



ARTIGO ORIGINAL

**INQUÉRITO DE SÍNDROME GRIPAL PARA MONITORAMENTO DE COVID-19
NA COMUNIDADE, SANTA CATARINA - BRASIL, 2020****FLU SYNDROME SURVEY FOR COVID-19 MONITORING IN THE COMMUNITY,
SANTA CATARINA - BRAZIL, 2020**Jane Cardoso¹Simone Aparecida de Souza²Maria Cristina Antunes Willemann³**RESUMO**

Introdução: no primeiro ano da pandemia foi um grande desafio o monitoramento do avanço da pandemia de covid-19, diante da falta de insumos de testagem e heterogeneidade das ações de contenção. As equipes de atenção primária à saúde (APS) em Santa Catarina (SC) cobrem 87% da população e para realizar vigilância ativa, com baixo custo. **Objetivo:** instituir um Inquérito Rápido Semanal de Síndrome Gripal na Comunidade (IRSSGC) para monitorar o avanço da pandemia de covid-19. **Metodologia:** inquérito realizado entre 20/07/2020 e 01/01/2021 por meio de pelo menos 30 entrevistas semanais, no mínimo em 7 microáreas em cada região do estado sendo estimada assim a quantidade de pessoas com sintomas gripais auto referidos na comunidade. A representatividade da amostra incluída foi calculada posteriormente à coleta por meio do efeito de desenho (ED) como forma de identificar sua qualidade e distribuição. **Resultado:** ao longo de 24 semanas a estimativa de pessoas com sintomas gripais em suas residências variou de 8,83% (ED=1,44) na semana 1, a 4,66% (ED=2,88) na semana 24. O declínio dos percentuais estimados semanalmente coincidiu com o de casos de covid-19, mas a ascensão foi identificada posteriormente ao aumento. **Conclusão:** a realização deste inquérito foi importante para fortalecer o trabalho em equipe interprofissional e intersetorial, inserir sistematicamente a APS nas ações de vigilância, testar a sensibilidade do sistema e a concorrência de sintomáticos respiratórios com o adoecimento por covid-19.

Descritores: Vigilância Ativa. Inquéritos sobre Saúde. Monitoração Epidemiológica. Atenção Primária à Saúde. Pandemia covid-19.

ABSTRACT

Introduction: monitoring the progress of the covid-19 pandemic were a challenge given the lack of testing supplies and the heterogeneity of containment actions. Primary health care (PHC) in Santa Catarina (SC) covers 87% of the population and as a way of carrying out active and low-cost surveillance. **Objective:** it instituted a weekly rapid survey of influenza syndrome in the community (IRSSGC). **Methodologic:** this word pretend to presente the method, results and experiences about IRSSGC. The inquire carried out between 07/20/2020 and 01/01/2021. through at least 30 weekly interviews carried out in at least 7 micro-areas in each region of the

¹ Secretaria Estadual de Saúde de SC. E-mail: lanercardoso@gmail.com

² Secretaria de Saúde de Joinville. E-mail: simone.saudepublica@gmail.com

³ Conselho de Secretarias Municipais de saúde de Santa Catarina (COSEMS). E-mail: mariacristinaw@gmail.com



state, the number of people with self-reported flu symptoms in the community was estimated. The representativeness of the sample included was calculated after the collection through the design effect (DE) as a way of identifying its quality and distribution. **Results:** over 24 weeks the estimate of people with flu symptoms in their homes ranged from 8.83% (ED=1.44) in week 1, and 4.66% (ED=2.88) in week 24. The decline in estimated weekly percentages coincided with that of covid-19 cases, but the rise was identified later than the increase. **Conclusions:** carrying out this survey was important to strengthen interprofessional and intersectoral teamwork, systematically insert PHC in surveillance actions, test the sensitivity of the system and the competition of respiratory symptoms with covid-19 illness.

Keywords: Surveillance Active Survey Health. Epidemiological Monitoring. Primary Health Care. Covid 19 Pandemic.

INTRODUÇÃO

Em Santa Catarina, desde o início da pandemia de COVID-19, as ações que abrangem todo o estado foram coordenadas pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES). Neste fórum foram incluídos setores da Secretaria de Estado da Saúde (SES), representação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, Federação Catarinense de Municípios, Ministério da Saúde, Conselhos Profissionais e representação dos hospitais filantrópicos. Esse grupo, juntamente com as áreas técnicas e administrativas da SES foi responsável por monitorar o avanço da pandemia no estado e pensar em estratégias de contenção.

Entendendo a heterogeneidade do avanço da pandemia, o COES passou a monitorá-lo segundo as dezesseis Regiões de Saúde e instituiu o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate ao COVID-19, regulamentado pela Portaria SES no. 464/2020⁽¹⁾.

O Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à COVID-19 fornece um conjunto de ferramentas para apoio à decisão local baseada em dados epidemiológicos, mapeamento da dinâmica de propagação do vírus entre municípios e matriz de Avaliação de Risco Potencial da COVID nas Regiões de Saúde. O intuito é que os municípios recebam subsídios técnicos atualizados semanalmente para subsidiar a tomada de decisões no enfrentamento a pandemia⁽²⁾.

Ademais, monitorar em tempo real o avanço de doenças infecciosas sempre foi um grande desafio. Ainda mais, quando os quadros clínicos são sobrepostos ou semelhantes. No entanto, uma estratégia possível é a vigilância sindrômica que desencadeia ações de vigilância e contenção com base na apresentação de sintomas, no caso, com perfil respiratório agudo⁽³⁾.

Entendendo-se adequado e atual para o monitoramento de casos COVID-19, que se apresentam como uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o monitoramento de Síndrome Gripal (SG) seria um passo anterior ao monitoramento da ocorrência de SRAG e poderia apoiar a tomada de decisão



em relação à organização dos serviços⁽⁴⁾. Soma-se a possibilidade do monitoramento do avanço da pandemia sem ser exclusivamente baseado em testagem laboratorial, insumo que por vários momentos esteve instavelmente disponível.

Por isso, Santa Catarina adotou no período de julho a dezembro de 2020 um Inquérito Rápido de Síndrome Gripal auto referido (SGA) na comunidade, baseado na metodologia dos inquéritos rápidos de cobertura vacinal⁽⁵⁾.

Este artigo pretende apresentar o inquérito adotado como política pública de monitoramento, resultados, ganhos e limitações com a finalidade de apresentá-lo à sociedade como alternativa de monitoramento de casos de COVID-19 na atenção primária em saúde.

METODOLOGIA

Partindo-se da definição de caso de síndrome gripal^(6,7) como: todo indivíduo maior de 18 anos residente em uma das áreas de abrangência da atenção primária à saúde (APS) que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória, na ausência de outro diagnóstico específico foi realizado um estudo do tipo ecológico longitudinal semanal e em tempo real nas microáreas delimitadas pela atenção básica nos municípios catarinenses. Serão incluídas pessoas residentes em locais cobertos pela atenção primária à saúde dos municípios catarinenses que tenham mais de 18 anos. Foram excluídas pessoas com menos de 18 ou que não residam na microárea de abrangência ou que não tenha capacidade de responder ao questionário.

Cada área de abrangência da APS é subdividida em microáreas, que neste inquérito foram denominadas clusters. Todos os clusters do estado estiveram aptos a participar do inquérito, desde que um profissional de saúde ou agente comunitário de saúde pudesse sortear e entrevistar 7 (sete) pessoas residentes sobre sintomas relacionados à SG semanalmente. O sorteio poderia ser realizado utilizando o cadastro de famílias da microárea e com reposição, permitindo que pessoas já sorteadas possam fazer parte da pesquisa novamente. A entrevista podia ser por visita domiciliar ou por telefone e contactará o sorteado por visita domiciliar ou telefone. A coleta de dados se deu pela aplicação de questionário simples⁽⁸⁾ divulgado pelas coordenações de atenção primária por *whatsapp* e continha as seguintes perguntas:

- *Data e hora da conclusão da entrevista* (gerada automaticamente no envio)
- *Qual sua idade?*: idade do entrevistado;
- *Qual município ou conglomerado?*: localização do entrevistado;
- *Qual é a área ou microárea?*: identificação do cluster no desenho do experimento;
- *Qual é o seu nome?*: identificação do entrevistado – não obrigatório;



- *Nesta semana, sente ou se sentiu febril?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve dificuldade para respirar?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve tosse?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve dor de garganta?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve diarreia?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve vômito?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve perda do gosto na boca?:* resposta sim ou não
- *Nesta semana, tem ou teve perda do cheiro das coisas?:* resposta sim ou não
- *Você está com diagnóstico confirmado de COVID?:* resposta sim ou não

Como o tipo de amostragem em que o inquérito foi baseado foi de 30x7, quando um cluster completou a coleta de informações de 7 pessoas, e, 30 clusters foram incluídos, foi possível estimar a incidência de SGA no município ou na região de saúde. Como completar a amostra por região foi mais simples, visto que cada município poderia contribuir com menos *clusters*, a estimativa utilizada o monitoramento sempre foi realizada segundo região.

As estimativas de incidência de síndrome gripal e seus intervalos de confiança foram calculadas por meio de análise complexa utilizando o Epi Info 7.2.4.0., bem como efeito de desenho da amostra. Quanto menor o efeito de desenho, melhor foi considerado a distribuição da amostra na região e, por isso, as estimativas tomadas com melhor qualidade.

Para realizar o monitoramento da pandemia, o cálculo da estimativa da semana anterior era realizado todas as segundas-feiras, e os formulários enviados em cada entrevista para o ambiente em nuvem Google eram lidos pela infraestrutura de Big Data CIASC, limpos, calculados e disponibilizados em infográficos interativos com acesso público disponíveis no site da Secretaria de Estado da Saúde – www.coronavirus.sc.gov.br > Transparência > Painéis > Taxa de Síndrome Gripal. Nesta página é possível navegar e observar os resultados obtidos por região de saúde e município do estado, no entanto, neste trabalho serão explorados somente resultados obtidos para o estado como um todo.

Como se tratava de uma metodologia de inquérito utilizada pela primeira vez para a situação e com o objetivo pretendido, ela foi validada, discutida e adaptada em uma reunião virtual com especialistas em epidemiologia de campo membros da Associação Brasileira de Profissionais de Epidemiologia de Campo (PROEPI).

Por se tratar de uma política pública adotada pelo estado e seus resultados utilizados e apresentados de forma anônima e agregada, sua apreciação pelo comitê de ética em pesquisa não foi



registrada e avaliada pelo CEP/CONEP conforme item I do art. 1º, parágrafo único da RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016.

RESULTADOS

Foram realizadas 436.755 entrevistas entre 20/07/2020 e 01/01/2021, distribuídas em 24 semanas de registros que foram tratados, analisados e apresentados, semana a semana, para cada uma das 16 regiões de saúde, e também observados para o estado de SC. Realizaram o inquérito 103 (34,1%) dos municípios catarinenses, pertencentes a todas as regiões de saúde, no entanto, nem todos na mesma semana de estimativa (quadro 1), sendo que em algumas delas, a baixa participação não permitiu que a estimativa fosse realizada. A ação envolveu 9.373 Agentes Comunitários de Saúde que eram responsáveis por 67,78% da população catarinense.

Na quinta semana de realização do inquérito, por perda de dados do formulário utilizado, não foi possível estimar a taxa para a maioria das regiões de saúde, e na estimativa do estado o intervalo de confiança ficou bastante amplo e o efeito de desenho.

A taxa de síndrome gripal auto referida no estado de SC variou de 8,83% (IC 95% = 9,33% – 8,32%) na primeira semana de realização do inquérito a 3,66% (IC 95% = 4,04% – 3,29%) na 12ª semana de realização, e foi encerrado com estimativa de 4,66% (IC 95% = 5,44% – 3,89%) da população catarinense com sintomas gripais auto referidos. O efeito de desenho calculado das amostras coletadas variou de 1,44 na primeira semana até 2,88 na última semana de realização do inquérito. (Figura 1)

Como o uso desta metodologia para fins de monitoramento de avanço da doença não havia sido utilizada em nenhum momento anterior, nem no estado de Santa Catarina, tampouco em outros locais do Brasil, o monitoramento semanal era realizado em comparação com a confirmação de casos de covid-19 registrada, buscando encontrar correlação entre elas. Essa correlação poderia não ser em magnitude, no entanto, se esperava que fosse próxima, pelo menos, em tendência.

A correlação em tendência foi positiva até a semana 45, ou seja, durante 15 semanas de realização do inquérito, conforme pode ser observado na figura 2. No entanto, a partir da semana 46 uma modificação da tendência observada no inquérito passa a ser diferente da observada no registro de casos de covid-19. Apesar de permanecerem em tendência de crescimento ambas as curvas, esperava-se que as proporções anteriormente observadas permanecessem semelhantes, o que não aconteceu ⁽⁸⁾.

Como se tratava de um método epidemiológico experimental para o monitoramento da tendência de covid-19, a modificação de tendência observada na semana 46 de forma diferente em cada uma das curvas, que colocou em dúvidas sobre a utilidade do método. A modificação do perfil epidemiológico já tinha sido observada no momento, que coincide com as eleições municipais. A



contaminação, que anteriormente tinha relação com a mobilidade e contato entre pessoas fora do convívio social, passou a ser observada ocorrendo principalmente entre os núcleos familiares e pessoas próximas.

CONCLUSÃO

Pensar e implementar estratégias de monitoramento da covid-19 que não dependam exclusivamente da testagem laboratorial são muito importantes, visto que os insumos podem não estar disponíveis ou, a introdução de novas variantes que escapem ao escopo dos testes pode ser uma realidade.

O inquérito de síndrome gripal autoreferida na comunidade, instituído como estratégia de monitoramento em tempo real implementado em SC no segundo semestre de 2020 demonstrou que o avanço da ocorrência de sintomas gripais inespecíficos e leves não é necessariamente coincidente com o aumento de casos de covid-19 na comunidade. Desta forma, monitorar a internação por SRAG parece um indicador mais adequado para observar aumento de casos de SARs-COV2 em tempo real. Provavelmente, a inespecificidade dos sintomas, influenciados pela circulação de outros agentes e até mudanças de temperatura e estação influenciam a ocorrência da sintomatologia na comunidade.

Apesar disso, desenvolver um protocolo de inquérito na comunidade, que colocou o trabalho da atenção primária ativamente no monitoramento da covid-19 no território desenvolvendo e fortalecendo a vigilância ativa de casos foi de grande valia.

O uso semanal dos resultados deste inquérito na avaliação de risco que orientava a abertura ou fechamento das atividades econômicas no estado fortaleceu o desenvolvimento do inquérito. No entanto, a mudança do perfil de transmissão da covid-19 observada em novembro rompeu o racional da amostragem adotada para o trabalho e a tendência de ocorrência de casos deixou de acompanhar a tendência estimada.

Essa dissonância, somada à sobrecarga das equipes de saúde municipais culminou para o encerramento do inquérito como estratégia de vigilância ativa e coleta de dados para estimativa. O cansaço das equipes e de novas ações já estava sendo observado pelo aumento do efeito de desenho calculado, o qual estima a qualidade e distribuição da amostra, que vinha ficando pior a cada período.

Ao analisar os resultados deste inquérito, há de se ter cautela e observar que se tratou de uma política pública de monitoramento do avanço da covid-19 independente do uso de testes laboratoriais. Seu protocolo foi baseado amostragem de pesquisas desenvolvidas em locais com pouca informação populacional, por isso, os entrevistados não são sorteados nominalmente e todas as pessoas que satisfizessem as condições foram incluídas. Os entrevistadores, agentes comunitários de saúde e



profissionais de atenção primária de todos os municípios de Santa Catarina tiveram acesso ao protocolo, que era bastante simples, e foram treinados de forma online. No entanto, não houve qualquer supervisão por parte proponente do inquérito, e não há garantia que os quesitos foram atendidos plenamente, tal como quase os dados de saúde pública obtidos em serviço.

Estratégias que mesclam políticas públicas com protocolos científicos demonstram a aproximação do serviço de saúde à ciência e são veículos de desenvolvimento profissional e qualificação do trabalho em direção ao ideal teórico, principalmente aquelas com baixo custo e alta capilaridade, como foi o caso deste inquérito desenvolvido pela atenção primária em saúde e possibilitou aproximação da atenção primária com a vigilância em saúde⁽⁹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria 464 de 03 de julho de 2020: **Institui o Programa de Descentralização e Regionalização das Ações de Combate à Covid-19**. Santa Catarina 2020. [acesso em 2020 jan 28]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=398104>.
2. Boing AC, Willemann MCA, Machado PM de O, Lacerda JT de, Garcia LP, Boava G, et al. **Matriz de risco potencial da covid-19 em Santa Catarina: um instrumento de baixo impacto na tomada de decisão**. Revista NECAT. 2021;10(19):67–88. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://revistanecat.ufsc.br/index.php/revistanecat/article/view/4850>.
3. **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde do Estado de Minas Gerais, (CIEVS), Secretaria de Estado da Saúde. Manual de Treinamento em Vigilância Sindrômica**. 2014. 1–30. Minas Gerais, 2014. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/manual-treinamento-vigilancia>.
4. Ribeiro IG, Sanchez MN. **Avaliação do sistema de vigilância da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com ênfase em influenza, no Brasil, 2014 a 2016**. Epidemiol. Serv. Saúde 29 (3) 12 Jun 20202020. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300013>.
5. Mota E. **Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil**. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(supl 1):125–8. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500012>.
6. Gabaldon-Figueira JC, Brew J, Doré DH, Umashankar N, Chaccour J, Orrillo V, et al. **Digital acoustic surveillance for early detection of respiratory disease outbreaks in Spain: A protocol for an observational study**. BMJ Open. 2021 Jul 2;11(7). Disponível em: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1161801/v1>.
7. Nishioka SA. **Um aplicativo de telefone para monitoramento da tosse pode ser útil para detectar a próxima pandemia**. UNA-SUS. 2020. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/347>.



8. Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde Santa Catarina. **Boletim Epidemiológico SRAG N o 01** [Internet]. [cited 2022 Feb 3]. Available from: <https://www.dive.sc.gov.br/index.php/noticias-todas/163-informe-epidemiologico-001-2021-sindrome-respiratoria-aguda-grave-srag-em-santa-catarina-atualizado-em-01-05-2021-se-17-2021>.

9. Gomes de Pinho MC. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. Ciências Mamp; Cognition, 2006. Vol 08. [acesso em 2020 fev 10]. Disponível em: <http://www.cienciascognition.org/pdf/v08/m326103.pdf>.

QUADRO E FIGURAS

Quadro 1 - Taxa estimada semanal de síndrome gripal na comunidade e intervalo de confiança de 95%, segundo regiões de saúde de Santa Catarina, 2020.

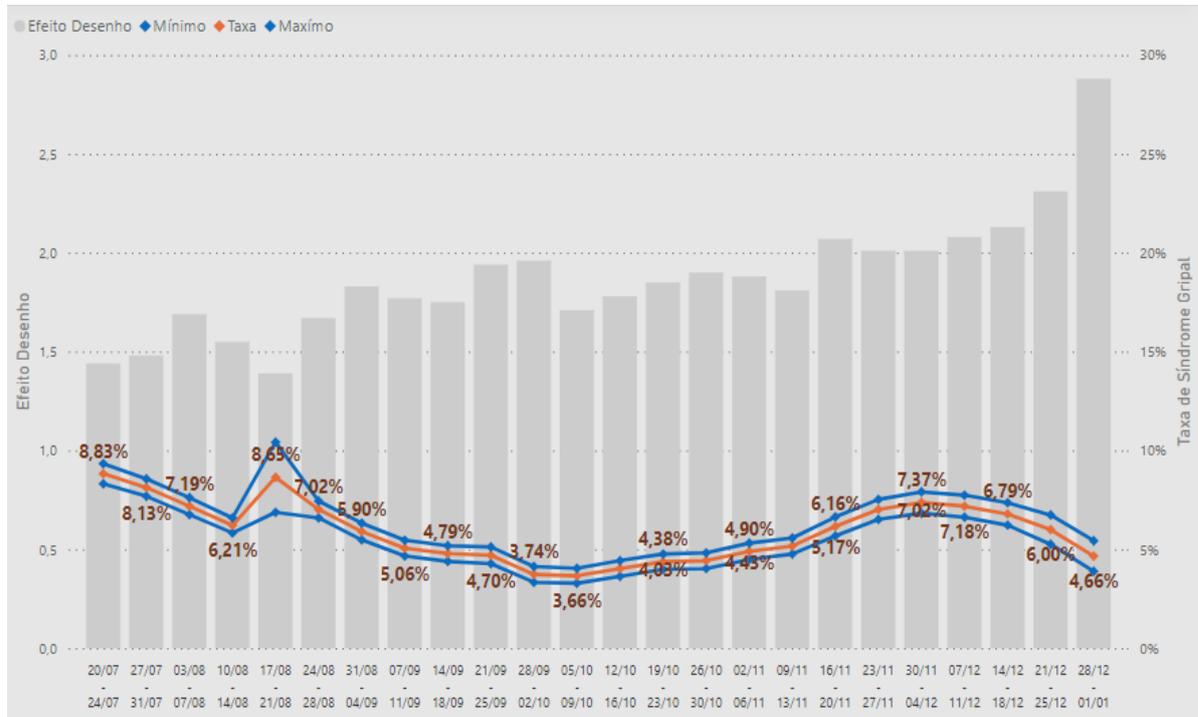
Regiões de saúde	Alto Uruguaçu Catarinense	Alto Vale do Itajaí	Alto Vale do Rio do Peixe	Carbanifera	Extremo Oeste	Extremo Sul	Foz do Rio Itajaí	Grande Fpolis	Laguna	Médio Vale do Itajaí	Meio Oeste	Nordeste	Oeste	Planalto Norte	Serra Catarinense	Xanxerê	Santa Catarina	
01 - (20/07 - 24/07)	Taxa (%)	6,7	8,4	8,4	10	5,1	10	A.I.	A.I.	9,7	7,8	6,7	12,1	8,1	A.I.	12,1	7,0	8,8
	IC95%	(1,7-11,7)	(6,7-10,1)	(6,8-9,8)	(7,9-12,1)	(4-6,3)	(8,3-11,6)			(6,9-12,5)	(5,3-10,5)	(4,9-8,5)	(9,9-14,3)	(6,8-9,5)		(10,5-13,8)	(5,4-8,6)	(8,3-9,3)
02 - (27/07 - 31/07)	Taxa (%)	8,8	7,2	7,7	9,5	5,1	10,2	A.I.	15,3	11,1	8,4	6,6	8,4	6,8	10,4	10,7	5,5	8,1
	IC95%	(6,1-11,5)	(5,8-8,5)	(6,3-9,2)	(7,1-11,8)	(4-6,2)	(8,4-12)		(9-21,6)	(9,1-13)	(6,3-10,4)	(5,3-7,9)	(7-9,9)	(5,7-7,9)	(7,7-13)	(9-12,4)	(3,9-7,1)	(7,7-8,6)
03 - (03/08 - 07/08)	Taxa (%)	5,9	7,6	5,9	8,6	3,1	9,8	A.I.	13,8	9,7	7,7	5,4	7,3	6	A.I.	10,2	5,7	7,2
	IC95%	(3,8-8)	(6,2-9)	(4,6-7,2)	(6,6-10,5)	(2,2-4,1)	(8,2-11,5)		(7,9-19,6)	(7,5-11,9)	(6-9,4)	(4,3-6,4)	(5,9-8,7)	(5-7,1)		(8-12,4)	(4,5-7)	(6,8-7,6)
04 - (10/08 - 14/08)	Taxa (%)	5,7	6,9	5,6	6,5	3,6	9,2	A.I.	6,1	8,3	6,1	4,5	6,5	6	9,6	7,6	4,5	6,2
	IC95%	(4,2-7,2)	(5,5-8,2)	(4,2-7)	(5,1-8)	(2,6-4,5)	(7,4-10,9)		(3,2-8,9)	(6,4-10,1)	(4,9-7,4)	(3,4-5,7)	(4,7-8,3)	(4,8-7,3)	(5,7-13,5)	(6,2-9)	(3,3-5,7)	(5,8-6,6)
05 - (17/08 - 21/08)	Taxa (%)	A.I.	A.I.	7,2	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	A.I.	8,7	A.I.	8,6	
	IC95%			(4,5-10)											(4,4-12,9)		(6,9-10,4)	
06 - (24/08 - 28/08)	Taxa (%)	6,5	7,4	5,1	6,5	4	8,8	9,2	10,3	6,3	6,3	5,4	8,4	7,2	8,8	9,2	7,5	7
	IC95%	(4,6-8,5)	(6,1-8,7)	(4-6,3)	(4,8-8,2)	(2,9-5)	(7-10,6)	(5,1-13,4)	(7,7-13)	(4,5-8,2)	(4,8-7,8)	(4-6,9)	(6,6-10,2)	(5,7-8,7)	(3,4-14,1)	(7,5-10,9)	(5,7-9,2)	(6,6-7,4)
07 - (31/08 - 04/09)	Taxa (%)	6,1	7,2	5,2	4,4	4,1	7,9	9,4	4,8	5,9	6,9	4,9	6,3	5,4	8,3	6,8	5,1	5,9
	IC95%	(4,3-7,9)	(5,6-8,8)	(3,9-6,5)	(3,1-5,8)	(2,9-5,3)	(6,3-9,6)	(5,9-13)	(3,4-6,2)	(3,9-7,9)	(1,2-12,7)	(3,6-6,3)	(4,8-7,8)	(4,1-6,8)	(5,4-11,2)	(5,4-8,2)	(3,5-6,8)	(5,5-6,3)
08 - (07/09 - 11/09)	Taxa (%)	5,1	6,6	3,1	4,9	2,7	5,7	8,9	4,9	6	4,2	3,9	6,1	5,3	A.I.	7,6	4	5,1
	IC95%	(3,2-7)	(5-8,1)	(2,1-4,1)	(3,5-6,4)	(1,8-3,5)	(4,3-7,2)	(5,3-12,4)	(3,2-6,7)	(3,9-8,1)	(2,8-5,6)	(2,7-5,2)	(4,1-8,1)	(4,1-6,6)		(5,7-9,4)	(2,5-5,5)	(4,7-5,5)
09 - (14/09 - 18/09)	Taxa (%)	4,2	6,7	3,3	4,8	2,6	6,5	4,3	5,9	5,8	4,7	3,1	5,5	5,1	A.I.	4,9	4,4	4,8
	IC95%	(2,7,5-8)	(5,1-8,3)	(2,2-4,5)	(3,4-6,2)	(1,7-3,6)	(4,6-9,3)	(1,7-6,8)	(3,6-8,1)	(3,8-7,9)	(3,3-6,1)	(1,9-4,3)	(3,9-7,2)	(3,7,6-5)		(3,6-6,3)	(3-5,8)	(4,4-5,2)
10 - (21/09 - 25/09)	Taxa (%)	7,1	5	2,9	3,4	3,1	6,8	A.I.	6,6	5,5	4,6	3,1	5,9	4,4	A.I.	6,5	3,2	4,7
	IC95%	(4,9-9,2)	(3,7-6,3)	(1,7-4)	(2,2-4,7)	(2,2-4,1)	(4,7-8,9)		(4,3-8,9)	(3,5-7,5)	(3,2-6,1)	(1,8-4,3)	(3,3-8,5)	(3-5,9)		(4,4-8,5)	(2,4-4)	(4,3-5,1)
11 - (28/09 - 02/10)	Taxa (%)	4	5,8	2,8	3,2	3	4	A.I.	4,3	3,8	1,8	5,2	4,1	5,2	A.I.	4,7	2	3,7
	IC95%	(2,2-5,9)	(4,7-6)	(1,4-4,2)	(1,7-4,7)	(1,9-4)	(2,7-5,4)		(2,5-6,1)	(1,7-5,8)	(2,6-4,6)	(1,2-6)	(3-7,5)	(2,4-5,9)		(3,5-7,9)	(1,1-2,9)	(3,3-4,1)
12 - (05/10 - 09/10)	Taxa (%)	4,1	5,1	2,5	3,7	3,2	3,9	A.I.	5,2	5,1	3,8	1,8	5	2,5	A.I.	3,3	3,9	3,7
	IC95%	(1,9-6,2)	(3,7-6,6)	(1,2-3,8)	(2,3-5)	(2,2-4,2)	(2,5-5,2)		(3,4-7)	(2,7-7,6)	(2,9-4,8)	(1,2-5)	(2,5-7,6)	(1,5-3,5)		(1,7-5)	(1,7-6,2)	(3,3-4)
13 - (12/10 - 16/10)	Taxa (%)	4,1	5,5	1,8	5,5	2,7	5,7	A.I.	4	6,5	3,4	2,8	5,9	3,4	A.I.	3,6	3,5	4
	IC95%	(2,3-5,9)	(3,7-7,2)	(0,9-2,7)	(4,2-6,8)	(1,6-3,8)	(3,6-7,8)		(2,4-5,6)	(3,5-9,5)	(2,5-4,2)	(1,6-4)	(4,7-8)	(2-4,7)		(2-5,2)	(1,7-5,2)	(3,6-4,4)
14 - (19/10 - 23/10)	Taxa (%)	3,9	6,4	1,9	5,4	3,3	4,1	A.I.	6,6	4,4	3,7	3,2	4,7	4,6	6,1	4,7	3	4,4
	IC95%	(1,2-6,6)	(4,6-8,1)	(1-2,7)	(4,3-6,5)	(2-4,5)	(2,5-5,6)		(4,4-8,9)	(2,6-6,1)	(2,7-4,7)	(2,2-4,1)	(3-6,4)	(2,9-6,3)	(4,1-8)	(1,8-7,6)	(1,2-4,7)	(4,0-4,8)
15 - (26/10 - 30/10)	Taxa (%)	4,1	5,9	1,8	6,4	2,3	4,6	A.I.	7	5	3,1	3	2,9	7,8	4,6	2,5	4,4	
	IC95%	(2,1-6,1)	(4,2-7,7)	(1-2,6)	(5,3-7,6)	(1,2-3,4)	(3-6,2)		(4,3-9,6)	(2,5-7,4)	(2,2-4)	(1,8-4,1)	(2-4)	(1,7-4,1)	(5,9-9,7)	(2,2-7)	(0,7-4,3)	(4,0-4,8)
16 - (02/11 - 06/11)	Taxa (%)	3,4	4,8	1,8	5,4	3,6	5,5	A.I.	9,8	6,5	4,4	3,7	4,6	4,8	5,7	8,5	4,1	4,9
	IC95%	(1,3-5,5)	(3,2-6,5)	(0,9-2,8)	(4,4-6,5)	(2,5-4,8)	(3,6-7,5)		(6,4-13,3)	(4,2-8,9)	(3,2-5,6)	(2,4-5,1)	(3,1-6)	(3,1-6,4)	(4,2-7,1)	(4,9-12,1)	(1,7-6,4)	(4,5-5,3)
17 - (09/11 - 13/11)	Taxa (%)	4,9	6,8	2,2	6,4	2,9	4,3	9,1	6,5	6	4,8	3,3	2,9	5,3	6,8	4,4	7,5	5,2
	IC95%	(2,7-7,1)	(4,9-8,6)	(1,2-3,3)	(5,3-7,6)	(1,9-4)	(2,6-6,1)	(6,6-11,6)	(3,4-9,7)	(3,7-8,3)	(3,7-6)	(2,1-4,5)	(1,9-4)	(3,7-7)	(5,2-8,3)	(1,9-6,9)	(5,3-9,7)	(4,8-5,6)
18 - (16/11 - 20/11)	Taxa (%)	4,8	5,8	2,4	8,3	3,5	7	9,3	7	9,1	5,1	4,7	4,5	5,7	7,7	6,3	8,5	6,2
	IC95%	(1,7-7,9)	(4,7-7)	(1,5-3,3)	(6,8-9,8)	(2,3-4,6)	(4,9-9,1)	(6,3-12,2)	(3,4-10,6)	(5,9-12,3)	(3,9-6,4)	(3-6,4)	(2,9-6,1)	(4-7,4)	(6,2-9,2)	(2,4-10,3)	(5,8-11,2)	(5,7-6,6)
19 - (23/11 - 27/11)	Taxa (%)	8,2	8,3	2,8	9,9	4	11,1	11	4,4	10,2	6,8	5,2	4,8	3,9	8,3	12,1	8,3	7
	IC95%	(3,4-13)	(6,1-10,4)	(1,7-3,9)	(8,1-11,7)	(2,7-5,2)	(7,9-14,2)	(8,3-13,7)	(2,5-6,2)	(6,2-14,2)	(5,2-8,4)	(3,8-6,5)	(3,4-6,2)	(2,6-5,3)	(6,7-9,9)	(6,3-17,9)	(6,2-10,4)	(6,5-7,5)
20 - (30/11 - 04/12)	Taxa (%)	5,9	9,5	3,5	11,4	3,3	8,8	10,7	5,8	14,9	6,4	3,7	6,6	6,2	8,3	9,8	8,6	7,4
	IC95%	(2,9-9)	(7,2-11,9)	(2,1-4,9)	(9,4-13,3)	(2,2-4,5)	(5,6-12,1)	(8,2-13,1)	(2,8-8,8)	(9,1-20,7)	(5-7,9)	(2,5-4,9)	(4,5-8,6)	(4,4-8,1)	(6,7-9,9)	(3,4-16,2)	(6,3-11)	(6,8-7,9)
21 - (07/12 - 11/12)	Taxa (%)	11,1	10,9	1,8	10,5	5,2	8	9,1	6,9	13,5	7,1	4,7	6,4	5,3	6,6	9,5	6,4	7,2
	IC95%	(4,7-17,5)	(8,1-13,8)	(0,9-2,6)	(8,5-12,5)	(3,5-6,8)	(4,6-11,4)	(6,2-11,9)	(3,1-10,6)	(8,1-18,8)	(5,7-8,5)	(3-6,3)	(4,8-8,1)	(3,6-7)	(5,2-8,1)	(4,5-14,5)	(4,1-8,8)	(6,6-7,7)
22 - (14/12 - 18/12)	Taxa (%)	4,9	9,9	2,5	10,1	3,9	7,3	9,7	3,9	10,3	6,9	3,8	7,1	4,3	7,6	7,2	6,7	6,8
	IC95%	(2,2-7,7)	(7,3-12,4)	(1,3-3,7)	(8-12,2)	(2,4-5,5)	(4,9-9,8)	(7-12,4)	(1,9-5,9)	(5,8-14,9)	(5,3-8,4)	(2,4-5,2)	(4,7-9,6)	(2,7-5,9)	(5,7-9,4)	(2,3-12,1)	(4,2-9,3)	(6,2-7,4)
23 - (21/12 - 25/12)	Taxa (%)	A.I.	9,1	3,4	6,6	4	7,1	7,7	1,6	5,3	5,5	2,7	11,1	7,1	7,6	7,5	6	
	IC95%		(5,5-12,8)	(1,7-5,2)	(4,4-8,7)	(2,4-5,6)	(2,7-11,5)	(4,1-11,3)	(0-4,3,6)	(1,9-8,7)	(3,2-7,9)	(1,7-3,7)	(7,1-15,1)	(4,6-9,5)	(3,9-11,3)		(3,5-11,4)	(5,3-6,7)
24 - (28/12 - 01/01)	Taxa (%)	A.I.	A.I.	1,6	0,7	3,3	2	3,6	6,0	4,4	2,2	6,7	4,7	4,8	5,5	4,7	4,7	
	IC95%			(-0,3-3,4)	(0,1-1,4)	(1,8-4,8)	(0,2-3,7)	(0,2-7,1)		(1,2-10,7)	(2,1-6,7)	(1,0-3,3)	(3,6-9,9)	(1,9-7,552)	(2,8-6,8)		(1,8-9,1)	(3,9-5,4)

Fonte: www.coronavirus.sc.gov.br > Transparência > Painéis > Taxa de Síndrome Gripal > Tabela 2 – adaptado. Dados coletados em 23/11/2021

Legenda: A.I.: Amostra insuficiente: demonstra que não foram realizadas entrevistas suficientes para atender a amostragem mínima de 7 pessoas em pelo menos 30 clusters, por isso, o não foi estimada a taxa.



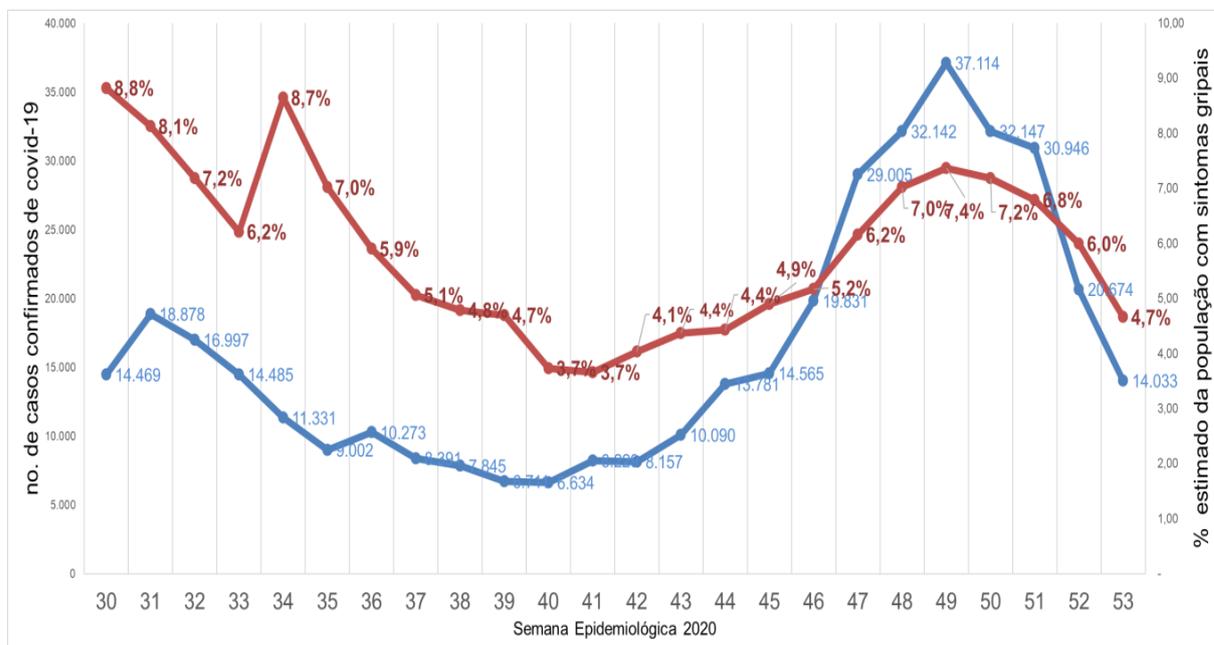
Figura 1 – Taxa estimada de síndrome gripal na comunidade e efeito de desenho calculado no Inquérito de Síndrome Gripal, segundo semana de realização, Santa Catarina, 2020.



Fonte: www.coronavirus.sc.gov.br > Transparência > Painéis > Taxa de Síndrome Gripal > Página 1 – adaptado. Dados coletados em 23/11/2021.



Figura 2 – Taxa estimada de síndrome gripal na comunidade e número de casos confirmados de covid-19 efeito de desenho calculado no Inquérito de Síndrome Gripal, segundo semana de realização, Santa Catarina, 2020.



Fonte: www.coronavirus.sc.gov.br > Transparência > Painéis > Taxa de Síndrome Gripal > Página 1 combinado e com www.coronavirus.sc.gov.br > Transparência > Painéis > Monitoramento regional, adaptado. Dados coletados em 23/11/2021.