notificação. Quanto ao grau de completude, observou-se nível excelente nos campos sexo, faixa etária e tipo de acidente. Nos dois primeiros, todas as fichas apresentavam preenchimento adequado. Já na variável tipo de acidente, das 663 notificações analisadas, 660 estavam devidamente preenchidas, correspondendo a 99,54% de completude. Em relação à variável classificação do caso, 501 notificações (75,56%) foram classificadas como casos leves, 107 como moderados e 24 como graves. No campo referente à classificação do caso, 11 notificações constavam como ignorado e em 20 delas este campo não foi preenchido. No que se refere a completude desta variável, à luz de Romero e Cunha<sup>5</sup>, a

classificação é excelente (95,32%). Quanto ao intervalo entre a picada e o atendimento, 419 casos (66,20%) receberam assistência em até uma hora após o acidente. Em 148 casos (22,32%), o tempo decorrido foi de uma a três horas, enquanto 38 casos tiveram atendimento entre três e seis horas. Entre os 663 casos analisados, 41 (6,18%) apresentaram intervalo igual ou superior a seis horas até o primeiro atendimento. Além disso, sete notificações continham essa informação marcada como ignorada e dez apresentavam o campo em branco. "No que se refere à evolução dos casos notificados, 550 foram classificados como curados, 96 registros encontram-se com o campo 'evolução' não preenchido e, em 16 casos, essa variável consta em branco. A região notificou um óbito por acidente com animal peçonhento.

**Considerações finais:** No período de estudo, observou-se maior incidência de acidentes com animais peçonhentos no sexo masculino e da faixa etária de 50 a 59 anos de idade. O escorpião foi o acidente de maior ocorrência, seguido pelo ofidismo. A maioria das notificações demonstraram consistência quanto a data da notificação e data de encerramento, assim como maioria dos acidentes obteve assistência do serviço de saúde no período máximo de até uma hora após a picada. Em relação aos casos estudados, a maior parte deles apresentou um desfecho favorável, evoluindo para a cura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Animais Peçonhentos; Notificação de Doenças; Qualidade dos Dados; Base de Dados.

#### ACESSO ABERTO

 Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

#### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de animais peçonhentos no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. 164 p. [citado em 18 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/publicacoes/guia-animais-peconhentos-do-brasil.pdf/view>
2. Ministério da Saúde (BR). Acidente por animais peçonhentos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 27 Abr 2025]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/acidente-por-animais-peconhentos>
3. Ministério da Saúde (BR). Notificação compulsória [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [2025]. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/a/notificacao-compulsoria>

4. Souza TC, Santana LR, Teixeira MG, Costa MCN, Oliveira KKD, Santos VS, et al. Tendência temporal e perfil epidemiológico dos acidentes por animais peçonhentos no Brasil, 2007-2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022 [citado em 30 Mar 2023];31(3):e2022025. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/3DKmsxRVTXY9JCynCFtstmy/>  
doi:10.1590/S2237-96222022000300009

5. 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). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006;22(3):673-84. doi: 10.1590/s0102-311x2006000300022

6. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicitade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014;23:131-42. doi: 10.15123/S1679-49742014000100013.

# CARACTERIZAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR, CARMO DO RIO VERDE, GOIÁS, 2025

Gislene Candido **Numes**<sup>1</sup>, Érika Dantas Dias de **Jesus**<sup>2</sup>, Fabiano Marques **Rosa**<sup>3</sup>, Marielle Sousa Vilela **Bernardes**<sup>4</sup>, Grasiele Cesário **Silva**<sup>5</sup>, Cristiane Rufino dos Santos **Castro**<sup>6</sup>

1. Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal da Saúde de Carmo do Rio Verde, Goiás, Brasil; gislene.nunes@gmail.com
2. Coordenação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Outros Sistemas de Informações, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
3. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.
5. Secretaria de Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Carmo do Rio Verde, Goiás, Brasil;
6. Coordenadora da Atenção Primária à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Carmo do Rio Verde, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A Vigilância em Saúde é definida pela Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) como um processo contínuo de coleta, análise e divulgação de dados para subsidiar ações públicas, abrangendo vigilâncias de doenças transmissíveis e não transmissíveis, situação de saúde, ambiental, do trabalhador e sanitária<sup>1</sup>. No âmbito hospitalar, está presente por meio da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), criada pela Portaria GM/MS nº 1.694/2021, que busca aprimorar o conhecimento, detecção, preparação e resposta imediata a emergências em saúde pública<sup>2</sup>. A vigilância em saúde segue um ciclo que se inicia na suspeita, detecção ou diagnóstico de agravos de notificação compulsória<sup>3</sup>. Esse ciclo envolve coleta, análise, interpretação e divulgação de informações, seguidos de monitoramento e avaliação<sup>1</sup>. A qualidade dessas informações depende de registros precisos, especialmente em unidades hospitalares de alto fluxo, realizados por meio das fichas de notificação. A análise desses dados subsidia intervenções oportunas e efetivas para o controle de doenças e agravos, o que fundamenta a elaboração deste estudo. **Objetivos:** Descrever as etapas do ciclo da vigilância em saúde, identificando pontos fortes e fracos, além das ameaças e oportunidades desenvolvidas em uma unidade hospitalar no município de Carmo do Rio Verde, estado de Goiás, em 2025. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no Hospital Municipal Dr. Eurico Martins, em Carmo do Rio Verde, Goiás, entre abril e junho de 2025. O município possui 9.710 habitantes e conta com três Unidades Básicas de Saúde e uma unidade hospitalar. Participaram da pesquisa três profissionais da equipe de saúde do Hospital Municipal Dr. Eurico Martins, sendo uma médica, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, utilizando formulário padronizado, disponibilizado pelo Programa de Treinamento em Epidemiologia aplicada aos serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) de nível fundamental. A análise foi realizada utilizando a Matriz SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), conhecida em português como Matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças), uma ferramenta de gestão estratégica que possibilita identificar aspectos internos e externos, compreender melhor o cenário e subsidiar a tomada de decisões<sup>4</sup>. O estudo seguiu as orientações da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>5</sup>, que define as normas éticas para pesquisas com seres humanos nas áreas das Ciências Humanas e Sociais. **Resultados e Discussão:** A partir das informações coletadas por intermédio do questionário, foi elaborada uma Matriz SWOT, que identificou os pontos fortes e fracos internos da unidade hospitalar, bem como ameaças e oportunidades externas, permitindo visualizar os desafios e os suportes para o cumprimento das etapas do Ciclo de Vigilância em Saúde (Quadro 1).

**Quadro 1.** Resultados obtidos na Matriz SWOT, relacionadas ao ciclo de vigilância na unidade hospitalar, Carmo do Rio Verde, junho de 2025.

<b>FATORES INTERNOS</b>	
<b>PONTOS FORTES</b>	<b>FRAQUEZAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fichas de notificação compulsória impressas e disponíveis em local acessível;</li> <li>2. Sempre que possível, as notificações são preenchidas na presença do paciente;</li> <li>3. Disponibilização de testes rápido / insumos para coleta de material biológico;</li> <li>4. O NVE é informado sobre a notificação de forma imediata, via WhatsApp;</li> <li>5. Envio diário das fichas de notificação compulsória para o NVE.</li> <li>6. Conhecem algumas doenças de notificação compulsória (dengue, sarampo, rubéola, acidentes por animais peçonhentos, atendimento antirrábico humano);</li> <li>7. Realiza notificação negativa de diarreia;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não possui fluxo de notificação formalizado;</li> <li>2. Desconhecimento ou não utilização, por parte de alguns profissionais, da Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, apesar de sua disponibilidade;</li> <li>3. Não notifica os casos diante da suspeita;</li> <li>4. Ausência de instrumento para controle das notificações enviadas ao NVE;</li> <li>5. Notificação centralizado no enfermeiro;</li> <li>6. Sobrecarga de serviço;</li> <li>7. Não realiza análise e interpretação dos dados;</li> <li>8. Subnotificação ou em tempo inóportuno devido a sobrecarga de trabalho;</li> <li>9. Não possui laboratório na unidade;</li> </ol>
<b>FATORES EXTERNOS</b>	
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMEAÇAS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicação efetiva com a vigilância epidemiológica;</li> <li>2. Disponibilidade de laboratórios (Convênio com laboratório particular e LACEN);</li> <li>3. Visitas frequentes da vigilância epidemiológica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta rotatividade de profissionais;</li> <li>2. Sobrecarga de trabalho;</li> <li>3. Mais de 50% da equipe possui vínculo empregatício por meio de contrato;</li> <li>4. A coordenadora do NVE também é RT da equipe de enfermagem.</li> </ol>

**Fonte:** elaborado pelos autores, 2025

Um dos fatores internos evidenciado no estudo, representado como uma fraqueza na Matriz SWOT, foi a rotatividade de profissionais no setor hospitalar. Em termos financeiros, além dos custos relacionados à reposição da mão de obra, as unidades de saúde, como hospitais, enfrentam prejuízos com a perda de profissionais experientes e treinados. Nesse contexto, a rotatividade excessiva da equipe interfere de forma significativa na qualidade do cuidado prestado, no aumento do tempo e do custo com contratação e capacitação de novos profissionais<sup>6</sup>. O desconhecimento ou não utilização, por parte de alguns profissionais, da Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, apesar de sua disponibilidade foi outra fraqueza evidenciada na Matriz SWOT. Uma pesquisa que avaliou o conhecimento dos médicos sobre o processo de notificação de doenças mostrou que, embora a maioria reconheça a obrigatoriedade da notificação, muitos desconhecem quais doenças devem ser notificadas e quais procedimentos seguir. Esse desconhecimento contribui de forma significativa para a subnotificação de casos<sup>7</sup>. Entre as ameaças identificadas na Matriz SWOT, destaca-se a sobrecarga de trabalho, sobretudo pelo profissional enfermeiro, responsável pelo preenchimento das notificações da unidade hospitalar estudada. **Conclusões:** A análise do Ciclo de Vigilância em Saúde no Hospital Municipal Dr. Eurico Martins, realizada em abril de 2025 por meio da Matriz SWOT, permitiu identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da unidade. O instrumento auxiliou no planejamento de estratégias para fortalecer notificação, registro e análise de dados, sendo essencial para subsidiar a tomada de decisões e melhorar a qualidade do atendimento à população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância em Saúde; Epidemiologia; Vigilância Epidemiológica; Assistência Hospitalar.

**ACESSO ABERTO**


Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

**REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações estratégicas de epidemiologia e vigilância em saúde e ambiente. *Guia de vigilância em saúde: volume 1* [Internet]. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 20 Abr 2025]. 3 v. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_6edrev\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2021 [citado em 20 Abr 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou-/portaria-gm/ms-n-1.694-de-23-de-julho-de-2021-334076227>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a esporotricose humana na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos
- serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União [Internet]. 18 mar 2025 [citado em 21 Abr 2025]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6734\\_31\\_03\\_2025.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6734_31_03_2025.html)
4. Souza LPS, Souza AMV, Pereira KG. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. Rev G&S [Internet]. 2017 [citado em 21 Abr 2025];4(1):1633-4. Disponível em: <https://www.periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207>
5. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2016 [citado em 21 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
6. Silveira FS, Santos BG, Prates RIP, Prates RMP, Teixeira JAL. O impacto da rotatividade externa de enfermeiros para as instituições hospitalares. Rev Psicologia & Saberes [Internet]. 2019;8(13):113-25. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/psicologia/article/view/1127>
7. Konowitz PM, Petrossian GA, Rose DN. The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements. Public Health Rep [Internet]. 1984;99(1):31-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6422492/>

# ANÁLISE DAS CAUSAS DE SUBNOTIFICAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA ISAURA, JARAGUÁ, GOIÁS, 2025

Jaqueleine Ferreira Braga<sup>1</sup>, Erika Dantas Dias Jesus<sup>2</sup>, Fabiano Marques Rosa<sup>3</sup>, Marielle Sousa Vilela Bernardes<sup>4</sup>

1. Secretaria Municipal de Saúde de Jaraguá; Jaqueleine.sauude@outlook.com.
2. Coordenação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Outros Sistemas de Informações, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.
3. Coordenação Estadual do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública, Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A vigilância em saúde é um componente essencial das políticas públicas de saúde, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Ela abrange um conjunto de ações que visam monitorar, identificar e responder a doenças ou agravos à saúde da população, contribuindo para a formulação de estratégias eficazes de intervenção<sup>1</sup>. A Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde criada em 2018, complementa a Lei 8.080 ao delinear diretrizes e estratégias para a implementação das ações de vigilância em saúde no país. Essa política busca integrar as diversas áreas da vigilância, como a epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador, promovendo uma abordagem intersetorial que reconhece a complexidade dos determinantes sociais da saúde. A Política Nacional de Vigilância em Saúde também enfatiza a importância da participação da comunidade e do fortalecimento da capacidade dos serviços de saúde para responder de forma eficaz a situações de risco e emergência em saúde pública<sup>1</sup>. A vigilância epidemiológica, por sua vez, é uma das vertentes da vigilância em saúde, focando na coleta, processamento de dados, análise, interpretação dos dados processados e divulgação das informações. Realiza ainda a investigação epidemiológica de casos e surtos, análise dos resultados obtidos e a recomendações para a promoção das medidas de controle indicadas para a prevenção de doenças e eventos de saúde, permitindo a identificação de padrões e tendências que podem impactar a saúde individual e coletiva<sup>1</sup>.

**Objetivo:** Analisar os fatores que contribuem para a subnotificação de casos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Isaura no município de Jaraguá no ano de 2025. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde Vila Isaura em Jaraguá – GO. Os dados qualitativos obtidos nas entrevistas foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, permitindo a identificação de categorias e temas relevantes relacionados à vigilância em saúde e epidemiológica. Foram realizadas entrevistas com profissionais selecionados da UBS, os dados foram coletados por meio de questionários semiestruturados, com assinatura prévia do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, aplicou-se a matriz SWOT3 (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), utilizada como instrumento de diagnóstico situacional da unidade com o objetivo de identificar os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças relacionados às práticas de vigilância em saúde. A partir dessa análise, evidenciou-se a ausência de notificação de doenças/agravos como uma das principais fraquezas do serviço. Posteriormente, foi utilizado o Diagrama de Ishikawa (ou Diagrama de Causa e Efeito) como ferramenta metodológica para aprofundar a análise do problema identificado e assim, foram levantadas as possíveis causas da subnotificação. Essas causas foram agrupadas em quatro categorias principais: Processo de trabalho, ambiente, gestão e recursos humanos. O estudo respeitou as diretrizes e critérios conforme estabelecidos na Resolução 510/162.

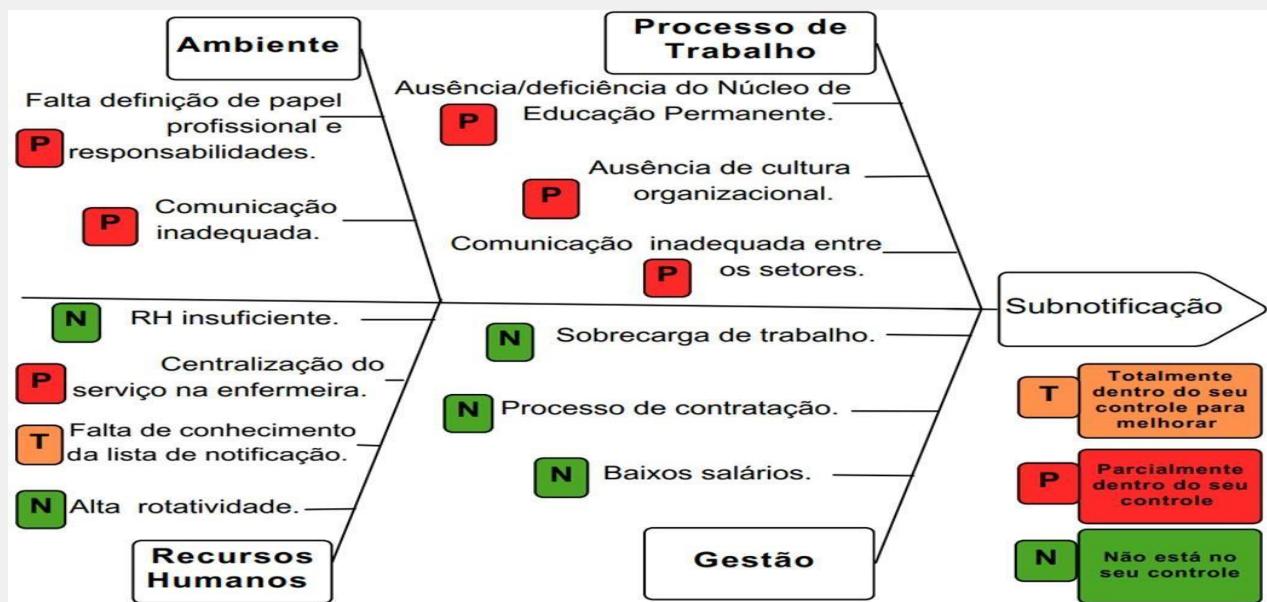
**Resultados e Discussão:** Diversas causas relacionadas à subnotificação na UBS foram identificadas. A subnotificação de agravos à saúde representa um desafio crítico para os serviços de atenção básica, pois compromete a vigilância epidemiológica, a alocação de recursos e a formulação de políticas públicas eficazes. Os resultados obtidos por meio do Diagrama de Ishikawa demonstram que o problema identificado na UBS analisada está associado a diversos fatores estruturais e operacionais, distribuídos entre diferentes dimensões do serviço. No que se refere ao ambiente organizacional, a falta de definição de papéis dos profissionais e responsabilidades dificulta a organização do fluxo de trabalho, gerando incertezas quanto às atribuições relacionadas ao processo de notificação. A comunicação inadequada entre os membros da equipe agrava esse cenário, favorecendo omissões e falhas no registro de casos. Estudos anteriores apontam que a clareza nos papéis e a comunicação eficiente entre os profissionais são elementos fundamentais para garantir a efetividade das ações de saúde<sup>6</sup>. No processo de trabalho, identificou-se a deficiência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), o que impede a capacitação

contínua dos trabalhadores sobre as normas e sistemas de notificação. A ausência de uma cultura organizacional voltada para a vigilância em saúde indica que o processo de notificação ainda é visto como uma atividade secundária. A comunicação inadequada entre setores internos compromete a integração das informações e a resolutividade das ações. A literatura reforça que a educação permanente e a cultura institucional são essenciais para a consolidação de práticas seguras e efetivas no serviço público de saúde<sup>7</sup>. Na dimensão gestão, a sobrecarga de trabalho foi apontada como um dos principais obstáculos à realização das notificações, visto que a rotina intensa limita o tempo disponível para preenchimento dos formulários e uso adequado dos sistemas. Além disso, o processo de contratação inefficiente e os baixos salários dificultam a reposição de profissionais e reduzem a motivação e o comprometimento com o serviço público. Esses aspectos são constantemente referenciados como fatores desestruturantes da Atenção Primária à Saúde<sup>7</sup>. Quanto aos recursos humanos, os achados revelam insuficiência de profissionais, especialmente em áreas estratégicas, além de centralização de tarefas na equipe de enfermagem, o que gera sobrecarga e possível negligência de algumas funções, como a notificação. A falta de conhecimento específico sobre os protocolos e sistemas de notificação, associada à alta rotatividade profissional, impede a continuidade dos processos e a consolidação de práticas adequadas. Esses dados corroboram com a literatura, que destaca que equipes instáveis e com baixa qualificação apresentam maior risco de desarticulação nas ações de vigilância<sup>6</sup>. **Considerações finais:** A análise revelou que a subnotificação é consequência de um conjunto multifatorial, entre elas a falta de padronização nos procedimentos, falhas na comunicação entre equipes, carência de treinamentos específicos, rotatividade profissional, além de limitações técnicas nos sistemas utilizados. Assim, superar esse problema requer ações integradas que envolvam melhoria da comunicação interna, capacitação contínua das equipes, valorização dos profissionais, e fortalecimento da cultura organizacional voltada para a vigilância em saúde. A utilização do Diagrama de Ishikawa demonstrou ser eficaz na identificação de causas-raiz, contribuindo significativamente para o planejamento de ações corretivas e preventivas, visando à redução ou eliminação do problema de ausência de notificação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância em Saúde; Vigilância Epidemiológica; Notificação; Atenção Básica.

**Figura 01.** Diagrama de Ishikawa, análise de subnotificação na unidade básica de saúde Vila Isaura em Jaraguá-go, 2025.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025



## ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais da vigilância em saúde [Internet]. Brasília: MS; 2010 [citado em 15 Abr 2025]. v.13. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_vigilancia\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR), Biblioteca Virtual em Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/cns/2018/res0588\\_13\\_08\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html)

3. Ministério dos Transportes (BR). Matriz SWOT e a gestão da qualidade [Internet]. Brasília: Ministério dos Transportes; 2025 [citado em 26 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/portal-da-estrategia/artigos-gestao-estrategica/matriz-swot-e-a-gestao-da-qualidade>
4. Rodrigues MV. Ações para a qualidade – GEIQ: gestão integrada para a qualidade – padrão Seis Sigma – classe mundial. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica [Internet]. 7. ed. Brasília: MS; 2009 [citado em 09 Abr 2025]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf)
6. Melo MAS, Coleta MFD, Coleta JAD, Bezerra JCB, Castro AM, Melo ALS, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Rev Adm Saúde. 2018;18(71).
7. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2019;43(120):223-39.

# ANÁLISE DO CICLO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA UBS DR. MILTON QUIRINO BARBOSA, JATAÍ - GOIÁS, 2025

Janislene Vilela **Silva**<sup>1</sup>, Isabel C. C. Assis **Salama**<sup>2</sup>, Fabiano Marques **Rosa**<sup>3</sup>, Giselle Caetano **Souza**<sup>4</sup>, Marielle Sousa Vilela **Bernardes**<sup>5</sup>

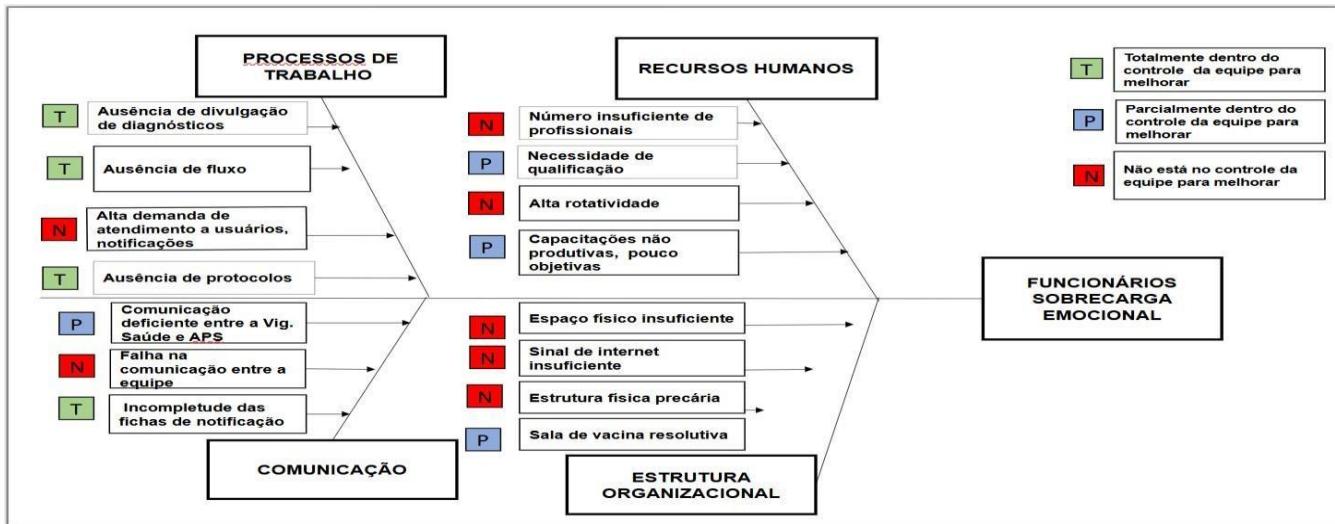
1. Regional de Saúde Sudoeste II, Secretaria de Estado da Saúde (SES), Jataí, Goiás, Brasil; janislene.silva@goias.gov.br
2. Regional de Saúde Sudoeste II, Apoiadora da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Secretaria de Estado da Saúde (SES), Jataí, Goiás, Brasil;
3. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.
5. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, os serviços de saúde são organizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com base em diretrizes e princípios estabelecidos pela Lei 8.080, de 1990<sup>1</sup>. Ele engloba as ações de Vigilância em Saúde (VS)<sup>2</sup>, compreendidas como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde<sup>2</sup>. A vigilância em saúde é um processo que funciona de forma cíclica<sup>3</sup>. O Ciclo de Vigilância (CV) constitui-se como um instrumento orientador das ações de vigilância em todo o país<sup>4,5,6</sup>. A Atenção Primária à Saúde (APS) segue uma estruturação que contempla macro e microprocessos. Dentre esses processos de trabalho, estão a detecção de casos suspeitos e apoio à conclusão do CV. Assim, reconhecendo que a Atenção Primária à Saúde é o espaço estratégico para a vigilância epidemiológica, este estudo teve como objetivo analisar o CV, evidenciando a raiz dos problemas observados. **Objetivos:** Analisar um problema identificado no CV na Unidade Básica Saúde da Família (UBS), Policlínica Dr. Milton Quirino Barbosa, no município de Jataí-Goiás.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo realizado na UBS Sayonara da Penha Bernardo Guingnholi, de abril a junho de 2025, no município de Jataí, localizado no sudeste goiano, com Área Territorial 7.178,792km<sup>2</sup> e população estimada, no último censo IBGE<sup>7</sup>, 110.404 habitantes. A população do estudo constituiu-se dos profissionais de saúde que trabalham na unidade de saúde selecionada. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada, utilizando um instrumento padronizado, disponibilizado pelo Programa de Treinamento de Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS), nível fundamental, com posterior construção da matriz SWOT/FOFA. A partir da construção da referida matriz, foi identificado um problema e, posteriormente, elaborado o Diagrama de Ishikawa, com as seguintes etapas: identificação da situação/problema, sintetização das possíveis causas, discussão conjunta e classificação do grau de controle. Utilizou-se a classificação do grau de controle com os seguintes determinantes: T= totalmente dentro do seu controle para melhorar, P= parcialmente dentro do seu controle, N= não está no seu controle. Todos entrevistados assinaram um termo de consentimento para participar da entrevista. O estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>8</sup>. **Resultados e Discussão:** Na busca pelas raízes do problema, evidenciou-se a necessidade de mudanças em áreas distintas, para que se consiga desenvolver, no âmbito de seus limites, a vigilância de qualidade com completo processamento das informações no ciclo de vigilância. Para perceber as principais causas que influenciam o problema analisado, foi necessário fazer uma avaliação segundo os critérios de classificações do grau de controle sobre o problema, agrupando-as em categorias (Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama de Ishikawa elaborado para evidenciar a raiz do problema na UBS Dr. Milton Quirino Barbosa, Jataí, Goiás, Goiás.



**Fonte:** autores

Os profissionais estão desmotivados devido à falta de estrutura física e espaço suficiente para ampliar a equipe, o que compromete a saúde mental e a ambiência de trabalho. A maioria está contratada sem direito a descanso remunerado. Há ausência de comunicação entre VS e APS. O não preenchimento completo de fichas de notificação não significa ausência de preenchimento correto; há campos não preenchidos pela falta de conhecimento, receio de expor-se ou desconfiança. Cabe à VS investigar esses campos incompletos. Há ausência de procedimentos operacionais padronizados para novos funcionários, especialmente sobre o ciclo de vigilância, além de falta de capacitação e atualização em notas técnicas de doenças de notificação compulsória. A rede de dados sofre com *internet* de baixa capacidade e sem gerador para a sala de vacina, prejudicando horários de atendimento. Há demanda elevada por atendimentos espontâneos de outras unidades e espaço físico inadequado para expandir a equipe. A situação envolve equipes da Estratégia de Saúde da Família e equipes especializadas. **Considerações finais/Conclusões:** Neste trabalho, foi possível realizar a análise de um problema relacionado ao ciclo de vigilância da UBS Dr. Milton Quirino Barbosa, utilizando diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe. O principal identificado foi a sobrecarga emocional dos funcionários para a implementação das ações de vigilância em saúde. Na busca pelas raízes do problema, evidenciou-se a necessidade de mudanças em áreas distintas, para que se consiga desenvolver, no âmbito de seus limites, a vigilância de qualidade com completo processamento das informações no ciclo de vigilância. Dentre as principais causas que influenciam o problema analisado, foi necessário fazer uma avaliação pelos critérios de classificações do grau de controle sobre o problema, após agrupá-las em categorias. O grau de controle propicia avaliar como cada uma das causas principais atua sobre o problema e leva a refletir como todas as ações de gestão, promoção e prevenção em saúde pública perpassam o CV. Dentro desta proposta da atenção primária à saúde, o CV realizado sistematicamente gera as informações necessárias para o conhecimento da real situação da área adscrita da população, promovendo um amplo espaço de discussão entre todos os atores na proposta de melhoria de indicadores e, consequentemente, minimizando danos à saúde da população na redução de doenças e agravos. Vislumbrando este aspecto das classificações por categorias de causas, imediatamente somos forçados a fazer uma associação do CV, entre as notificações com a APS. É necessário o profissional faça seu papel dentro da unidade, com conhecimento da importância de conduzir o CV com propriedade, sabendo que a APS é a porta de entrada da população, onde dados importantes são coletados no momento do atendimento ao paciente. Portanto, eliminar gargalos que interferem neste CV é essencial para que ações de saúde pública sejam realizadas a fim de minimizar danos à saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epidemiologia; Sistema de Vigilância em Saúde; Educação Permanente; Atenção Primária à Saúde.

**ACESSO ABERTO**


Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

**REFERÊNCIAS**

1. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [citado em 24 Abr 2025]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
2. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2018 [citado em 24 Abr]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 24 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

[conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude\\_5ed\\_2022.pdf](conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_2022.pdf)

4. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Módulo de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades (MOPECE): módulo 4: vigilância em saúde pública [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2010 [citado em 14 Abr 2025]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo\\_principios\\_epidemiologia\\_4.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_4.pdf)
5. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1975 [citado em 24 Abr 2025]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6259.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm)
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 4, de 3 de outubro de 2017 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 24 Abr 2025]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html)
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo brasileiro de 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado em 24 Abr 2025]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/apore/panorama>
8. Casarotto C. Aprenda o que é análise SWOT, ou análise FOFA, e saiba como fazer uma análise estratégica do seu negócio [Internet]. 2019 [citado em 29 Jul 2020]. Disponível em: <https://pingback.com/en/resources/como-fazer-uma-analise-swot/>

# CARACTERIZAÇÃO DO CICLO DE VIGILÂNCIA, NA UPA 24 HORAS DR. FRANCISCO FILGUEIRAS JÚNIOR, MINEIROS, GOIÁS, 2025

Pamela Francina Pereira **Carneiro**<sup>1</sup>, Patrícia Pereira de Oliveira **Borges**<sup>2</sup>, Fabiano Marques **Rosa**<sup>3</sup>, Marielle Sousa Vilela **Bernardes**<sup>4</sup>

1. Vigilância Epidemiológica Municipal de Mineiros, Goiás, Brasil; vig.epidemiologica@mineiros.go.gov.br
2. Coordenação de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidades de Saúde, Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
3. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVEPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** Instituído pela Portaria nº 4.339, de 16 de dezembro de 2022, o Programa de treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS) é uma estratégia de treinamento em serviço, que tem como objetivo o aprimoramento de profissionais para atuarem na epidemiologia de campo e na investigação, com capacidade técnica para atuar no controle das doenças, agravos, surtos, epidemias e pandemias<sup>1</sup>. O conceito de vigilância em saúde, compreende a vigilância e o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, agravos, monitoramento contínuo da situação de saúde, por meio de ações que abrangem a vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde<sup>2</sup>. A vigilância em saúde busca monitorar e analisar continuamente a situação de saúde de uma população, com o objetivo de assegurar a atenção integral, incluindo abordagem tanto individual quanto coletiva dos problemas de saúde<sup>2</sup>. O ciclo de vigilância desempenha um processo contínuo e sistemático de coleta de dados referente às doenças e agravos. A partir dessa coleta de dados, faz a consolidação, análise e propagação de informações. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde, fornecendo subsídios para a detecção precoce de agravos e para a implementação de medidas de controle eficazes<sup>3</sup>. A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) define os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem orientar as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no desenvolvimento abrangente de ações de vigilância em saúde, com o objetivo de promover e proteger a saúde da população, bem como prevenir doenças e agravos. Essa política possibilita intervir nos condicionantes e determinantes da saúde, com o objetivo de proteger e promover o bem-estar da população, atuando em todos os níveis de atenção e fomentando a articulação com os serviços de saúde para o cuidado individual e coletivo<sup>3</sup>. **Objetivo:** Identificar os principais problemas na avaliação das etapas do ciclo de vigilância na UPA 24 Horas Dr. Francisco Filgueiras Júnior, do município de Mineiros, Goiás, no período de abril a junho de 2025. **Metodologia:** Trata- se de um estudo descritivo que relata a experiência do trabalho de campo desenvolvido na UPA 24 Horas do município de Mineiros, em Goiás. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais do local, utilizando um formulário padronizado pelo Ministério da Saúde sobre as etapas do ciclo de vigilância, após assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por meio das respostas obtidas, consolidamos as informações e os dados foram elencados na ferramenta Matriz SWOT, pelos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças do serviço. Ao identificar uma ameaça para a realização do ciclo de vigilância no serviço de saúde, foram levantadas "chuvas de ideias" para elegermos o problema chave no diagrama de causa e efeito, o Diagrama de Ishikawa. As possíveis causas foram agrupadas em quatro categorias: Processo de P "chuvas de ideias" para elegermos o problema chave no diagrama de causa e efeito, o Diagrama de Ishikawa. As possíveis causas foram agrupadas em quatro categorias: Processo de Trabalho, Recursos Humanos, Gestão e Ambiente. O estudo aderiu às diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resultados e Discussão:** Foram entrevistados três profissionais de saúde, sendo duas enfermeiras e uma psicóloga, as respostas foram consolidadas e posteriormente elencadas por intermédio dos pontos fracos, pontos fortes, ameaças e oportunidades do ciclo de vigilância, utilizando a ferramenta Matriz Swot (Figura 1).

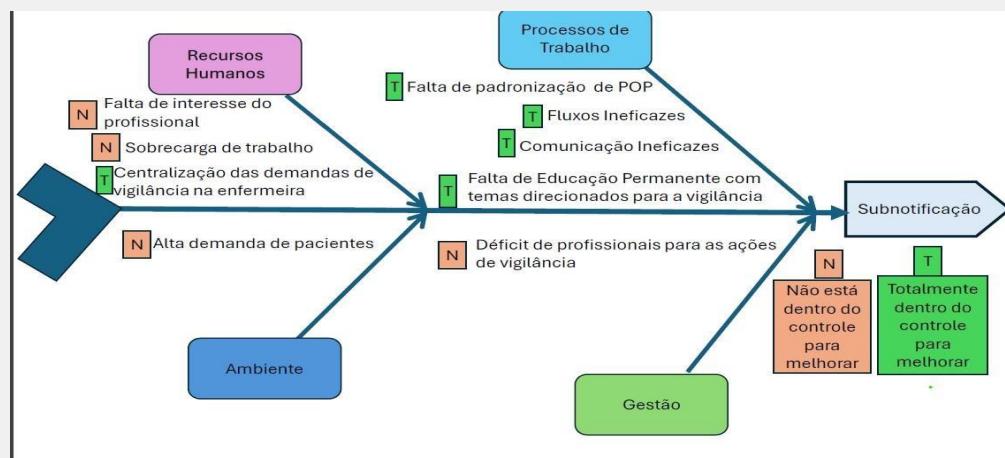
**Figura 1.** Análise SWOT (FOFA) do ciclo de vigilância na UPA 24 Horas de Mineiros, Goiás

<b>Pontos Fortes (Strengths)</b>	<b>Pontos Fracos (Weaknesses)</b>
1. Listagem das doenças de notificação compulsória, de fácil acesso a todos os profissionais do local; 2. Suprimento adequado de insumos; 3. Disponibilização de testes rápidos; 4. Cronograma estabelecido para envio das fichas de notificação compulsória; 5. Revisão de prontuários para determinar casos suspeitos; 6. Profissional responsável pelo NVEH proativa; 7. Presença do NVEH dentro da UPA 24H.	1. Falta de conhecimento de toda equipe para preenchimento com qualidade das fichas de notificação compulsória; 2. Centralização do preenchimento das fichas de notificação ao enfermeiro; 3. Ausência de gráficos estratificados e atualizados.
<b>Oportunidades (Opportunities)</b>	<b>Ameaças (Threats)</b>
1. Gestão atual comprometida com o aprimoramento do processo de trabalho local.	1. Recursos humanos insuficientes para capacitar os profissionais; 2. Preenchimento de CID em desacordo com o agravo, o que resulta em subnotificação.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

A partir da identificação dos pontos fracos e ameaças, foram pontuados alguns entraves para a execução do ciclo de vigilância, tais como: a falta de conhecimento de toda equipe para preenchimento com qualidade das fichas de notificação compulsória, a centralização do preenchimento das fichas de notificação ao enfermeiro, ausência de gráficos estratificados e atualizados, recursos humanos insuficientes para capacitar os profissionais e preenchimento de CID em desacordo com o agravo, o que resulta em subnotificação. Portanto, elegemos a subnotificação como problema chave na realização do ciclo de vigilância e utilizamos o Diagrama de Ishikawa (Figura 2) como metodologia para identificar suas possíveis causas.

**Figura 2.** Diagrama de Ishikawa: análise das causas de subnotificação na UPA 24 Horas Dr. Francisco Filgueiras Júnior, Mineiros, Goiás, 2025.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2025.

Adotou-se a classificação do grau de controle, definida conforme os seguintes critérios: T = totalmente sob o controle da unidade para implementação de melhorias; P = parcialmente sob o controle da unidade; N = fora do controle da unidade. No estudo<sup>4</sup>, os autores discutem o impacto da subnotificação na tomada de decisão pelos gestores, destacando que a subnotificação pode prejudicar a capacidade de resposta rápida a surtos e a implementação de medidas eficazes de controle e prevenção de doenças. Considerações finais: O presente estudo evidenciou a relevância da utilização das ferramentas Matriz SWOT e Diagrama de Ishikawa. Esse último permitiu identificar as possíveis causas da subnotificação como principal problema, por meio de uma chuva de ideias, destacando fatores intrínsecos e extrínsecos à unidade. Essa abordagem possibilitou visualizar as causas passíveis de intervenção e implementar ações voltadas à melhoria do processo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epidemiologia; Vigilância em Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

**ACESSO ABERTO**


Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

**REFERÊNCIAS:**

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.339, de 16 de dezembro de 2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 29 Abr 2025]. Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4339\\_22\\_12\\_2022.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4339_22_12_2022.html)
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais da vigilância em saúde. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos básicos de saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 13).
3. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2018 [citado em 29 Abr 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-information/atos-normativos/resolucoes/2018/resolucao-no-588.pdf/view>
4. Puppin AMS, Balbino CM, Oliveira DF, Ramos RMO, Ribeiro CB, Loureiro LH. Deficiências nas notificações compulsórias: revisão sistemática. CLCS [Internet]. 2023 [citado em 12 Jun 2025];16(11):27611-28. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2695>

# CAUSAS E EFEITOS DA SUBNOTIFICAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARRO ALTO-GO, MAIO DE 2025

Wanessa Fidelis de Macedo **Serrano**<sup>1</sup>, Erika Dias de Jesus **Dantas**<sup>2</sup>, Fabiano Marques **Rosa**<sup>3</sup>, Marielle Sousa Vilela **Bernardes**<sup>4</sup>

1. Secretaria Municipal de Saúde de Barro Alto, Goiás, Brasil; nucleovigilanciabarroalto@gmail.com
2. Coordenação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Outros Sistemas de Informações, Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVÉPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
3. Coordenação do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVÉPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil;
4. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), Gerência de Emergências em Saúde Pública (GESP), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização (SUVÉPI), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SUVISA), Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), Goiânia, Goiás, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A Vigilância em Saúde é o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação das informações sobre eventos relacionados à saúde. Tem como objetivo o planejamento e implementação de medidas de saúde pública, como regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para promover, proteger a saúde da população, prevenindo e controlando os riscos, os agravos e as doenças. Essas ações incluem a coleta, análise e interpretação dos dados sobre a saúde da população, assim como a identificação de surtos e epidemias, a investigação de casos e óbitos suspeitos, a promoção de medidas de prevenção e controle de doenças, a orientação à população e aos profissionais de saúde e é fundamental para prevenir a propagação de doenças. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece os objetivos do SUS, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das ações preventivas<sup>1</sup>. O ciclo de vigilância é fundamental porque garante uma abordagem contínua e sistemática de monitoramento, detecção, análise e resposta a doenças e eventos de saúde pública. Ele permite ações planejadas de forma eficiente, identificando rapidamente possíveis surtos ou ameaças à saúde da população. É essencial para proteger a saúde coletiva, promovendo uma resposta rápida e eficaz às situações que possam colocar a população em risco. São etapas do Ciclo de Vigilância: Suspeita/Diagnóstico, Notificação, Análise e interpretação, Comunicação, Ação e Avaliação. A notificação é obrigatória, conforme a Lei nº 6.2592 e, em Barro Alto, a subnotificação é um problema recorrente. Portanto, torna essencial a identificação das possíveis causas da subnotificação no Hospital municipal.

**Objetivos:** Analisar as etapas do ciclo de vigilância e identificar os fatores que contribuem para a subnotificação no hospital municipal em Barro Alto, Goiás. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, realizado no município de Barro Alto-Goiás, situado no Vale São Patrício, com uma população aproximada de 10.738 habitantes, de acordo com o último censo do IBGE. O município fica localizado na macrorregião Centro-Norte, pertence à regional São Patrício II e se destaca no cenário nacional e internacional por sua robusta indústria de mineração, especialmente a de níquel. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com a aplicação de um questionário semiestruturado, disponibilizado pelo Programa de Treinamento em Epidemiologia aplicada aos serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) de nível fundamental. A população do estudo foi composta por duas enfermeiras e uma médica. Foi realizada a identificação dos problemas com a matriz SWOT, tempestade de ideias "brainstorming" com a equipe e a análise com o Diagrama de Ishikawa. As etapas utilizadas para a elaboração do referido diagrama foram: identificar a situação/problema, sintetizar as possíveis causas, discutir conjuntamente os efeitos e traçar estratégias de solução. Utilizou-se também a classificação do grau de controle, com os seguintes determinantes: T = totalmente dentro do seu controle para melhorar, P = parcialmente dentro do seu controle, N = não está no seu controle<sup>3</sup>. Foi realizado um levantamento com a matriz SWOT/FOFA, na qual se identificou a subnotificação como uma fraqueza. Após a identificação do principal problema, foram analisados as causas e os efeitos, utilizando o Diagrama de Ishikawa. Foram respeitados os aspectos éticos preconizados pela resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, em respeito à voluntariedade, autonomia, igualdade e ética na pesquisa. Em cada entrevista, todos os voluntários foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo e a participação voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Elucidou-se que o participante poderia desistir a qualquer momento sem que houvesse danos pessoais ou morais, garantindo assim o sigilo das informações. **Resultados e Discussão:** O principal problema identificado foi a subnotificação de doenças e agravos de notificação compulsória. As causas relacionadas foram: falta de interesse dos profissionais em conhecer a lista nacional de doenças de notificação compulsória corroborando com o desconhecimento das notificações; a falta de fluxos de notificação também contribui para a dificuldade da realização das notificações, visto que há alta rotatividade de profissionais, por

não serem efetivos; a instituição também não dispõe de protocolos de funcionamento, como fluxogramas de atendimento às doenças transmissíveis, dificultando o processo de trabalho em relação a vigilância epidemiológica; a ausência de alinhamento entre a gestão e a vigilância epidemiológica pode influenciar na priorização e no suporte das ações estratégicas do setor (Figura 1). Os fatores que contribuem e/ou determinam falhas no processo de notificação das doenças de notificação compulsória se dão pela falta de preparo e conhecimento técnico em relação a dinâmica e funcionamento do Serviço de Vigilância Epidemiológica<sup>4</sup>. O estudo considera também a falta de compromisso e a falta de responsabilidade da equipe. Assim, propõe-se que a adoção de ações educativas de forma contínua pode ser uma forma de melhoria dessas ações. Essas questões evidenciam a necessidade de melhorias na capacitação, na padronização dos processos e na comunicação entre os diferentes setores, fortalecendo a vigilância epidemiológica<sup>5,3</sup>.

**Figura 1.** Diagrama de Ishikawa: análise das causas de subnotificação no hospital municipal em Barro Alto – Go, maio, 2025.



**Fonte:** Coleta de Dados com os profissionais do Hospital Municipal Angélica Emilia de Jesus, Barro Alto, Goiás.

**Considerações finais:** A análise realizada por meio do Diagrama nos mostra que existem várias falhas que contribuem para a subnotificação na unidade pelos profissionais, causadas por diversos fatores. Entre eles, destacam-se a falta de interesse e o desconhecimento dos profissionais sobre a lista de notificação compulsória, a ausência de fluxos claros de notificação, a rotatividade elevada de profissionais não efetivos e a falta de protocolos de funcionamento bem definidos. Assim, o diagrama se mostra uma importante ferramenta para a identificação das causas da subnotificação, podendo então, por meio dessa, corrigir as falhas e prevenir os possíveis surtos por doenças não notificadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vigilância Epidemiológica; Subnotificação; Diagrama de Causa e efeito; Ishikawa.

## ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um *link* para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990;Seção 1:18055.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória

de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 fev 2016;32:123-

3. Araujo GNM, Hoffmann MV, Mendonça CTS, Souza PR, Rodrigues Júnior PC, Salles RMG. Diagrama de Ishikawa: causas e efeitos da subnotificação dos usuários. In: Congresso Internacional de Produção Científica em Enfermagem; 2020. ENFservic. 2020;1(1):173.
4. Griep R. Subnotificação das doenças de notificação compulsória no contexto hospitalar. Rev Eletr Enferm. 2004;6(1):123-4.
5. Dinis J. Declaração obrigatória de doenças transmissíveis: o que pensam os médicos. Acta Med Port. 2000;13:33-8
6. Barreto AMMA. Construção de um fluxograma para identificação e notificação de violência e maus-tratos contra a pessoa idosa [dissertação] [Internet]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2019 [citado em 28 Ago 2025]. Disponível em: <http://repositorio.ufpb.br/jspui/handle>

**DATA DE PUBLICAÇÃO:** 29 de novembro de 2025