



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AURILEIDE DE SOUSA TAVARES**

**INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2023**

AURILEIDE DE SOUSA TAVARES

INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Célia Caetano de Souza.

Coorientador: Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges.

FORTALEZA – CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo SidUECE, mediante os dados fornecidos pelo(a)

---

Tavares, Aurileide de Sousa.

Inquérito conhecimento, atitude e prática sobre vigilância epidemiológica na estratégia saúde da família: desenvolvimento e validação [recurso eletrônico] / Aurileide de Sousa Tavares. - 2023.

77 f.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional - Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Celia Caetano de Souza.

1. Estudos de validação. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde da família. I. Título.

---

AURILEIDE DE SOUSA TAVARES

INQUÉRITO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA SOBRE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO

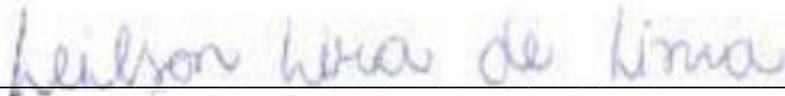
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 31 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

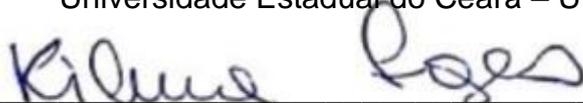


Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Célia Caetano de Souza (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

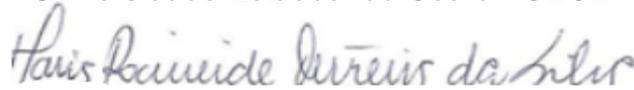


Prof. Dr. Leilson Lira de Lima

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kilma Wanderley Lopes Gomes  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Rocineide Ferreira da Silva  
Universidade Estadual do Ceará -- UECE

Aos meus pais, pelo amor, carinho e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me sustentou para que eu pudesse chegar até aqui.

À minha família, em especial meu filho e meu marido, pelo apoio e paciência. Amo vocês!

Aos meus orientadores, Professora Ana Célia e Professor Wicto, pela paciência, dedicação e ensinamentos durante a construção deste trabalho. Muito obrigada pelo amparo em todos os momentos!

Aos meus colegas de turma, em especial minha amiga Mariana, por toda ajuda e incentivo nos momentos mais difíceis. Vocês são muito especiais!

“A boa vigilância não garante necessariamente a tomada de decisões certas, mas reduz a chance de decisões erradas”.

(Alexander Langmuir)

## RESUMO

Na investigação epidemiológica de doenças ou agravos de notificação compulsória é indispensável a disponibilidade de instrumentos específicos que tragam questões que avaliem com precisão e especificidade o fenômeno estudado, haja visto que o instrumento deve conter um conjunto de itens que represente o traço latente do fenômeno. Diante disso, este estudo tem como objetivo desenvolver um instrumento sobre Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo metodológico constituído de duas etapas interdependentes, sendo a 1ª etapa referente à elaboração do instrumento CAP, e a 2ª etapa responsável pela validação do instrumento por juízes e especialistas. O trabalho obedeceu às diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) no parecer de nº 5.601.282 e CAAE nº 58892922.9.0000.5534. Os dados foram digitados e analisados no Microsoft Excel® e a mensuração das estimativas para a validade de conteúdo foi realizada com a aplicação do *Content Ration Validity* (CVR) e o Índice de Concordância (IC). O processo de validação de conteúdo mostrou que a avaliação foi satisfatória. O instrumento recebeu pontuação média global de 0,82 pelos juízes. A pontuação média do IC foi 0,83 e do CVR 0,78. As sugestões indicadas pelos juízes foram analisadas e as mudanças necessárias foram implantadas. A versão final do inquérito foi validada e está composta por 25 itens. Acredita-se que o instrumento desenvolvido nesse estudo poderá ser utilizado por gestores, profissionais, docentes e estudantes com a finalidade de realização de pesquisas de avaliação diagnóstica e/ou de levantamentos visando melhorias nas ações de vigilância epidemiológica.

**Palavras-chave:** Estudos de validação; Vigilância epidemiológica; Saúde da família.

## ABSTRACT

In the epidemiological investigation of notifiable diseases or conditions, it is essential to have specific instruments that bring questions that accurately and specifically assess the studied phenomenon, given that the instrument must contain a set of items that represent the latent trait of the phenomenon. Therefore, this study aims to develop an instrument on Knowledge, Attitude and Practice (CAP Survey) about Epidemiological Surveillance in the Family Health Strategy. Methodological study consisting of two interdependent stages; 1st Step: Elaboration of the CAP instrument; 2nd stage: Validation of the instrument by judges and specialists. The work complied with the ethical guidelines for research involving human beings established in Resolution nº 466, of December 12, 2012 of the National Health Council (CNS), obtaining approval from the Ethics and Research Committee (CEP) of the State University of Ceará (UECE) in opinion No. 5,601,282 and CAAE No. 58892922.9.0000.5534. Data were entered and analyzed in Microsoft Excel and the measurement of estimates for content validity was performed using the Content Ration Validity (CVR) and the Agreement Index (CI). The content validation process showed that the evaluation was satisfactory. The instrument received an overall average score of 0.82 by the judges. The mean CI score was 0.83 and the CVR 0.78. The suggestions indicated by the judges were analyzed and the necessary changes were implemented. The final version of the survey was validated and consists of 25 items. It is believed that the instrument developed in this study can be used by managers, professionals, teachers and students in order to carry out diagnostic evaluation research and/or surveys aimed at improving epidemiological surveillance actions.

**Keywords:** Validation studies; Epidemiological monitoring; Family health.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 – Itens desenvolvidos para compor o inquérito CAP.....</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 2 – Escala de pontuação CVR.....</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 3 – Itens excluídos na validação de conteúdo após sugestão dos juízes.....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 4 – Compreensão dos pesquisadores sobre conhecimento, atitude e prática.....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 5 – Modificação dos itens a partir das solicitações dos especialistas .....</b>	<b>46</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 –</b>	<b>Caracterização dos juízes especialistas.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 2 –</b>	<b>CVR dos critérios relevância, clareza e linguagem adequada dos itens do inquérito CAP sobre Vigilância Epidemiológica.....</b>	<b>37</b>
<b>Tabela 3 –</b>	<b>Índice de Concordância (IC) dos especialistas sobre os itens e suas dimensões.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 4 –</b>	<b>Avaliação dos aspectos gerais do Inquérito CAP pelos especialistas.....</b>	<b>45</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CVR	Razão de Validade de Conteúdo
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC	Índice de Concordância
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SNVES	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos histórico das práticas de Vigilância no Mundo e no Brasil.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>A evolução do conceito de Vigilância Epidemiológica nas práticas de Saúde Pública .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>A prática da Vigilância Epidemiológica na Atenção Básica .....</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Elaboração do Inquérito CAP .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Busca na literatura científica .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Elaboração dos itens do Inquérito CAP .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Validação do conteúdo do instrumento por especialistas .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Crerios para seleção dos especialistas .....</b>	<b>28</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Coleta de dados acerca da validade de conteúdo .....</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Análise dos dados .....</b>	<b>29</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos éticos e legais da pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos juizes especialistas .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2</b>	<b>Validação de conteúdo .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXO A .....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) como

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos [...] (BRASIL, 1990).

De acordo com Oliveira (2015), ações de vigilância epidemiológica foram assumidas pela secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), através do Decreto nº 4.726/2003. O MS estabeleceu ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), dentre outras atribuições, a de notificação compulsória, pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos ou privados, da ocorrência ou suspeita de doenças e agravos ou eventos de saúde pública.

As notificações e investigações dos casos identificados são registradas nos sistemas de informação, criados para operacionalizar tal processo em um nível de gestão mais próximo possível das unidades notificadoras. A alimentação desses sistemas devem ser realizadas de maneira correta, completa, legível e com a frequência estabelecida, para permitir que as informações sejam utilizadas para a tomada de decisão sobre as ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2009). As informações produzidas pelas notificações favorecem a visibilidade dos fenômenos, algo imprescindível para o planejamento de ações, organização e a operacionalização dos serviços de saúde e para a avaliação das medidas implementadas.

Todavia, na ocorrência de subnotificações o planejamento das ações de prevenção, controle e enfrentamento de doenças seria prejudicado, tendo em vista que as estimativas de magnitude das doenças baseariam-se em dados não fidedignos da realidade epidemiológica. A notificação compulsória é elemento primordial para o desencadeamento de ações de vigilância em saúde.

Um estudo procurou identificar fatores que contribuem para a subnotificação de doenças e agravos de notificação compulsória no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), na percepção dos profissionais de

saúde. A conduta dos profissionais, as dificuldades no processo de notificação e os problemas relacionados ao paciente foram os principais fatores associados à subnotificação. A pesquisa concluiu que a subnotificação é uma realidade vivenciada nas unidades de atendimento ao paciente e esconde a real situação de saúde da população (MELO *et al.*, 2018).

Rolim *et al.* (2014), constataram em seu estudo o descompasso entre o que é proposto pelos dispositivos legais e políticas públicas e a efetiva prática dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto às notificações de maus-tratos em crianças e adolescentes. Os autores da pesquisa consideraram ainda escassas as investigações que abordam os fatores que colaboram para que os profissionais de saúde não realizem às notificações. O estudo considerou relevante o conhecimento e a discussão dos mecanismos que facilitavam o contexto da subnotificação na Atenção Básica.

Já um estudo transversal realizado em um estado do Nordeste brasileiro com médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família avaliou e comparou o conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória. A pesquisa identificou deficiências dos profissionais no conhecimento acerca da temática, chegando à conclusão da necessidade de investimentos em estratégias de capacitação tendo como alvo os trabalhadores da ESF, além da necessidade de realização de outros estudos verificando a efetividade da notificação de doenças e agravos nos cenários locais (SOUSA *et al.*, 2012).

No contexto da Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF), configura-se um lugar privilegiado para a atenção às notificações e investigações das doenças, agravos e eventos de saúde pública presentes no território, no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Segundo Starfield (2002), a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção primária que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como mola propulsora de reorientação do modelo na Atenção Primária à Saúde (APS), ao propor atenção

contínua a uma população de território definido, com o compromisso de proporcionar cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (SANTOS *et al.*, 2018).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) atua como coordenadora do cuidado e ordenadora da maioria das redes, pela responsabilização na atenção contínua e integral e cuidado multiprofissional. A busca pelo desenvolvimento das capacidades de aprendizagem de todos os profissionais é fundamental para os princípios da atenção em rede e a efetividade dos processos e na qualidade das intervenções das equipes em seus territórios (BRASIL, 2016).

Dessa forma, faz-se necessário compreender os níveis de conhecimento, atitude e prática de uma determinada população, pois facilita o processo de criação de sua consciência crítica e a autonomia do controle do seu processo saúde-doença, visto que permite o reconhecimento das reais necessidades ou problemas da população, possibilitando uma adaptação das possíveis intervenções, direcionando-as para a sua resolução (COSTA, 2012).

O inquérito CAP permite mensurar o que a população do estudo conhece, pensa e como atua em relação a determinado tema, através de um conjunto de questões elaboradas a partir das principais variáveis (causas ou efeitos) que uma dada teoria compreende enquanto determinante de um comportamento (BRASIL, 2002).

O conhecimento é compreendido como a absorção das informações a serem utilizadas e a habilidade em aplicá-las na resolução de problemas. Atitude refere-se à reação a certas situações, caracterizando-se como uma variável entre a situação e a resposta à situação. A prática, por sua vez, engloba as ações de um indivíduo em resposta a um estímulo (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O estudo de Farias (2007) observou os significados que se referem à Vigilância Epidemiológica junto aos profissionais da Atenção Básica. Segundo os entrevistados, a vigilância se dá a partir do primeiro atendimento na UBS até a contenção das doenças, numa atitude sempre vigilante e podendo o cuidado ser estendido a outras medidas relacionadas à melhoria das condições de saúde.

A partir dos conhecimentos adquiridos e das atitudes pensadas e implementadas pelo profissional de saúde, a prática torna-se indispensável no sentido de garantir o verdadeiro papel do profissional, além de proporcionar a elaboração de políticas e ações em saúde, bem como dar visibilidade a estas ações.

O modelo CAP está entre os métodos teórico-práticos de pesquisa mais utilizados na área da saúde. Diversos autores utilizam esse inquérito em seus estudos, alguns para identificar conhecimento, prática e atitude em relação a doenças específicas, e determinantes de saúde, outros utilizam para fazer um diagnóstico situacional e decidir estratégias, políticas ou ações a serem implementadas (OLIVEIRA, 2020).

Neri *et al.* (2013) utilizaram o CAP para identificar fatores de risco comportamentais associados ao câncer de colo uterino entre as profissionais do sexo da cidade de Picos-PI e avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres em relação ao exame Papanicolau. Andrade *et al.* (2015), por sua vez, consideraram o inquérito CAP como componente importante de uma conjuntura diagnóstica do seu objeto de estudo que forneceria subsídios para o desenvolvimento de futuras estratégias educativas que facilitariam a abordagem às IST/HIV de forma intercambiável com as singularidades do grupo em questão.

Assim, a aplicabilidade da metodologia CAP é extensa e trata-se de uma ferramenta diferencial, visto que possibilita a identificação das lacunas e barreiras do conhecimento e atitudes e prática, facilitando a compreensão e a ação e podendo direcionar possíveis soluções para problemas de saúde pública.

Segundo Oliveira *et al.* (2020), o inquérito CAP baseia-se na teoria de que as pessoas atuam por seus valores e suas crenças, estando dentre os métodos teórico-práticos nos estudos de corte transversal com abordagem quantitativa mais utilizados na área da saúde. Ainda para os mesmos autores, essa metodologia é utilizada para fins de diagnóstico e como instrumento de planejamento e avaliação de intervenções de saúde, e necessita ser fortalecida como uma ferramenta importante na avaliação das percepções das pessoas, vontade e capacidade de investir e participar de certas práticas e programas na área da saúde.

A experiência de aproximadamente oito anos atuando na Epidemiologia e atualmente como coordenadora da Vigilância Epidemiológica do município de Trairi, permite a observação de debilidades estruturais e dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar os casos. Essas fragilidades evidenciam o descompasso entre o que é proposto pelos dispositivos legais e políticas públicas e a efetiva prática dos profissionais de saúde. Não obstante, reconhece-se a figura do profissional médico e de enfermagem como profissionais “chave” no

desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, contribuindo com o cuidado aos indivíduos e às famílias.

Na investigação epidemiológica de doenças ou agravos, à notificação compulsória é indispensável a disponibilidade de instrumentos específicos para tal fim, de modo a que sejam levantadas questões que avaliem com precisão e especificidade o fenômeno estudado, haja vista que o instrumento deve conter um conjunto de itens que represente o traço latente do objeto de estudo.

Com base nesse entendimento, articulado à inserção no Mestrado Profissional em Saúde da Família, ante a necessidade de definir o problema de estudo, emergiu o seguinte questionamento: O desenvolvimento de um inquérito CAP com referencial do Ministério da Saúde do Brasil possuiria evidências de validade de conteúdo para ser utilizado na vigilância epidemiológica da Estratégia em Saúde da Família?

Alguns estudos (KALIYAPERUMAL, 2004) esclarecem que o CAP pode fornecer um significado geral dos conhecimentos, atitudes e práticas do grupo “em estudo”. Observa-se que a análise dessas significações deve ser a partir de conceitos, definições e saber-fazer requerendo, portanto, o embasamento de teoria, documentos e orientações normativas.

Nessa perspectiva, o estudo constata sua relevância ao desenvolver e validar instrumento específico (INQUÉRITO CAP) a fim de possibilitar a investigação mais apurada de doenças e agravos pelos profissionais da Estratégia em Saúde da Família.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Desenvolver um inquérito sobre Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família.

### **2.2 Específicos**

- a) Construir um instrumento sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (Inquérito CAP) para avaliação das ações de Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família;
- b) Validar o conteúdo do instrumento sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Aspectos históricos das práticas de Vigilância no Mundo e no Brasil

A assistência à saúde antes do século 20 repousava sobre conhecimentos bastante limitados. Obtinham-se informações por meio da observação e estas eram usadas, no máximo, para evitar as doenças. Os conceitos modernos da área de Saúde Pública apareceram durante a construção do Estado alemão, precedidos pela Inglaterra a partir da revolução industrial. Nesse contexto, começa-se a construção de um conceito de Saúde Pública que, a partir do século 20, foi sendo aperfeiçoado até a definição atual (VECINA NETO, 2016).

A primeira lista de doenças de notificação compulsória remonta ao século 14, com sua legislação fundamentada na quarentena como medida para conter a propagação da Peste Negra em Veneza no ano de 1377. Em 1951 foi formulado o primeiro Regulamento Sanitário Internacional, com princípios que são observados até hoje (OPAS, 1968). No Brasil, as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, instituídas em 1961 através do Decreto Nº 49.974, relacionavam 45 doenças, além de outras viroses humanas e acidentes de trabalho, como de notificação compulsória. Entretanto, só em 1969 foi que se iniciou a notificação sistemática de algumas doenças transmissíveis. Com a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da lei nº 6.259, de 1975, e do decreto nº 78.231, que a regulamentou em 1976, foi que se ampliou o leque de doenças de notificação compulsória, incorporando além das já previstas no Regulamento Sanitário Internacional (RISI JR., 1992).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi criado no Brasil por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1975. A partir da institucionalização, pela Constituição Federal do Brasil de 1988, da promoção, proteção e recuperação da saúde como dever do Estado e direito do cidadão, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8080 de setembro de 1990, incorporou o SNVE e este reorganizou e ampliou o conceito de vigilância epidemiológica. Esta passou a ser entendida como:

[...] um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990)

Os serviços e ações de saúde no Brasil passaram a ser executados pelas instituições que compõem o SUS ou por aquelas pertencentes à iniciativa privada, organizadas e hierarquizadas por níveis de complexidade, segundo as competências e atribuições definidas para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2003).

As ações que podem, hoje, serem correlacionadas à vigilância epidemiológica são antigas, conforme pode se constatar na extensa obra de muitos autores, tendo sido desenvolvidas em contextos distintos, em diversos modos de produção e assentadas sob diferentes concepções. No Brasil, a proposta da vigilância começou a ser discutida e elaborada no início da década de 90, durante o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde.

Historicamente, as ações relacionadas à vigilância no Brasil estiveram voltadas para o controle e profilaxia das epidemias, bem como para o controle e saneamento do meio ambiente, com o intuito de preservar as atividades econômicas. No início do século XX, foram desenvolvidas as primeiras intervenções estatais, destinadas à prevenção e ao controle de doenças, geralmente de caráter verticalizado, autoritário e/ou por meio de intervenção jurídica (ALMEIDA FILHO, 2011).

### **3.2 A evolução do conceito de Vigilância Epidemiológica nas práticas de Saúde Pública**

Os modelos de saúde no mundo passam por profunda crise, determinada por uma conjunção de fatores que vem impactando o processo de atenção à saúde dos quais se destacam, aqui, a mudança do perfil epidemiológico das populações (diminuição das enfermidades infecciosas, aumento da prevalência das enfermidades e agravos não transmissíveis, ressurgimento de antigas doenças infectocontagiosas e o aparecimento de novas enfermidades) (ROUQUAYROL, 2013). Este conjunto de eventos vem impactando o processo de atenção à saúde devido ao aumento da demanda, à busca de mais qualidade e aos custos

crecentes decorrentes. No centro dessa crise está a redefinição do papel do Estado frente à Saúde Pública.

O cenário mundial do início do século 21 está marcado pela transição epidemiológica e demográfica, com o crescimento da desigualdade social e de saúde. O Brasil situa-se entre os países com maior nível de desigualdade, tanto nas condições de saúde da população quanto no acesso à atenção à saúde de boa qualidade, favorecendo os grupos de alta renda. É de conhecimento, também, que os grupos sociais de menor renda são mais dependentes de fatores externos ao setor, enquanto os grupos de maior renda têm nos avanços tecnológicos da assistência médica um determinante fundamental para a melhoria da saúde e do bem-estar. As reformas setoriais têm procurado promover a distribuição equitativa da saúde (VECINA NETO, 2016).

Inicialmente, as principais práticas relacionadas à vigilância epidemiológica estavam ligadas somente às doenças em si, não considerando todos os aspectos envolvidos. Apenas no início da década de 90, com a construção do SUS, a epidemiologia é proposta de maneira mais ampla no que diz respeito ao seu campo de intervenção. A menção aos condicionantes e determinantes de saúde da população requer contemplar os aspectos da vida em sua totalidade, lacuna esta que tem persistido no conceito tradicional de Vigilância Epidemiológica (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004).

A vasta produção científica acerca da Vigilância à Saúde ao longo da década de 90 ampliou e redefiniu o objeto da Vigilância Epidemiológica configurando um novo modelo de Atenção à Saúde, propagado na concepção social da saúde-doença. Essa construção foi motivada pela necessidade de ampliação das ações de vigilância epidemiológica, no sentido de contemplar as condições de vida em sua abrangência, uma vez que tais ações sempre estiveram voltadas para o controle do agente etiológico e do meio ambiente (FARIA & BERTOLOZZI, 2010).

Nesse momento de reestruturação do sistema de saúde, uma melhor delimitação da vigilância e da monitorização no campo da saúde tem importante valor prático, sendo indispensável a identificação dos instrumentos de saúde pública que serão utilizados nesse processo, as características e perfis dos recursos humanos a ele adequados, assim como a infraestrutura e equipamentos indispensáveis, tendo em vista a necessidade de autossustentação do Sistema Único de Saúde (TAKIMOTO *et al.*, 1998).

Nesse contexto, alguns autores afirmam que o uso do termo “epidemiologia” para qualificar a vigilância é equivocado, uma vez que esta palavra trata-se de uma disciplina abrangente, que incorpora a pesquisa e cuja aplicação nos serviços de saúde é mais ampla. A utilização desse qualificativo tem induzido frequentemente à restrição da aplicação da epidemiologia nos serviços ao acompanhamento de eventos adversos à saúde, atividade que constitui somente parte das aplicações da epidemiologia (TEIXEIRA *et al.*, 1999).

O estudo CAP foi inserido primordialmente em pesquisas epidemiológicas e em estratégias de prevenção para o HIV/SIDA. Desde então, a metodologia vem sendo cada vez mais utilizada na Epidemiologia, adaptada a diferentes contextos com vistas ao planejamento estratégico e intervenções de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Ainda assim, a operacionalização das ações de Vigilância Epidemiológica, no contexto do SUS, passou a ser caracterizada pela descentralização das responsabilidades e pela integridade na prestação de serviços (TEIXEIRA; RIZI JUNIOR, 1999). No entanto, atualmente, a vigilância epidemiológica é proposta de maneira mais ampla, pois a menção aos condicionantes e determinantes de saúde da população requer contemplar os aspectos da vida em sua totalidade.

### **3.3 A prática da Vigilância Epidemiológica na Atenção Básica**

Cecílio e Reis (2018), em seu estudo sobre os dilemas atuais da atenção básica, têm tentado compreender os entraves para que a atenção básica à saúde se aproxime do ideal projetado para ela nas últimas décadas. Os autores trazem a necessidade da incorporação de novos sujeitos na gestão da vida e do trabalho das unidades de saúde e entendem a atenção básica à saúde com um lugar privilegiado por onde trafegam pessoas, desejos, e sentidos, onde é possível se descobrir novas potências de vida e agregar novas questões sobre os rumos da atenção básica à saúde.

Nesse sentido, Faria e Bertolozzi (2010) consideraram a Vigilância à Saúde modelo assistencial com potencial para a reorganização dos processos de trabalho no sentido de responder às demandas da população. Segundo as autoras:

Ao longo da década de 90 até a atualidade, apresenta-se variada produção científica acerca da Vigilância à Saúde que, progressivamente, amplia e redefine o objeto da Vigilância Epidemiológica, chegando-se à conformação de um novo modelo de atenção à saúde, lastreado na concepção social da saúde-doença” (FARIA; BERTOLOZZI, 2010).

Entender o território como algo vivo e que vai pertencer àquilo que se vai desenhar como promoção de saúde representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, que pode contribuir para a integração Vigilância em Saúde e Atenção Básica. Estas ações demandam mudanças no processo de trabalho tanto de ambas, para romper com a prática fragmentada de atuação e criar uma lógica de integração de saberes e ações para a atenção integral (ZUBEN; FERREIRA, 2020).

O trabalho interprofissional em saúde, definido como aquele que envolve duas ou mais profissões de saúde e assistência social, em uma prática coesa e colaborativa, para melhorar a abordagem aos problemas de saúde, pode contribuir de forma positiva para o enfrentamento das complexas demandas atuais de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais eficazes (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Estudo sobre os Sistemas de Informação em Saúde no apoio da Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de analisar a utilização dos sistemas de informação para a construção das salas de situação, percebeu que os sistemas contribuem para a construção destas subsidiando a atuação da gestão local. Os sistemas de informação apoiam a sala de situação na coleta, no processamento e na divulgação de resultados, na análise e na comparação de indicadores, no planejamento, na gestão e na avaliação em saúde (FERREIRA *et al.*, 2020).

A sala de situação em saúde constitui numa ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para tomada de decisões, posto que se trata de uma proposta de trabalho que facilita a análise da informação sanitária e a vinculação à gestão de governo em saúde. Dessa forma, a sala de situação em saúde apoia tanto o gestor, para seguimento de políticas e programas de saúde, quanto subsidia a decisão que a equipe da sala realiza, resultando nas unidades básicas de saúde, onde se gera o dado primário (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

A integração das informações fornecidas por esses sistemas com a oferta de diagnósticos dinâmicos e atualizados da saúde da população possibilitam o planejamento, a formulação de propostas, o acompanhamento de ações e serviços,

a avaliação e a regulação do sistema de saúde, viabilizando a elaboração de planos compatíveis com as necessidades detectadas, como se percebe ao analisar parte do alcance que as diversas experiências em sala de situação em saúde vêm mostrando em vários locais do país (LUCENA *et al.*, 2014).

A efetivação e o uso sistemático das informações da vigilância epidemiológica torna-se importante ferramenta tanto na gestão do sistema de saúde para definição de prioridades e distribuição de recursos, quanto para nortear as estratégias de intervenção dos serviços de saúde. Entretanto, dificuldades estruturais do sistema de saúde e da própria integração das ações de vigilância com as ações assistenciais nos serviços têm demonstrado um caráter meramente descritivo, restrito a coleta e transmissão de dados (CARVALHO, 2002).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo metodológico para construção e validação de um instrumento de pesquisa, o inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática), acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa metodológica envolve investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa centrados no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e validade desses instrumentos (POLIT; BECK, 2011).

No estudo do tipo metodológico o pesquisador investiga, organiza e analisa dados para conduzir o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa centrados no desenvolvimento de ferramentas específicas com vistas a melhorar a confiabilidade e validade desses instrumentos e técnicas, tendo gerado avaliações de resultados cada vez mais sólidos e confiáveis (ALVES, 2019).

### **4.2 Elaboração do Inquérito CAP**

Nessa etapa foi feito um estudo metodológico para a construção e validação de um questionário inquérito CAP sobre vigilância epidemiológica no contexto de trabalho dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. O critério utilizado para escolha do público alvo, informantes do inquérito (enfermeiros e médicos), foi o fato de serem os principais responsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica no nível da Atenção Primária.

Essa etapa do desenvolvimento metodológico compreende dois momentos descritos a seguir.

#### 4.2.1 Busca na literatura científica

Nesta fase foi realizada a busca na literatura científica sobre a temática abordada para fundamentação da construção do instrumento, seguida da definição dos conceitos e a compreensão dos pesquisadores sobre as dimensões conhecimento, atitude e prática utilizadas no inquérito CAP elaborado, como descrito a seguir:

- a) Conhecimento: Relacionado ao conteúdo teórico e científico sobre vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos;
- b) Atitude: Tendências, inclinações do profissional para a realização de ações sobre a vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos;
- c) Prática: Comportamentos, ações, atividades profissionais envolvidas nos processos de notificações de doenças e agravos pela vigilância epidemiológica.

O inquérito CAP consiste em um conjunto de questões que se propõem a identificar as características de uma determinada população em relação aos seus conhecimentos, atitudes e práticas frente a um determinado problema ou tema. Isto significa medir o que a população sabe (informações conhecidas), pensa (fatores que influenciam o comportamento) e atua (razões para suas atitudes) (BRASIL, 2002).

O CAP é um instrumento utilizado para compreender como as pessoas entendem (conhecimento) e sentem (atitudes) sobre determinado tema, ideia ou assunto, além de por qual meio os indivíduos demonstram suas ações (práticas). Esse instrumento teve sua origem na década de 1950 e foi pensado com o intuito de estimar a resistência entre as diferentes populações em relação à ideia do planejamento familiar. Tal metodologia vem sendo empregada mundialmente em estudos com as mais diversas populações, visando medir o que elas sabem, de que forma pensam e como agem frente a um determinado tema (LEÔNIDAS; DEANE, 2021).

#### 4.2.2 Elaboração dos Itens do Inquérito CAP

A construção do questionário foi baseada em documentos, normas e portarias que regulamentam as ações de Vigilância Epidemiológica e nos guias de vigilância do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2016, 2021). O inquérito foi construído ainda mediante leitura de estudos científicos que analisaram o conhecimento, atitudes e as práticas em temáticas e com populações distintas e a partir do conhecimento prévio e experiência na área da pesquisadora. A experiência com a temática e a vivência prática foram diferenciais na abordagem dos temas e elaboração dos itens, uma vez que o campo atuação da vigilância epidemiológica é amplo, diversificado e transversal. O instrumento constou inicialmente de trinta itens, distribuídos entre os tópicos sobre conhecimento, atitude e prática sobre vigilância epidemiológica. Diante das sugestões e contribuições obtidas no processo de validação, o inquérito sofreu modificações e ajustes. A versão final do inquérito foi composta por vinte e cinco itens, distribuídos nas respectivas dimensões: oito itens sobre conhecimento, oito de atitude e nove itens na dimensão prática. Esses foram estruturados em escala tricotômica de respostas, conforme acato da contribuição dos juízes.

#### 4.3 Validação de conteúdo do Instrumento por especialistas

Após a elaboração do instrumento, este foi avaliado e validado por juízes especialistas. O instrumento CAP foi avaliado quanto à pertinência, relevância, clareza e adequação da linguagem utilizada e conteúdo. Esta validação visa avaliar a sua facilidade de compreensão, importância para os tópicos pretendidos e o seu grau de interpretação e compreensão por diferentes indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2020). De acordo com Matos (2014), estratégias de verificação do nível de confiabilidade e concordância entre juízes têm sido bastante estudadas e aplicadas na saúde no Brasil.

#### 4.3.1 Critérios para seleção dos especialistas

Para a seleção dos especialistas foram considerados os critérios de qualificação profissional (especialização na área, mestrado ou doutorado), experiência de pelo menos um ano de atuação direta na vigilância epidemiológica, participação em pesquisas e/ou publicação de artigos sobre epidemiologia e notificação de doenças e agravos.

Inicialmente foram enviados vinte e um convites a profissionais especialistas em vigilância epidemiológica e/ou validação de instrumentos em saúde para participarem do estudo enquanto juízes. Esses participantes foram identificados na Plataforma do Currículo Lattes e por indicação de outros especialistas, caracterizando uma amostragem intencional por bola de neve. Obtivemos o retorno de oito instrumentos respondidos, o que correspondeu ao painel de especialistas do estudo.

Quanto ao número de participantes necessários para inferir o julgamento a determinado instrumento, não há consenso na literatura, no entanto, algumas variáveis podem direcionar esta escolha, tais como as características do instrumento a ser validado e o método de análise (FRANÇA, 2015).

#### 4.3.2 Coleta de dados acerca da validade de conteúdo

Para realização da validação foram enviados aos especialistas via e-mail e rede social: 1) carta convite explicando as atividades a serem realizadas (APÊNDICE A); 2) as instruções para avaliação dos especialistas explicando o objetivo e o interesse pelo estudo, além da importância da validação do instrumento para aplicação na prática; 3) questionário de caracterização dos especialistas (APÊNDICE C); 4) questionário inquérito CAP contendo os itens para avaliação acrescido das explicações para o preenchimento e espaço para inserir observações, correções e sugestões (APÊNDICE D); 5) termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

O questionário foi apreciado por juízes especialistas na área que descreveram, em espaço destinado, suas avaliações e as devidas correções, adequações e sugestões propostas que contribuiriam para o aprimoramento do instrumento definitivo. Primeiramente, avaliou-se a pertinência de cada item e sua

correspondência com o CAP de acordo com a sua relevância, clareza e linguagem adequada através de uma escala (-1 à +1). Posteriormente, os juízes avaliaram cada um dos trinta itens conforme a dimensão mais representativa (conhecimento, atitude e prática), assinalando com um “X”. Em seguida foi avaliada a escala de respostas, assinalando qual o modelo mais adequado entre duas propostas. Na última etapa da avaliação os juízes responderam, assinalando entre quatro respostas possíveis, sete perguntas sobre o conjunto de itens do questionário sugerindo em espaço destinado uma possível solução para o item apontado com problema. Após as quatro etapas da avaliação foi destinado um espaço caso o juiz avaliador quisesse acrescentar ou sugerir algo e/ou fazer alguma observação.

#### 4.4 Análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados no Microsoft Excel<sup>®</sup>, posteriormente sendo apresentados na forma de quadros e tabelas. As informações referentes à caracterização dos juízes foram apresentadas por estatística descritiva a partir do cálculo proporcional e frequência absoluta. De acordo com Matos (2014), a literatura especializada demonstra diversas maneiras de medir o nível de confiabilidade e concordância entre juízes incluindo técnicas como porcentagem, correlação, coeficiente, entre outras. A mensuração das estimativas para a validade de conteúdo foi realizada com a aplicação do *Content Ration Validity* (CVR) e o Índice de Concordância (IC).

Para a avaliação de conteúdo foi utilizado a Razão de Validade de Conteúdo (CVR) comparando a proporção de juízes com resposta -1 e 0 com o número esperado [(CVR=  $\frac{ne - (N/2)}{(N/2)}$ ], onde “ne” é o número de juízes que classificam cada item como -1 ou 0 e “N” é o número total de juízes respondentes. O CVR varia entre -1 e 1 e espera-se que um bom item tenha o valor de CVR ao menos positivo (VIOLA, 2019). Itens com CVR menor do que 0,75 no critério de relevância foram eliminados.

#### Fórmula para o cálculo do CVR:

$$CVR = \frac{ne - (N/2)}{(N/2)}$$

O índice de concordância mede a proporção, ou porcentagem, de concordância de especialistas sobre determinados aspectos de um instrumento e seus itens. Consiste, então, em obter o número de vezes em que os avaliadores concordam e dividir pelo número total de avaliações (varia entre 0 e 100%). O valor de 75% é o mínimo de concordância aceitável considerado e a partir de 90% são considerados valores altos (MATOS, 2014).

**Fórmula para o cálculo do IC:**

$$\text{IC} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de concordâncias}}{\text{Concordâncias} + \text{discordâncias}} \times 100$$

#### **4.5 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa**

O trabalho obedeceu às diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) no parecer de nº 5.601.282 e CAAE nº 58892922.9.0000.5534 (ANEXO A).

Os participantes foram convidados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, tendo assegurado a livre escolha de participar ou não do estudo. Foi garantido o anonimato, o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes. A manifestação de concordância em participar do estudo foi expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados deste estudo metodológico estão apresentados seguindo as etapas do processo de caracterização dos juízes especialistas avaliadores e validação de conteúdo do questionário inquérito CAP. Observa-se a seguir a apresentação dos resultados desse percurso utilizando-se de quadros e tabelas.

### **5.1 Caracterização dos juízes especialistas**

O questionário de caracterização (apêndice C) aplicado aos juízes especialistas abrangeu informações relativas a dados pessoais e profissionais, como idade, sexo, área de formação e atuação, tempo de graduado, titulação e atividades de pesquisa. A amostra foi composta por oito juízes especialistas, todos enfermeiros. A idade dos juízes variou entre 27 a 42 anos, sendo a maioria do sexo feminino (62,5%). O tempo da graduação variou entre 04 e 16 anos. Quanto ao cargo de atuação ou função atual, metade atua como docente do magistério superior e os demais como enfermeiros.

Cinquenta por cento dos especialistas participantes possuem especialização na área de Epidemiologia ou Saúde Pública. Metade dos juízes são mestres e os demais possuem doutorado como maior titulação. Metade dos participantes desenvolveu ou desenvolve pesquisa na área da Vigilância Epidemiológica (VE) e 75% possui publicação na área da Epidemiologia.

**Tabela 1 – Caracterização dos juízes especialistas. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

<b>Variáveis</b>	<b>N=19</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	05	62,5
	Masculino	03	37,5
<b>Idade</b>	25 - 29 anos	02	25
	30 - 34 anos	04	50
	35 – 39 anos	01	12,5
	40 – 44 anos	01	12,5
<b>Tempo de formado</b>	< 5 anos	01	12,5
	5 – 10 anos	04	50
	> 10 anos	03	37,5
<b>Ocupação atual</b>	Enfermeiro	04	50
	Professor Universitário	04	50
<b>Maior titulação</b>	Mestrado	04	50
	Doutorado	04	50
<b>Especialização em Epidemiologia ou Saúde Pública</b>	Sim	04	50
	Não	04	50
<b>Pesquisa na área da Vigilância Epidemiológica</b>	Sim	04	50
	Não	04	50
<b>Publicação na área da Vigilância Epidemiológica</b>	Sim	06	75
	Não	02	25

Fonte: Elaborada pela autora.

## 5.2 Validação de Conteúdo

A construção do questionário inquérito CAP foi baseada em evidências científicas, no entanto, é imprescindível a validação do instrumento por especialistas para a credibilidade da tecnologia. Segundo Matos (2014), para que uma avaliação seja considerada de boa qualidade e cumpra seus propósitos, precisa ter validade e confiabilidade.

O quadro 01 apresenta os trinta itens elaborados inicialmente para o questionário inquérito CAP. A apresentação do quadro está de acordo com a distribuição inicial entre as dimensões conhecimento, atitude e prática (10 itens em cada dimensão). Esse modelo inicial do inquérito foi encaminhado aos juízes especialistas para avaliação conforme consta modelo no apêndice D.

**Quadro 1 – Itens desenvolvidos para compor o inquérito CAP. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

(continua)

ITENS		
CONHECIMENTO	1	A epidemiologia é a ciência que analisa o processo saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.
	2	A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais.
	3	A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia dentro do contexto de trabalho da ESF
	4	Rumores vindo da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são fontes de dados da vigilância em saúde.
	5	A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.
	6	Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.
	7	A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.
	8	A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.
	9	O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.
	10	A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.

**Quadro 1 – Itens desenvolvidos para compor o inquérito CAP. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

(continuação)

ITENS		
ATTITUDE	11	A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.
	12	O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa com hanseníase.
	13	A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.
	14	O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória.
	15	O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.
	16	O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.
	17	O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória
	18	O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status vacinal da pessoa atendida independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo em uma unidade de saúde.
	19	O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade através da captação completa dos óbitos por um óbito bem declarado e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.
	20	O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.

**Quadro 1 – Itens desenvolvidos para compor o inquérito CAP. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

(conclusão)

ITENS		
PRÁTICA	21	Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.
	22	Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para acidentes leves.
	23	Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas
	24	Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.
	25	Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos, ou seja, de todos aqueles que foram expostos à pessoa com Tb.
	26	Ao atender um caso suspeito de <i>Monkeypox</i> , o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.
	27	Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde responsável pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.
	28	Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para <i>Chikungunya</i> .
	29	Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica imediatamente e investiga o caso em até 48h independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
	30	Ao atender um caso suspeito de COVID-19 na UBS, o profissional de saúde adota protocolos de atendimento que contemplam estágio de transmissão comunitária do coronavírus.

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 2 – CVR dos critérios relevância, clareza e linguagem adequada dos itens do inquérito CAP sobre Vigilância Epidemiológica. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

ITENS	RELEVÂNCIA	CLAREZA	(continua)
			LINGUAGEM ADEQUADA
1 - A epidemiologia é a ciência que analisa o processo 2 - saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.	1,0	1,0	1,0
3 - A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais.	0,75	0,75	0,75
4 - A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia dentro do contexto de trabalho da ESF	0,75	0,75	1,0
5 - Rumores vindo da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são fontes de dados da vigilância em saúde.	0,75	1,0	1,0
6 - A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.	1,0	1,0	1,0
7 - Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.	0,5	0,5	0,75
8 - A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.	0,75	1,0	1,0
9 - A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.	0,5	0,75	0,75
10 - O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.	0,75	1,0	1,0
11 - A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.	0,5	-0,25	0,25

**Tabela 2 – CVR dos critérios relevância, clareza e linguagem adequada dos itens do inquérito CAP sobre Vigilância Epidemiológica. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

ITENS	(continuação)		
	RELEVÂNCIA	CLAREZA	LINGUAGEM ADEQUADA
<b>CVR CONHECIMENTO</b>	<b>0,725</b>	<b>0,75</b>	<b>0,85</b>
2 - A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.	0,75	1,0	1,0
13 - O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa com hanseníase.	0,75	1,0	1,0
14 - A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.	0,5	0,75	0,75
15 - O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória.	1,0	0,75	1,0
16 - O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.	1,0	0,75	1,0
17 - O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.	0,75	0,75	0,75
18 - O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória	0,75	1,0	1,0
19 - O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status vacinal da pessoa atendida independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo em uma unidade de saúde.	0,75	0,75	1,0

**Tabela 2 – CVR dos critérios relevância, clareza e linguagem adequada dos itens do inquérito CAP sobre Vigilância Epidemiológica. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

ITENS	(continuação)		
	RELEVÂNCIA	CLAREZA	LINGUAGEM ADEQUADA
20 - O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade através da captação completa dos óbitos por um óbito bem declarado e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.	0,75	-0,25	-0,25
21 - O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.	1,0	0,75	1,0
<b>CVR ATITUDE</b>	<b>0,8</b>	<b>0,725</b>	<b>0,725</b>
22 - Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.	1,0	0,75	1,0
23 - Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para acidentes leves.	1,0	0,75	1,0
24 - Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas	1,0	1,0	1,0
25 - Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.	1,0	0,75	1,0
26 - Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos, ou seja, de todos aqueles que foram expostos à pessoa com Tb.	1,0	0,5	10

**Tabela 2 – CVR dos critérios relevância, clareza e linguagem adequada dos itens do inquérito CAP sobre Vigilância Epidemiológica. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

ITENS	RELEVÂNCIA	CLAREZA	(conclusão)
			LINGUAGEM ADEQUADA
26 - Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos, ou seja, de todos aqueles que foram expostos à pessoa com Tb.	1,0	0,5	10
27 - Ao atender um caso suspeito de <i>Monkeypox</i> , o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.	1,0	0,75	1,0
28 - Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde responsável pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.	0,75	0,5	0,75
29 - Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para <i>Chikungunya</i> .	0,5	0,5	0,75
30 - Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica imediatamente e investiga o caso em até 48h independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.	0,75	0,5	0,75
31 - Ao atender um caso suspeito de COVID-19 na UBS, o profissional de saúde adota protocolos de atendimento que contemplam estágio de transmissão comunitária do coronavírus.	1,0	0,75	1,0
<b>CVR PRÁTICA</b>	<b>0,9</b>	<b>0,675</b>	<b>0,925</b>
<b>CVR TOTAL</b>	<b>0,8</b>	<b>0,71</b>	<b>0,83</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

A tabela 2 mostra a avaliação dos juízes especialistas quanto à pertinência de cada item e sua correspondência com o CAP. Os especialistas atribuíram uma pontuação (-1, 0, +1) para avaliar cada item quanto à relevância, clareza e linguagem adequada conforme descrição no quadro 02.

**Quadro 2 – Escala de pontuação CVR. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

<b>ESCALA</b>	
-1	Não relevante/Não claro/Linguagem não adequada à população.
0	Não é possível avaliar/Não sei
+1	Relevante/Claro/Linguagem adequada à população

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos instrumentos desse tipo atribuem-se valores numéricos onde as declarações de concordância recebem valores positivos ou altos, enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos (DODT, 2008).

Itens com CVR menor do que 0,75 no critério de relevância foram eliminados. Dessa forma, tivemos cinco itens excluídos nessa etapa (três itens da dimensão conhecimento, um item sobre atitude e um item sobre prática), como descrito no quadro 03.

**Quadro 3 – Itens excluídos na validação de conteúdo após sugestão dos juízes. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

<b>Nº do item 1ª versão do instrumento</b>	<b>Item excluído</b>
<b>Conhecimento</b>	
06	Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.
08	A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.
10	A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.
<b>Atitude</b>	
13	A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.
<b>Prática</b>	
28	Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para Chikungunya.

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram mantidos no instrumento os itens que receberam pontuação igual ou superior que 0,75 na dimensão relevância. Adotou-se como adequado um consenso de 75% entre os avaliadores juízes especialistas (MATOS,2014).

**Tabela 3 – Índice de concordância (IC) dos especialistas sobre os itens e suas dimensões. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

Dimensão inicial	Dimensão indicada pelos especialistas		
	IC conhecimento	IC Atitude	IC Prática
<b>Conhecimento</b>			
Item 01	100%	00	00
Item 02	100%	00	00
Item 03	87,5%	12,5%	00
Item 04	75%	12,5%	12,5%
Item 05	100%	0,0	0,0
Item 07	62,5%	12,5%	25%
Item 09	62,5%	12,5%	25%
<b>Atitude</b>			
Item 11	50%	37,5%	12,5%
Item 12	12,5%	62,5%	25%
Item 14	12,5%	75%	12,5%
Item 15	12,5%	75%	12,5%
Item 16	12,5%	62,5%	25%
Item 17	12,5%	62,5%	25%
Item 18	12,5%	75%	12,5%
Item 19	12,5%	75%	12,5%
Item 20	12,5%	75%	12,5%
<b>Prática</b>			
Item 21	00	00	100%
Item 22	37,5%	12,5%	50%
Item 23	00	12,5%	87,5%
Item 24	12,5%	37,5%	50%
Item 25	00	37,5%	62,5%
Item 26	00	12,5%	87,5%
Item 27	00	37,5%	62,5%
Item 29	00	12,5%	87,5%
Item 30	00	12,5%	87,5%

Fonte: Elaborada pela autora.

A tabela 3 mostra a avaliação dos juízes especialistas quanto à correspondência de cada item à dimensão do inquérito CAP. Nessa etapa da validação do instrumento foi aplicado o Índice de Concordância (IC) para avaliação da correspondência entre os itens e as dimensões às quais pertenciam.

Os juízes avaliaram os itens conforme a compreensão dos pesquisadores sobre conhecimento, atitude e prática, tendo os conceitos apresentados no próprio inquérito e conforme quadro 04.

**Quadro 4 – Compreensão dos pesquisadores sobre conhecimento, atitude e prática para a construção dos itens. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

<b>Conhecimento:</b>	Relacionado ao conteúdo teórico e científico sobre vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos.
<b>Atitude:</b>	Tendências, inclinações do profissional para a realização de ações sobre a vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos.
<b>Prática:</b>	Comportamentos, ações, atividades profissionais envolvidas nos processos de notificações de doenças e agravos pela vigilância epidemiológica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Obtivemos apenas um item com uma baixa avaliação quanto à sua dimensão, o item onze. Na avaliação deste, 50% dos juízes julgaram ele como pertencendo à dimensão do conhecimento e apenas 37,5% julgou como apropriada sua colocação na dimensão atitude. O restante dos juízes (12,5%) considerou que o referido item deveria pertencer à dimensão prática. Como o maior índice de concordância considerou o item onze como adequado à dimensão conhecimento, ele foi então remanejado.

Tivemos mais dois resultados alterados nessa etapa da validação (itens 22 e 24). No entanto, nesses dois casos o maior índice de concordância entre os juízes correspondeu à dimensão a que pertence o item inicialmente, dessa forma, não tivemos remanejamento desses itens quanto à dimensão.

**Tabela 4 – Avaliação dos aspectos gerais do Inquérito CAP pelos especialistas.  
Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

<b>CRITÉRIOS PARA O INSTRUMENTO</b>	<b>IC para SIM</b>
O número de itens é suficiente para a medida?	75%
O instrumento mede a variável latente (Vigilância epidemiológica na ESF)?	87,5%
O instrumento mede apenas o que se propôs?	100%
O instrumento atende a dimensionalidade proposta (CAP)?	87,5%
O instrumento atende a dimensão conhecimento?	87,5%
O instrumento atende a dimensão atitude?	75%
O instrumento atende a dimensão prática?	75%
Adequação da escala de resposta dicotômica (1 - Concordo; 2 - Discordo).	25%
Adequação da escala de resposta não dicotômica (1 - Concordo; 2 - Concordo parcialmente; 3 - Discordo).	75%

Fonte: Elaborada pela autora.

**Quadro 5 – Modificação dos itens a partir das solicitações dos especialistas.  
Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

<b>Item inicial</b>	<b>Solicitação do especialista</b>	<b>Item modificado</b>
03	Proposta de reescrita.	A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia, em especial, dentro do contexto de trabalho da ESF.
04	Comunicações ou rumores procedentes. São maneiras para obter os dados, mas existem outras formas também.	Comunicações ou rumores procedentes da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são maneiras para obter os dados da vigilância epidemiológica, mas existem outras formas também.
19	O item possui relevância, mas a repetição de termos (óbito/óbitos) o deixa confuso e pouco claro. Sugiro reescrita.	O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade por meio da captação completa dos óbitos, pelo preenchimento adequado e completo da declaração de óbito e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.
25	Deixar o item mais conciso.	Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos.
27	Substituir a primeira aparição da palavra “responsável” por “encarregado”, de modo que fique “profissional de saúde encarregado pelo atendimento”, no intuito de evitar a repetição de palavras que podem confundir os participantes do estudo.	Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde encarregado pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.

Fonte: Elaborado pela autora.

Após essa última etapa, todo o processo de validação foi concluído, resultando no inquérito CAP versão final apresentado no quadro a seguir. Uma forma inadequada de validação, sem critérios metodológicos rigorosos, e a inexistência de instrumentos validados por profissionais capacitados, contribuem para que nem sempre esse processo seja efetivado, dificultando o aperfeiçoamento e a propagação do conhecimento sobre o fenômeno em estudo (SOUZA, 2020).

De acordo com Feitosa *et al.* (2014), um instrumento para ser considerado significativo precisa ter validade, tendo como definição o processo de validação como a adequação do instrumento, ou seja, a pertinência dos resultados por ele produzidos para medir aquilo que se propõe dispensando assim, a etapa de realização do pré-teste.

Após a apresentação da primeira versão dos itens desenvolvidos para compor o inquérito CAP (quadro 1), o quadro 06 apresenta a versão final dos itens que compõem o questionário, contendo questões básicas sobre a Epidemiologia, com a finalidade específica de trabalhar o público alvo de profissionais enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família, e contribuir com o sistema de vigilância dos municípios, bem como com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).

**Quadro 6 – Itens desenvolvidos após avaliação dos juízes para compor o inquérito CAP. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

(continua)

ITENS		
CONHECIMENTO	1	A epidemiologia é a ciência que analisa o processo saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.
	2	A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais.
	3	A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia, em especial, dentro do contexto de trabalho da ESF.
	4	Comunicações ou rumores procedentes da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são maneiras para obter os dados da vigilância epidemiológica, mas existem outras formas também.
	5	A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.
	6	A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.
	7	O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.
	8	A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.
ATTITUDE	09	O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa com hanseníase.
	10	O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória.
	11	O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.
	12	O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.
	13	O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória
	14	O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status vacinal da pessoa atendida independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo em uma unidade de saúde.

**Quadro 6 – Itens desenvolvidos após avaliação dos juízes para compor o inquérito CAP. Fortaleza/CE, Brasil, 2023**

(conclusão)

ITENS		
	15	O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade por meio da captação completa dos óbitos, pelo preenchimento adequado e completo da declaração de óbito e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.
	16	O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.
PRÁTICA	17	Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.
	18	Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para acidentes leves.
	19	Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas
	20	Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.
	21	Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos.
	22	Ao atender um caso suspeito de Monkeypox, o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.
	23	Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde encarregado pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.
	24	Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica imediatamente e investiga o caso em até 48h independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
	25	Ao atender um caso suspeito de COVID-19 na UBS, o profissional de saúde adota protocolos de atendimento que contemplam estágio de transmissão comunitária do coronavírus.

Fonte: autoria própria.

O processo de validação de conteúdo mostrou que a avaliação foi satisfatória. O instrumento recebeu pontuação média global de 0,82 pelos juízes. A pontuação média do IC foi 0,83 e do CVR 0,78, apresentando apenas um item (clareza) com avaliação abaixo do preconizado pela literatura, ou seja, abaixo de 0,78 (POLIT; BECK; HUNGLER, 2007).

É preciso relatar que o processo de construção do instrumento CAP foi bastante dispendioso. Entendeu-se por parte dos pesquisadores que se trata de algo bastante complexo, pois envolve vários aspectos relacionados ao conhecimento, atitude e prática dos profissionais.

Apesar de complexo e árido, o método CAP é ao mesmo tempo instigante, fazendo-se necessário o fomento da padronização metodológica e o uso de questões mais alinhadas a avaliação das percepções das pessoas, vontade e capacidade de investir e participar de certas práticas e programas na área da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os estudos que utilizam o inquérito CAP podem propiciar a identificação das reais lacunas do conhecimento, crenças ou padrões de comportamento que podem facilitar ou dificultar a compreensão e a ação, bem como causar problemas ou criar barreiras para os esforços de controle de um determinado problema de saúde pública (SANTOS, 2017).

Estudo brasileiro que avaliou o conhecimento de profissionais de saúde sobre a temática da doação de órgãos e tecidos para transplantes e as etapas que compõem tal processo apontou déficit de conhecimento. Tal achado revela um cenário comprometedor, uma vez que a base de atitudes e práticas adequadas advém de um conhecimento adequado (SILVEIRA *et al.*, 2014).

A prática é a principal categoria do CAP, visto que se trata da tomada de decisão para executar a ação e está relacionada aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo, gerando mudanças de comportamento dos profissionais para que se possa racionalizar procedimentos e aprimorar normas e rotinas (DOURADO *et al.*, 2017). Para a elaboração dos itens da dimensão prática levou-se em consideração situações rotineiras, criando-se casos práticos baseados na rotina de trabalho dos profissionais.

Na etapa de elaboração dos itens, a primeira preocupação foi quanto ao cuidado para que os profissionais não se sentissem avaliados, pois isso geraria um viés nas respostas, além do risco para um alto índice de recusa. Dessa forma,

reformulou-se todo o questionário, substituindo as perguntas por itens afirmativos. As opções de respostas foram alteradas, de modo a apresentar itens mais subjetivos e de caráter pessoal (novamente fugindo de padrão avaliativo). Optou-se também por itens curtos, diretos e objetivos pois, comumente, afirmações muito extensas tendem a deixar os participantes da pesquisa confusos, o que pode gerar um viés ao responderem o questionário.

Oliveira (2020) lista em seu estudo passos para a preparação de um questionário CAP, sendo um destes a preparação das perguntas e afirma ser vital ao pesquisador construir itens viáveis, efetivos e alinhados aos alvos do método.

A elaboração dos itens do questionário foi gradual, baseada nos manuais de vigilância do Ministério da Saúde alinhados à prática e cotidiano do trabalho da Epidemiologia, levando em consideração elementos importantes como a linguagem, objetividade e aproximação máxima com o habitual da rotina de trabalho dos profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

No que diz respeito à dimensão atitude, percebeu-se uma maior dificuldade na definição, alocação e elaboração dos itens dessa dimensão por ter um caráter um tanto quanto subjetivo. A referida dimensão sofreu duas alterações durante o processo de validação, havendo eliminação de um item na primeira etapa e realocação de item na segunda, permanecendo na versão final com oito itens ao todo.

Figueiredo (2009) apresentou como limitação do seu estudo CAP fragilidades para a categoria atitude, por não conseguir levantar a dimensão subjetiva necessária para essa categoria demandando uma complementação por outra técnica na sua pesquisa.

Convém destacar ainda o fato da não aplicabilidade do instrumento com o público-alvo. Todavia, a seleção dos juízes com ampla experiência nas áreas assistencial, acadêmica e pesquisa permitiu a análise crítica e relevante do instrumento (JACOB *et al.*, 2020).

Quando analisadas as médias dos CVR em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas acerca da vigilância epidemiológica, observou-se o maior resultado obtido na dimensão prática. Esse dado revela o pressuposto de que indivíduos podem modificar seu comportamento, mostrando uma influência entre o que se sabe (conhecimento), as atitudes e suas ações.

Mudanças de comportamento dos profissionais se configuram como essenciais para que se possa aprimorar normas e rotinas, no entanto, é um ato voluntário e individual que depende antes de tudo da consciência e decisão de cada profissional. Muitos profissionais, mesmo possuindo um conhecimento adequado sobre determinado tema, deixam de colocar em prática a informação já adquirida (DOURADO *et al.*, 2017).

Figueiredo (2009) destaca a importância do saber e da percepção da população alvo no intuito de contribuir para a formulação de ações efetivas e eficientes que solucionem ou reduzam problemas específicos de determinadas áreas.

Levando em consideração a importância da avaliação das práticas de saúde como um instrumento norteador dos serviços prestados, e o caráter transversal das ações de vigilância epidemiológica, Bezerra (2009) sugere a necessidade da permanente avaliação das ações da epidemiologia e o aperfeiçoamento dos instrumentos utilizados pela complexidade do objeto avaliado.

Considerando os resultados do estudo de desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar ações de vigilância no âmbito municipal, Pimenta Jr. (2005), concluiu, a partir dos resultados da sua pesquisa, que os instrumentos propostos para avaliação podem se constituir de uma importante ferramenta para a qualificação e validação das informações.

O uso de instrumentos de mensuração em forma de escalas e testes validados é defendido por possibilitar uma coleta de dados sistemáticos e avaliação quantitativa dos fenômenos, viabilizando a correlação de suas variáveis através de testes estatísticos. Uma diversidade de testes e escalas padronizadas vem sendo cada vez mais utilizada no âmbito da saúde, tanto para proporcionar uma assistência de melhor qualidade, quanto para produção de dados em pesquisas de cunho científico (FEITOSA *et al.*, 2014).

Os estudos que avaliam conhecimento, atitude e prática são, em sua maioria, direcionados à população, poucos envolvem profissionais da saúde. A falta de referências sobre o inquérito CAP voltado para a temática em estudo motivou a construção e validação deste instrumento para realização de possíveis coleta de dados.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento sobre Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família.

A avaliação realizada pelos oito juízes especialistas considerou a ferramenta válida, com bons percentuais nos índices dos resultados. O inquérito foi construído com embasamento científico e revisado conforme avaliações e recomendações dos juízes. Dessa forma, o instrumento pode ser utilizado para avaliar o conhecimento, as atitudes e práticas de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família acerca da Vigilância Epidemiológica.

A Vigilância Epidemiológica é um dos principais componentes da Vigilância em Saúde, sendo uma ferramenta fundamental para a gestão em saúde, utilizada como base para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, tendo por finalidade coletar dados monitorar e analisar a distribuição e a incidência de doenças transmissíveis ou não, e agravos na população para então propor medidas efetivas para o controle e a diminuição dos riscos.

Apesar de toda a sua importância, a Epidemiologia ainda encontra resistência e/ou negligência por parte dos profissionais, gestores e do sistema de saúde como um todo. Algo que é no mínimo contraditório e descabido perante o que foi exposto anteriormente. Observou-se uma maior valorização e publicidade da Epidemiologia com o surgimento da pandemia da COVID. No entanto ainda temos muito o que avançar principalmente no que tange ao processo de notificação de eventos, doenças e agravos de notificação compulsória e sob acompanhamento, monitoramento e controle no país.

Quanto às limitações do estudo, tivemos dificuldade de adesão por parte dos juízes. Dessa forma, utilizamos também do método bola de neve para seleção dos especialistas, ou seja, a indicação por parte dos próprios juízes. Obtivemos um retorno de apenas 38% do total de convidados a participar do estudo. Outra limitação identificada no estudo foi a ausência da caracterização dos juízes quanto a experiência na participação em pesquisas e/ou publicação na área de validação de inquéritos. A oferta limitada de estudos sobre validação de instrumentos na área da Epidemiologia configura-se também como outra limitação da pesquisa. Por fim, não

foi possível realizar a aplicabilidade do instrumento com o público-alvo e assim avaliar a efetividade da ferramenta nesse estudo, passo que poderá ser investigado em pesquisas posteriores.

É de grande importância levantar o saber das pessoas a fim de melhor direcionar suas ações. Existe a necessidade de ampliar as abordagens educativas na área da Epidemiologia, sobretudo em processos de educação permanente com os profissionais enfermeiros e médicos, visando um aperfeiçoamento qualitativo no processo de municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica.

Por ser sido identificada como uma lacuna na literatura, recomenda-se ainda o desenvolvimento de estudos de validação que avaliem o conhecimento, atitude e a prática dos profissionais na área da Epidemiologia, a fim de assistir, acompanhar e avaliar as práticas e ações de vigilância epidemiológica nos serviços de saúde no Brasil.

Tendo em vista a carência de estudos nessa área, há a necessidade de aprofundamento e novas pesquisas a fim de alcançar melhores resultados e benefícios para os trabalhadores, usuários, famílias, sociedade, bem como à comunidade científica.

Acredita-se que o instrumento desenvolvido nesse estudo poderá ser utilizado por gestores, profissionais, docentes e estudantes com a finalidade de realização de pesquisas de avaliação diagnóstica e/ou de levantamentos visando melhorias nas ações de vigilância epidemiológica.

A partir do desenvolvimento do instrumento buscou-se inserir os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, da Estratégia Saúde da Família num contexto das políticas sociais, com ênfase na estrutura do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, fluxos e funcionamento dos sistemas de informação, bem como na apresentação do papel e da responsabilidade das diferentes instâncias. A partir do ponto de vista conceitual e organizacional mostrou-se, a partir do questionário, questões relativas à vigilância epidemiológica conscientizando, despertando e sensibilizando os profissionais para atuarem no SNVE. Desta forma, espera-se a partir do desenvolvimento dessa ferramenta, contribuir com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), visando a implementação qualitativa da vigilância epidemiológica nos municípios.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. N.; SANTOS, L. T. V.; DIAS, F. I. S.; LOPES, C. R. Sala de situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde de Sobral – Ceará. **Sarane**, Sobral; v. 12, n. 2, p. 40-46, jun./dez. 2013.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALVES, V. S. **Construção e validação de um álbum seriado para a prevenção de acidentes domésticos na infância**. 019 107 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

ANDRADE, S. S. C.; ZACCARA, A. A. L.; LEITE, K. N. S.; BRITO, K. K. G.; SOARES, M. J. G. O.; COSTA, M. M. L.; PINHEIRO, A. K. B.; OLIVEIRA, S. H. S. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-372, fev. 2015.

BERTOLOZZI, M. R.; FRACOLLI, L. **A vigilância à saúde**: alerta continuado em saúde coletiva. **Mundo saúde**, v. 28, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2004.

BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E.; FRIAS, P. G.; SAMICO, I.; ALMEIDA, C. K. A. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto nacional do desenvolvimento da educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília: Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Resolução CNS nº 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013, nº 12, seção 1, p. 59.

CARVALHO, M. S.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília; v. 12, n. 1, p. 66-74, abr. 2002.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. R. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam! **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 34, n. 8, ago. 2018.

COSTA, C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

DODT, R. C. M. **Aplicação e validação da breastfeeding self-efficacy scale – short form em puérperas**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2008.

DOURADO, C. A. R. O.; BARROS, D. C. C.; VASCONCELOS, R. V. D.; SANTOS, A. H. S. S. Inquérito sobre conhecimento, atitude e prática de higiene das mãos pelos profissionais da enfermagem. **Rev enferm UFPE**, Recife; v. 11, n. 3, p. 1136-1145, mar. 2017.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à Saúde. **Rev Esc Enfermagem**, São Paulo; v. 44, n. 3, p. 789-95, nov. 2010.

FEITOSA, M. C.; SOARES, L. S.; BELEZA, C. M. F.; SILVA G. R. F.; LEITE, I. R. L. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisa quantitativas em Enfermagem. **Sanare**, Sobral; v. 13, n. 2, p. 92-97, jun./dez. 2014.

FERREIRA JUNIOR, S.; OLIVEIRA, H.B.; MARIN-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Rev. Bras. Epidemiologia**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 100-3, mar. 2013.

FERREIRA, J. E. S. M.; OLIVEIRA, L. R.; MARQUES, W. S.; LIMA, T. S.; BARBOSA, E. S. B.; CASTRO, R. R.; GUIMARÃES, J. M. X. Sistemas de informação em saúde no apoio à gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 970-82, dez. 2020.

FIGUEIRÊDO, K. E. G. **Conhecimentos, atitude e prática sobre o controle da dengue na área do PSF do bairro de São Francisco, município do Cabo de Santo Agostinho/PE**. 2009. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FRANÇA, M. S. **Validação de instrumentos de medição das práticas apoiadoras da rede social à mulher/nutriz**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JACOB, L. M. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Instrumento sobre conhecimento, atitude e prática de gestantes acerca da síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 22, e60040, jan. 2021.

KALIYAPERUMAL, I. E. C. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **Community Ophthalmology**, Gandhinagar, v. 4, n. 1, p. 7-9, jan./mar. 2004.

LEÔNIDAS, I.; DEANE, M. **Relatório do estudo: comportamento, atitude e práticas (CAP) em saúde mental e enfrentamento à COVID-19 entre jovens indígenas da Amazônia Brasileira**. Manaus: Fiocruz, 2021.

LUCENA, K. D. T.; DEININGER, L. S.; SILVA, E. A.; FIGUEIREDO, D. C. M.; PEREIRA, A. J.; VIANNA, R. P. T. Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. **Rev enferm UFPE**, Recife; v. 8, n. 3, p. 702-8, mar. 2014.

MACHADO, S. P. C.; SAMICO, I. C.; BRAGA, T. D. A. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. **Rev enferm UFPE**, Recife; v. 65, n. 1, p. 34-41, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cQ9ptfcb4bzmJzYhLvqqzND/?lang=pt>. Acesso em 30 mar 2022.

MATOS, D. A. S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, set./dez. 2014.

MELO, M. A. S.; COLETA, M. F. D.; COLETA, J. A. D.; BEZERRA, J. C. B.; CASTRO, A. M.; MELO, A. L. S.; TEIXEIRA, R. A. G.; GOMES, D. B.; CARDOSO, H. A. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no sistema nacional de agravos de notificação. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 71, abr./jun. 2018.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: atlas, 2005.

NERI, E. A. R.; MOURA, M. S. S.; PENHA, J. C.; REIS, T. G. O.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolau de prostitutas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 22, n. 3, p. 731-738, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, C. M. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan./mar. 2015.

OLIVEIRA, M. L. C.; GOMES, L. O.; SILVA, H. S.; CHARIGLIONE, I. P. F. S.; Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. **Revista Educação em Saúde**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 190-198, abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Regulamento sanitário internacional**. Washington: Publicação Científica, nº157, 1968.

PIMENTA JÚNIOR, F. G. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar o Programa Nacional de Controle da Dengue no âmbito municipal**. 2005. 210. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PORTUGAL, Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Lisboa: Pathfinder Internacional, 2002.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, p. 1535-1547, mar. 2018.

RISI JUNIOR, J. B. Considerações sobre a publicação de dados epidemiológicos pelo Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 1, n. 4, p. 27-32, 1992.

ROLIM, A. C. A.; MOREIRA, G. A. R.; CORRÊA, C. R. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 794-804, out./dez. 2014.

SANTOS, C. A. P. S. *et al.* Conhecimento, atitude e prática dos vacinadores sobre vacinação infantil em Teresina-PI, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 133-140, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222017000100133&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000100133&lng=en). Acesso em: 21 mar. 2023.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.

SILVEIRA, M. L. *et al.* Conhecimento, atitude e prática sobre alimentos regionais entre famílias de pré-escolares. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 37-44, jan./fev. 2014. Disponível em: [http://repositório.ufc.br/bitstream/riufc/8338/1/2014\\_art\\_esjoventino.pdf](http://repositório.ufc.br/bitstream/riufc/8338/1/2014_art_esjoventino.pdf). Acesso em: 21 mar. 2023.

SOUSA, S. P. O.; MASCARENHAS, M. D. M.; SILVA, M. C. B.; ALMEIDA, R. A. M. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil – 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 465-474, jul./set. 2012.

SOUZA, A. C. C. **Construção e validação de tecnologia educacional como subsídio à ação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão.** 2015. 192 f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2015.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, W. P. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, e20190559, abr. 2020. Supl. 6.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAKIMOTO, S. *et al.* **Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública.** Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 5, n.3, p. 87-107, jul./set. 1998.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JUNIOR, J. B. Vigilância Epidemiológica. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.A.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e Saúde**, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VIOLA, C. G. **Construção e validação de um instrumento para análise do prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e-SUS atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2019.

ZUBEN, A. P. B.; FERREIRA, M. C. Desafios para integração da vigilância em saúde e atenção básica. *In*: FERREIRA, M. C.; ZUBEN, A. P. B. (Orgs.). **Vigilância em saúde nos municípios**: caderno de textos. Campinas: IPADS, 2020.

## APÊNDICE A – CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Caro (a) Senhor (a),

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do RENASF/UECE, onde pretendo **construir e validar um instrumento sobre conhecimentos, atitudes e práticas (inquérito CAP) dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da Vigilância Epidemiológica**. Por reconhecimento de sua experiência como pesquisador(a)/docente/especialista no manejo da elaboração e validação de instrumentos e/ou prática assistencial, você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o instrumento proposto.

As atividades que solicito ao(à) senhor(a) referem-se ao(à):

- a) Preenchimento do instrumento de coleta de dados-caracterização dos especialistas;
- b) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (02 vias);
- c) Validação do instrumento pela apreciação dos objetivos, organização, facilidade de compreensão, importância para os tópicos pretendidos e o seu grau de interpretação e compreensão por diferentes indivíduos;
- d) Comentários e sugestões sobre os itens contidos no questionário inquérito CAP e, caso ache pertinente, vossa senhoria pode sugerir modificações de qualquer item.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o senhor(a) devolva o questionário dentro do prazo de 15 dias.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo.

Aurileide de Sousa Tavares (Pesquisadora)

Telefone para contato: (85) 9.9941-5863

Email: leideenfermagem@gmail.com

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS**

Convidamos o(a) senhor (a) a participar da pesquisa “Conhecimentos, Práticas e Atitudes dos profissionais de saúde sobre a Vigilância Epidemiológica no âmbito da Estratégia Saúde da Família, desenvolvida pela mestranda Aurileide de Sousa Tavares, sob orientação da Profa. Dra. Ana Célia Caetano de Souza e coorientação do prof. José Wicto Pereira Borges. O objetivo geral do estudo consiste em desenvolver um instrumento sobre Conhecimento, Atitude e Prática (Inquérito CAP) acerca da Vigilância Epidemiológica na Estratégia Saúde da Família. Caso concorde em participar do estudo, sua colaboração envolverá a validação de um instrumento de pesquisa, sendo um questionário inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) acerca da vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos. A validação constará da leitura crítica do material e a descrição, em espaço destinado, às adequações e sugestões propostas que contribuirão para o aprimoramento do instrumento. O questionário será enviado juntamente com a avaliação os quais deverão posteriormente ser recolhidos pela pesquisadora, devolvidos via internet ou correspondência convencional. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o(a) sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometendo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. A sua participação não é obrigatória e não lhe acarretará custos financeiros. Informamos que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto, dificuldade ou desinteresse em responder o questionário, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade, anonimato e sigilo das informações. Você terá direito ao ressarcimento das eventuais despesas comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização por danos que lhes forem causados diretamente pela pesquisa e à indenização por danos que lhes forem causados diretamente pela pesquisa, nos termos da legislação em vigor. Você não receberá remuneração pela participação. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações

somente para os fins acadêmicos e científicos. Os resultados da pesquisa serão utilizados para confeccionar a dissertação da mestranda, requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Serão divulgados na forma científica em congressos e periódicos científicos. O(a) senhor(a) está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Caso tenha compreendido e ACEITE participar voluntariamente da pesquisa, deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias, devendo receber uma cópia do mesmo e a outra fica com o pesquisador. Ressaltamos que utilizaremos as medidas de prevenção em relação a contaminação por Covid-19 em nossa pesquisa. Em caso de dúvidas ou desistência, poderá entrar em contato com a pesquisadora Aurileide de Sousa Tavares, e-mail: leideenfermagem@gmail.com, telefone: (85) 99941.5863, aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família RENASF nucleadora Universidade Estadual do Ceará (Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE) ou com a orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Célia Caetano de Souza pelo telefone (85) 31019600. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos–CEP da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará, telefone 3101.9890, e-mail: cep@uece.br. Horário de funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h, de segunda a sexta-feira.

Consentimento pós-informado,

Eu, \_\_\_\_\_,  
tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito voluntariamente participar.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022

Assinatura do Especialista \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura da Orientadora \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS**

1. Sexo: F (  ) M (  )
2. Idade (em anos): \_\_\_\_\_
3. Cidade em que trabalha: \_\_\_\_\_
4. Cargo/função atual: \_\_\_\_\_
5. Área de Formação: \_\_\_\_\_
6. Tempo de formação (em anos): \_\_\_\_\_
7. Maior titulação: (  ) Mestrado (  ) Doutorado (  ) Pós-doutorado
8. Mestre com dissertação na área de Vigilância Epidemiológica: (  ) Sim (  ) Não
9. Doutor com tese na área de Vigilância Epidemiológica: (  ) Sim (  ) Não
10. Especialização na área de Epidemiologia e/ou Saúde Pública (  ) Sim (  ) Não
11. Pesquisa na área de Vigilância Epidemiológica: (  ) Sim (  ) Não
12. Publicação na área da Vigilância Epidemiológica: (  ) Sim (  ) Não
13. Prática clínica de pelo menos um ano na área da Epidemiologia (  ) Sim (  ) Não.

## APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO – JUÍZES ESPECIALISTAS

### Instruções para Avaliação dos Especialistas

Olá, estamos contentes por você ter concordado em participar desta pesquisa. Este questionário aborda questões sobre o seu conhecimento, suas atitudes e suas práticas em relação à Vigilância Epidemiológica. Conhecimento aqui definido como a compreensão sobre o assunto. A atitude refere-se aos seus sentimentos em relação ao assunto, bem como a quaisquer ideias preconcebidas. A prática por sua vez engloba às maneiras pelas quais demonstra seu conhecimento e atitude por meio de suas ações.

Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua opinião. É muito importante que você responda todas as questões!

Segue abaixo as instruções para avaliação do QUESTIONÁRIO INQUÉRITO CAP. Para auxiliar na avaliação, envio em anexo os seguintes documentos:

A lista de itens a seguir corresponde aos itens de Conhecimento, Atitude e Prática sobre Vigilância Epidemiológica.

Nessa primeira avaliação solicitamos que observe os itens e avalie a pertinência de cada um e sua correspondência com o CAP. O quadro a seguir apresenta a compreensão dos pesquisadores sobre conhecimento, atitude e prática para a construção de itens.

<b>Conhecimento:</b>	Relacionado ao conteúdo teórico e científico sobre vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos.
<b>Atitude:</b>	Tendências, inclinações do profissional para a realização de ações sobre a vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos.
<b>Prática:</b>	Comportamentos, ações, atividades profissionais envolvidas nos processos de notificações de doenças e agravos pela vigilância epidemiológica.

**Por favor, analise a pertinência dos itens ao tema “Vigilância Epidemiológica no âmbito da Estratégia Saúde da Família”. Ao analisar a pertinência considere as seguintes orientações:**

ESCALA	
<b>-1</b>	Não relevante / Não Claro / linguagem Não adequada à população
<b>0</b>	Não é possível avaliar/ Não sei
<b>+1</b>	Relevante/ Claro / linguagem adequada à população

Caso assinale -1 ou 0, por favor faça sugestões quanto as alterações que achar pertinentes nas linhas disponíveis ao lado de cada item, considerando o entendimento do item para o tema abordado.

ITENS	RELEVANCIA	CLAREZA	LINGUAGEM ADEQUADA	SUGESTÃO
A epidemiologia é ciência que analisa o processo saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.				
A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais. A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia dentro do contexto de trabalho da ESF				
Rumores vindo da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são fontes de dados da vigilância em saúde.				
A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.				
Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.				
A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.				

A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.				
O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.				
A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.				
A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.				
O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa com hanseníase.				
A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.				
O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória. O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.				
O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.				
O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status vacinal da pessoa atendida independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo em uma unidade de saúde.				

O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade através da captação completa dos óbitos por um óbito bem declarado e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.				
O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.				
Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.				
Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para acidentes leves.				
Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas				
Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.				
Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos, ou seja, de todos aqueles que foram expostos à pessoa com Tb.				
Ao atender um caso suspeito de Monkeypox, o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.				

Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde responsável pelo atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.				
Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para Chikungunya.				
Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica				
Ao atender um caso suspeito de COVID-19 na UBS, o profissional de saúde adota protocolos de atendimento que contemplam estágio de transmissão comunitária do coronavírus.				

Continuando a sua avaliação, agora identifique com um X qual a dimensão do CAP o item é mais representativo

<b>ITENS</b>	<b>Conhecimento</b>	<b>Atitude</b>	<b>Prática</b>
A epidemiologia é a ciência que analisa o processo saúde-doença na população, contribuindo para a melhoria de vida das coletividades humanas.			
A epidemiologia congrega métodos e técnicas de três áreas principais de conhecimento: estatística, ciências biológicas e ciências sociais.			
A investigação etiológica é uma aplicação da epidemiologia dentro do contexto de trabalho da			

ESF			
Rumores vindo da comunidade, notícias das mídias e outros meios de comunicação são fontes de dados da vigilância em saúde.			
A transmissão comunitária de uma doença ocorre quando há casos sem vínculo a um caso confirmado em área definida.			
Caso alóctone é aquele oriundo do mesmo local onde ocorreu a doença.			
A doença de chagas aguda é de notificação imediata ao SINAN.			
A varicela é notificada somente em casos graves internados ou óbito.			
O sarampo e a rubéola são doenças exantemáticas notificadas imediatamente junto às secretarias municipais, estaduais e ao Ministério da Saúde.			
A proteção individual é objeto fim da investigação de uma suspeita de doença transmissível de notificação compulsória.			
A notificação deve ser sigilosa, evitando divulgação fora do âmbito médico-sanitário, com respeito ao direito de anonimato dos cidadãos.			
O profissional de saúde da ESF deve obrigatoriamente preservar o sigilo da pessoa com hanseníase.			
A notificação compulsória deve ser feita por profissional de saúde ou por qualquer cidadão.			
O profissional de saúde da ESF deve notificar de forma oportuna os casos suspeitos e confirmados de doenças de notificação compulsória.			
O profissional de saúde da ESF pode realizar notificação compulsória de forma imediata ou semanalmente, de acordo com a lista nacional de notificação compulsória.			
O profissional de saúde da ESF deve realizar a notificação compulsória imediata em até 12 horas do atendimento inicial.			
O profissional de saúde da ESF que realiza o primeiro			

atendimento de caso notificável deve ser o responsável pela notificação compulsória			
O profissional de saúde da ESF deve avaliar o status vacinal da pessoa atendida independentemente do tipo de atendimento buscado pelo indivíduo em uma unidade de saúde.			
O profissional de saúde da ESF deve realizar a vigilância da mortalidade através da captação completa dos óbitos por um óbito bem declarado e pela investigação dos óbitos quando necessário e/ou indicado.			
O treinamento dos profissionais de saúde deve ser realizado prioritariamente para melhorar o sistema de vigilância epidemiológica nos municípios.			
Ao notificar um caso suspeito de malária de um homem vindo recentemente do Pará, o profissional de saúde da ESF o classifica como caso autóctone.			
Em atendimentos para o tratamento antirrábico humano, não há indicação de soro antirrábico para acidentes leves.			
Em caso suspeito de sarampo o profissional de saúde da ESF notifica imediatamente, investiga o caso e realiza o bloqueio vacinal em todos os contatos diretos e indiretos num prazo máximo de 72 horas			
Ao suspeitar de um caso de meningite a quimioprofilaxia deve ser administrada o mais rápido possível nos contatos próximos do caso suspeito.			
Ao se deparar com um caso novo de tuberculose pulmonar ou laríngea, o profissional de saúde deve realizar a avaliação dos contatos, ou seja, de todos aqueles que foram expostos à pessoa com Tb.			
Ao atender um caso suspeito de Monkeypox, o profissional de saúde da ESF realiza o isolamento imediato do indivíduo e apenas rastreia e monitora os contatos, sem necessidade de isolá-los.			
Em caso de suspeita de abuso físico ou sexual à uma criança ou adolescente, você como o profissional de saúde responsável pelo			

atendimento comunica ao responsável legal e não realiza a notificação até que se certifique do abuso.			
Ao atender na UBS um senhor apresentando há 2 dias febre alta, dor intensa nas articulações e algumas lesões de pele, o profissional de saúde deve notificar e solicitar sorologia apenas para Chikungunya.			
Diante de um menor de 15 anos apresentando deficiência motora súbita e flácida em membros superiores e/ou inferiores, o profissional de saúde notifica imediatamente e investiga o caso em até 48h independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.			

Considerando a estrutura dos itens do CAP qual escala você pensa ser mais adequada para as respostas deles?

<b>ESCALA</b>	<b>Sim</b>
1 – Concordo; 2 - Discordo	
1 – Concordo; 2 - Concordo parcialmente; 3 - Discordo	

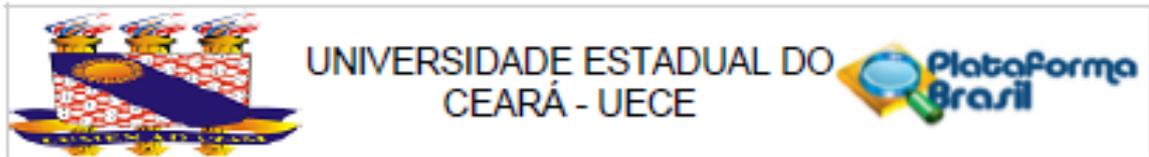
Nessa última etapa solicitamos que você avalie o conjunto de itens do CAP. Há quatro respostas possíveis para cada pergunta: sim, não, incerto, não relevante. Escolha uma das quatro respostas possíveis na coluna correspondente. Por favor, use o espaço “Aponte o item com o problema e uma possível solução” para apontar o item com o problema e nos direcionar a uma melhor adaptação.

CRITÉRIOS PARA O INSTRUMENTO	Sim	Não	Incerto	Não relevante	Aponte o item com o problema e uma possível solução
O número de itens é suficiente para a medida?					
O instrumento mede a variável latente ( Vigilância epidemiológica na ESF)?					
O instrumento mede apenas o que se propôs?					
O instrumento atende a dimensionalidade proposta (conhecimento, atitude e prática?					
O instrumento atende a dimensionalidade conhecimento?					
O instrumento atende a dimensionalidade atitude?					
O instrumento atende a dimensionalidade prática?					

Se você tem algo a mais para acrescentar utilize o espaço abaixo.

Queremos agradecer todo o seu precioso tempo que disponibilizou para a avaliação do nosso estudo. Certamente as suas contribuições nos conduzirá para resultados mais consistentes sobre o CAP. Sabemos que o tempo é o bem mais precioso de todas as pessoas! Muito obrigado por compartilhar ele conosco.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Pesquisador:** Aurileide de Sousa Tavares

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58892922.9.0000.5534

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Ceará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.601.282

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, na UECE. Elege como objeto de análise os conhecimentos, práticas e atitudes sobre a vigilância epidemiológica na atenção primária. Tendo em vista a potencialidade da Vigilância Epidemiológica para contribuir com a definição das práticas de saúde a partir das informações sobre os reais determinantes de saúde e, principalmente, promover o cuidado e a saúde das populações que habitam os territórios adscritos aos serviços de saúde, considera-se importante levar a cabo a preocupação de investigar a situação de como se encontra o conhecimento, atitudes e as práticas de vigilância epidemiológica na atenção básica à saúde, na realidade de um município da região metropolitana do Ceará. Com base nesse entendimento, emergiu o seguinte questionamento: "quais os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre a vigilância epidemiológica no âmbito da estratégia saúde da família? ". Diante disso, este estudo tem como objetivo analisar o conhecimento, a atitude e a prática dos profissionais de saúde atuantes na estratégia saúde da família acerca da vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos. Estudo transversal, quantitativo e metodológico realizado junto aos profissionais médicos e enfermeiros de um município do interior do Ceará por meio de um instrumento Inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) acerca da vigilância epidemiológica na notificação de doenças e

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

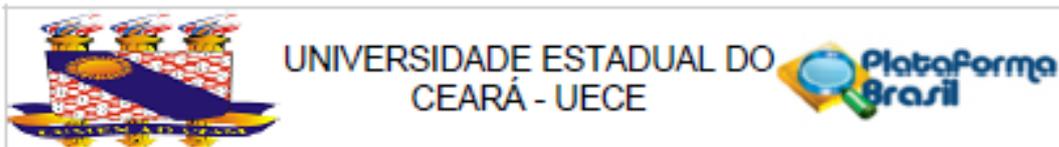
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9806

**E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.801.282

agravos. Será constituído de duas etapas Interdependentes: 1ª etapa: etapa metodológica realizada em duas fases:

1ª fase: elaboração do Instrumento CAP;

2ª fase: validação do Instrumento por juizes e especialistas e 2ª etapa: etapa transversal com a aplicação do questionário junto à população do estudo. Os dados serão digitados e analisados no software estatístico SPSS, versão 24.0 e apresentados em gráficos ou tabelas ilustrativas. O trabalho obedecerá às diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e será submetido a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da

Universidade Estadual do Ceará.

Tem orçamento estimado em R\$ 3.000,00 - autofinanciado pela pesquisadora.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar o conhecimento, a atitude e a prática dos profissionais de saúde atuantes na estratégia saúde da família acerca da vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos;

**Objetivos Secundários:**

Construir o instrumento sobre conhecimentos, atitudes e práticas (Inquérito CAP) dos profissionais da estratégia saúde da família acerca da Vigilância Epidemiológica;

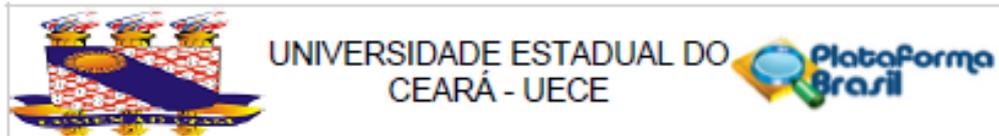
Validar o instrumento sobre conhecimentos, atitudes e práticas (Inquérito CAP) dos profissionais da estratégia saúde da família acerca da vigilância epidemiológica junto aos juizes especialistas;

Levantar o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF a respeito da vigilância epidemiológica;

Verificar as atitudes dos profissionais de saúde da ESF frente a vigilância epidemiológica na notificação de doenças e agravos;

Identificar as práticas de vigilância epidemiológica existentes nos serviços de saúde, discriminando as ações, os instrumentos utilizados, os sujeitos que operam e a forma como se desenvolve a rotina do trabalho.

Endereço: Av. Sílias Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.801.282

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram apresentados adequadamente no TCLE:

**Riscos:** "mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder o questionário, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade, anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos."

**Benefícios:** "estão relacionados a uma compreensão acerca do nível de conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais acerca da vigilância epidemiológica subsidiando o desenvolvimento de estratégias que permitam a ressignificação do saber-fazer, contribuindo assim com uma maior efetividade das ações de saúde no município. Ademais, tendo em vista a potencialidade da Vigilância Epidemiológica, o estudo também irá contribuir com a definição das práticas de saúde e, principalmente, promover o cuidado e a saúde das populações que habitam os territórios adscritos aos serviços de saúde."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e exequível, com o potencial de realizar um diagnóstico sobre a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família no âmbito da vigilância epidemiológica nos territórios, cujos resultados podem subsidiar a adoção de estratégias para a qualificação das práticas sanitárias e tomada de decisão por parte dos gestores em saúde.

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

Foram apresentados adequadamente todos os termos obrigatórios.

**Recomendações:**

Apresentar relatório final da pesquisa ao CEP.

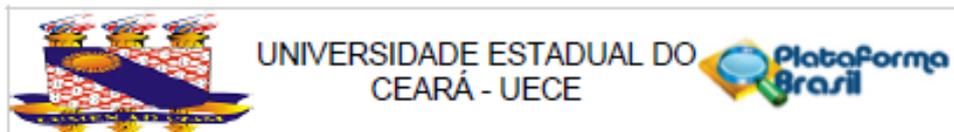
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende às diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, podendo ser iniciada a investigação de campo.

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.601.282

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1932273.pdf	07/08/2022 16:32:13		Acelto
Outros	TCLEESPECIALISTAS.pdf	07/08/2022 16:29:02	Aurleide de Sousa Tavares	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/08/2022 16:28:06	Aurleide de Sousa Tavares	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/08/2022 16:27:23	Aurleide de Sousa Tavares	Acelto
Outros	CartadeAnuencia_assinada.pdf	20/05/2022 11:47:24	Aurleide de Sousa Tavares	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada.pdf	20/05/2022 11:41:36	Aurleide de Sousa Tavares	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 24 de Agosto de 2022

---

Assinado por:  
ISAAC NETO GOES DA SILVA  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br