

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

KARL MARX DA NÓBREGA CABRAL

**A atuação da Rede de Atenção à Saúde na Síndrome Congênita
do Zika Vírus: A percepção de cuidadores e trabalhadores de saúde da região
metropolitana do Recife-PE**

Recife
2020

KARL MARX DA NÓBREGA CABRAL

**A atuação da Rede de Atenção à Saúde na Síndrome Congênita
do Zika Vírus: A percepção de cuidadores e trabalhadores de saúde da região
metropolitana do Recife-PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Gabriella Morais Duarte Miranda

Coorientadora: Bernadete Perez Coêlho

Recife

2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas CRB 1790

C117a	Cabral, Karl Marx da Nóbrega A atuação da rede de atenção à saúde na Síndrome Congênita do Zika Vírus: A percepção de cuidadores e trabalhadores de saúde da região metropolitana do Recife-PE/ Karl Marx da Nóbrega Cabral. – 2020. 91 f. Orientadora: Gabriella Morais Duarte Miranda. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2020. Inclui referências, apêndices e anexo. 1. Assistência à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Infecção por Zika vírus. I. Miranda, Gabriella Morais Duarte (Orientadora). II. Título.	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2021-042)

KARL MARX DA NÓBREGA CABRAL

**A atuação da Rede de Atenção à Saúde na Síndrome Congênita
do Zika Vírus: A percepção de cuidadores e trabalhadores de saúde da região
metropolitana do Recife-PE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 27/11/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Gabriella Morais Duarte Miranda (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Ana Lúcia Andrade da Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Liane Beatriz Righi
Universidade Federal de Santa Maria

À minha avó Maria do Carmo e minha tia-avó Francisca Florentina, à
minha mãe Maria das Graças, minha filha Violeta Pacha minha
companheira Rebeca Vasconcelos, e minha enteada Maria Alice.

AGRADECIMENTOS

À vida por me permitir estar no mundo, contemplar a natureza, sentir a água quente do mar e fria da cachoeira, o vento do sertão e a brisa do litoral.

À minha avó Maria do Carmo, mulher forte e lutadora, que sempre foi uma inspiração. Minha tia-avó Francisca, pelo cuidado e zelo com a minha vida desde sempre até os dias de hoje.

À minha mãe que sempre foi um lugar de fortaleza e acolhida nos momentos que mais precisei, nos momentos difíceis e nos bons.

À minha pequena filha Violeta Pacha pela gentileza em me ensinar a viver com mais respeito e cuidado com a vida.

À minha companheira Rebeca Vasconcelos pela compreensão e esforço no compartilhamento de todos os dias.

À minha enteada Maria Alice, que tornou-se uma grande amiga para brincar na vida.

À minha irmã e meus irmãos pelo companheirismo de toda vida.

À Flávia, Luíz Antônio, Rafaela e Luíz Antônio. Foram fundamentais para que esse trabalho fosse concluído.

À todas as professoras e professores e servidores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em especial Moreira e Thalia Barreto.

À minha orientadora Gabriella Moraes e minha coorientadora Bernadete Perez pela paciência e dedicação ofertada na construção desse trabalho.

Aos meus amigos, especialmente Ray Farias, Carlos Nobre e Ângelo Barreto.

À todos e todas que contribuíram durante todo esse processo
conclusão.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

“A guagua 68 continuou sua rota, parando nos pontos habituais, ate que a mulher chegou no seu próprio ponto e desceu. Outro passageiro ocupou seu lugar, durante um bom trecho, de ponto em ponto, e depois outro, e outro, e assim a guagua 68 continuou ate o fim” (GALEANO, 2002, p. 31).

RESUMO

O estudo em questão propõe analisar o desempenho da rede de saúde, com enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pelo acompanhamento de crianças com Síndrome Congênita do *zika* vírus (SCZ) da região metropolitana do Recife. A APS é o setor mais próximo à realidade da população e está inserida no território. A fim de investigar seu desempenho no cuidado às crianças com SCZ, tomaram-se os atributos essenciais e derivados para avaliação da atenção primária proposto por Bárbara Starfield. O presente trabalho configura-se como um estudo de caso, com abordagem qualitativa, que utilizou o grupo focal como técnica, tendo familiares cuidadores de crianças com SCZ e profissionais da rede de saúde como população participante. A investigação foi realizada no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) localizado no Recife, Pernambuco, Brasil. Para análise dos dados utilizou-se a técnica de condensação dos significados. Os cuidadores apontam para uma rede que não estava preparada para acompanhar as crianças com SCZ. Os trabalhadores da rede revelam a falta de investimento nos serviços mais territoriais e evidenciam o distanciamento entre APS e demais serviços. A ausência de matriciamento e o pouco emprego do Projeto Terapêutico Singular interferem na realização do cuidado longitudinal e integral. As famílias cuidadoras são, em sua maioria, populações com algum grau de vulnerabilidade e limites socioeconômicos, que resulta em dificuldades para o gerenciamento do cuidado das crianças com SCZ. A rotina de familiares cuidadores e das crianças com SCZ é composta por uma extensa agenda de consultas e atendimentos em diversos serviços da rede. Percebeu-se uma rede fragilizada, com encontros fragmentados e olhar reduzido. É fundamental que os esforços priorizem o fortalecimento do vínculo entre os nós da rede de atenção e apoio e que o cuidado a partir da APS seja priorizado. A rede de saúde deve compreender o território como um setor estratégico para a produção de saúde. O desenvolvimento das crianças com SCZ deve necessariamente envolver outros setores das políticas públicas como a educação e a assistência social.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Infecção por Zika vírus.

ABSTRACT

This study pretends to analyze the healthcare network performance, focusing in Primary Health Care (PHC), responsible for the attendance of children with Congenital Zika Virus Syndrome (CZS) in metropolitan region of Recife. PHC is the department closest to population's reality, and it's inside the territory. For the purpose of investigate its performance in taking care of children with CZS, it took the essencial and derivative attributes for the evaluation of primary care proposed by Barbara Starfield. It is a qualitative study and part of a ressearch developed in Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, which followed up 151 children with suspicion of CZS. There were accomplished two focal groups, one with health workers and the other with caregivers. Data were analyzed by meaning condensation technique. Caregivers point to a healthcare network that wasn't prepared to accomplish children with CZS. Health workers reveal lack of investment in territorial services and evidence distance between PHC and other health services. The lack of Matrix Support and the little use of Individual Therapeutic Project interfere in the offer of longitudinal and complete care. Families caregivers are mostly people with some vulnerability, besides social and economic limits, what results in difficulties for the management of health care to children with CZS. The routine of families caregivers and children with CZS is composed by an extensive schedule in a lot of healthcare network's services. A weakned network was realized, with fragmented meetings and a reduced view. It's fundamental that the efforts prioritize the fortification of the link between networks of attencion and support, as well the health care from PHC. Healthcare network must understand the territory as a strategic sector to health promotion. The development of cildren with CZS must necessarily involve other departments of public policy, like education and social assistance.

Key words: Delivery of Health Care. Primary Health Care. Zika Virus Infection.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FACEPE	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
FMI	Fundo Monetário Internacional
HC	Hospital das Clínicas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
HC	Hospital das Clínicas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ- AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSF	Programa Saúde da Família

RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCSPD	Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência
SCZ	Síndrome Congênita do Zika Vírus
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SENASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
ZIKV	Zika Vírus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERGUNTA CONDUTORA	17
3	PRESSUPOSTOS	18
4	OBJETIVOS	19
4.1	Objetivo geral	19
4.2	Objetivos específicos	19
5	MARCO TEÓRICO	20
5.1	A Síndrome Congênita do zika vírus (SCZ)	20
5.2	O conceito de Vulnerabilidade	24
5.3	Atenção à Saúde no Brasil e os Atributos para a APS	26
5.4	Território e Rede	33
6	MÉTODO	40
6.1	Desenho do estudo	40
6.2	Local do estudo	40
6.3	População do estudo	41
6.4	Coleta de dados	41
6.5	Análise dos resultados	44
6.6	Considerações éticas	47
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
7.1	Artigo: Síndrome Congênita do Zika Vírus: o olhar da família e profissionais sobre o papel da atenção primária e a rede de saúde	49
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A – ROTEIRO GRUPO FOCAL	
	PROFISSIONAIS	78
	APÊNDICE B – ROTEIRO GRUPO FOCAL	
	CUIDADORES	79
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	
	E ESCLARECIDO (TCLE)	
		80

ANEXO A - ORIENTAÇÕES E NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS À REVISTA CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA	83
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência internacional em virtude do aumento dos casos de microcefalia em áreas endêmicas com proliferação do *zika* vírus (ZIKV) (GULLAND, 2016). Com a disseminação da infecção, a doença passou a adquirir visibilidade na América, embora os primeiros relatos datem do final da década de 1940 na Uganda e entre primatas não humanos (WIKAN; SMITH, 2016; PLOURDE; BLOCH, 2016; SOUZA et al., 2018).

Foi no Brasil onde ocorreu a maior epidemia do ZIKV nas Américas e onde se registraram as primeiras notificações do aumento da prevalência de microcefalia associada à infecção pelo vírus. A região Nordeste concentrou mais de 30% dos casos notificados e a maioria dos registros da síndrome (BARRETO et al., 2016; CASTANHA et al., 2019).

Em agosto de 2015, o estado de Pernambuco identificou um rápido crescimento no número de crianças nascidas vivas com suspeita de microcefalia. Nesse período, a possível relação entre a malformação e os surtos de infecção pelo ZIKV passou a ser investigada (SOUZA et al., 2016; BRASIL, 2017; SOUZA et al., 2018).

Os problemas de saúde que surgiram com o nascimento das crianças provocaram o Estado a organizar ações e serviços da rede para atender as demandas dessa população, sobretudo mediante a organização de redes de atenção, orientadas a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Em estudo ecológico realizado com casos suspeitos de síndrome associada ao ZIKV em recém-nascidos no período entre 02/08/2015 e 31/07/2016, no estado de Pernambuco, observou-se que o número de casos que residiam em áreas com condições de vida precárias foi significativamente mais alto, representando maior prevalência de microcefalia quando comparado a áreas com condições econômicas elevadas (SOUZA et al., 2018).

Segundo Moreira et al. (2018), a epidemia do *zika* vírus produziu experiências sobre desigualdade no acesso a direitos, e revelou um cenário onde mulheres contaminadas durante a gestação pariram crianças com necessidades de saúde imprevistas para o sistema sanitário.

Nesse contexto, para Lesser e Kitron (2016) a afirmação de que “mosquitos são democráticos; podem picar ricos e pobres” não pode ser considerada como adequada, pois os impactos gerados pela epidemia de *zika* no Brasil foram bem diferentes entre gênero, classes e grupos sociais.

Doenças transmitidas por mosquitos atingem a população com condições de vida mais precárias. O ZIKV, semelhante às epidemias de febre amarela, malária e dengue, é mais um

indicador da desigualdade social que ocorre no Brasil contemporâneo, mesmo décadas após o processo de redemocratização e da realização de reformas (LESSER; KITRON, 2016).

Realidade de muitas famílias brasileiras, a vulnerabilidade também pôde ser percebida no perfil dos familiares cuidadores das crianças com SCZ. O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido, na realidade brasileira, como ausência de acesso a políticas públicas (inclusive à saúde), ao trabalho, à moradia digna, previdência social, bem como exclusão do desenvolvimento econômico, resultando em obstáculos à manutenção da vida (AYRES, 2003; KOWARICK, 2009).

A atenção primária é o nível do sistema de saúde que capta problemas e necessidades e direciona atenção sobre a pessoa e não apenas a doença, fornecendo acompanhamento integral, longitudinal e sendo responsável pela coordenação do cuidado por toda a rede (STARFIELD, 2002).

As definições de “saúde para todos” e “atenção primária à saúde”, destaques na Conferência de Alma-Ata em 1978, devem ser consideradas ainda hoje como afirmativas aos valores da equidade, solidariedade e justiça social. A atenção primária à saúde deve ser compreendida como um lugar para o cuidado integral, sem discriminações de nenhuma ordem e como um direito de todos os povos (TEJADA DE RIVERO, 2013).

No final da década de 90 no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como proposta para alterar a atuação dos profissionais de saúde em diferentes serviços do sistema, a partir da necessidade de superar a medicina exclusivamente curativista, compreendendo a família como núcleo fundamental no processo saúde-doença (STARFIELD, 2002; ROSA; LABATE, 2005).

Deve compreender e atender os indivíduos a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam, em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, construindo relações acolhedoras, de vínculo e compromisso, com responsabilidade entre os trabalhadores de saúde e sua população adscrita. Atua sobre os fatores de risco, com ênfase na Vigilância e na Promoção da Saúde (FERTONANI et al., 2015).

A atenção primária é o setor do sistema de saúde mais inserido no território, sendo responsável pelo cuidado da população que nele vive, além de contribuir nas transformações sanitárias e sociais exigidas para a preservação e melhoramento do meio. É no território onde os fenômenos acontecem, sejam eles degradantes ou emancipadores. Os serviços de APS devem ser compreendidos por toda a rede como o local prioritário para o desempenho do cuidado (SANTOS, 1996; RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

De outra forma, o sistema verticalizado tende a distanciar os pontos da rede uns dos outros, resultando em isolamentos. A produção de rede precisa adotar proposta que invista na potência das relações entre a APS e os demais serviços, com ampliação da participação popular e dos trabalhadores no planejamento das ações em saúde (RIGHI, 2010).

Para o desempenho adequado, a APS deve buscar atender satisfatoriamente os atributos apresentados por Starfield (2001) e utilizados pelo PCATool, instrumento aplicado na realidade brasileira com a finalidade de medir o desempenho dos serviços de atenção primária (Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde). A autora classifica tais atributos em essenciais - acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção - e derivados - orientação comunitária, orientação familiar, competência cultural (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, o tema ZIKV, a população afetada, a origem da epidemia, a região com maior número de registros, o enfrentamento ao *Aedes aegypti*, a questão de gênero, de classe social, a desigualdade social, a vulnerabilidade, o acesso à rede de atenção à saúde, o nascimento das crianças com síndrome congênita associada ao *zika* vírus, o investimento de recursos na rede e a organização de serviços serviram como objetos para diversos pesquisadores de diferentes campos e áreas da ciência (BRUNONI et al., 2016; LESSER; KITRON, 2016; VARGAS et al., 2016; REGO; PALÁCIOS, 2016; SOUZA et al., 2016; PINHEIRO; LONGHI, 2017; SILVA; MATOS; COSTA et al., 2017; QUADROS, 2017; MELO et al., 2018; ALBUQUERQUE et al., 2018).

Considerando a Atenção Primária como a porta de entrada para todos os usuários, o acesso e todos os demais atributos para o funcionamento da APS, bem como o conceito de território como local para o cuidado à população estudada, pretendeu-se analisar o funcionamento da rede de saúde dedicada ao cuidado das crianças com Síndrome Congênita do *zika* vírus (SCZ) da Região Metropolitana do Recife (PE).

2 PERGUNTA CONDUTORA

- Como está organizada a rede de saúde para atender as crianças acometidas pela Síndrome Congênita do vírus *zika* e seus familiares cuidadores?

3 PRESSUPOSTOS

- A Atenção Primária à Saúde não está preparada para atender às necessidades das crianças com Síndrome Congênita do *zika* vírus e suas famílias.
- Há fragilidades na organização da rede de saúde direcionada ao cuidado das crianças acometidas pela Síndrome Congênita do *zika* vírus e seus familiares cuidadores.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Analisar o funcionamento da rede de saúde dedicada ao cuidado das crianças com Síndrome Congênita do *zika* vírus (SCZ) da Região Metropolitana do Recife (PE).

4.2 Objetivos específicos

- Analisar os atributos da APS em relação ao cuidado às crianças com SCZ a partir da perspectiva de familiares cuidadores e profissionais da rede de saúde;
- Compreender a percepção dos familiares cuidadores e dos profissionais de saúde quanto à organização da rede de saúde dedicada ao cuidado das crianças com SCZ;
- Analisar os principais obstáculos apontados pelos cuidadores e profissionais para conformação da rede de saúde dedicada ao cuidado das crianças com SCZ.

5 MARCO TEÓRICO

5.1 A Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ)

O *zika* vírus é um flavivírus da família *Flaviviridae*, que pode ser transmitido pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. O vírus *zika*, um arbovírus isolado pela primeira vez em Uganda no ano de 1947 em primatas da floresta de Zika, tem a primeira infecção humana confirmada na Nigéria em 1954 (VARGAS, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2018; SOUZA et al., 2018).

Casos esporádicos foram registrados na África e Ásia, resultando em uma disseminação pouco percebida durante décadas. Compreendia-se que a infecção pelo *zika* vírus causava apenas síndrome febril leve. Só a partir do primeiro surto documentado, ocorrido na Micronésia em 2007, exatamente nas ilhas Yap, e, em semelhante modo, em março de 2013 e setembro de 2014 na Polinésia Francesa, foram percebidos casos associados à síndrome de Guillain-Barré (VARGAS, 2016; SOUZA et al., 2018; CASTANHA et al., 2019).

Sobre o *Aedes aegypti* e sua introdução ao Brasil, a explicação mais provável é que ele atravessou o Oceano Atlântico em embarcações que realizavam o transporte de africanos escravizados por europeus (VARGAS, 2016), encontrando facilidade para disseminação durante o período de interiorização nas Américas do Sul e do Norte (LESSER; KITRON, 2016).

Adaptou-se com facilidade ao ambiente urbano, onde existem grandes conglomerados populacionais e ampla variedade de locais propícios para sua reprodução, principalmente áreas não planejadas nas cidades e em países pobres (LESSER; KITRON, 2016; SOUZA et al., 2018).

No Brasil, a crescente densidade dos municípios e o aumento da população urbana – em 1900 apenas 20% dos brasileiros viviam em cidades, passando para mais de 80% em 2010 – facilitaram a disseminação de outros vírus que também são transmitidos pelo *Aedes aegypti*. No início do século passado a dengue e seus quatro sorotipos foram identificados, somando-se, a partir de 2013, aos arbovírus *chikungunya* e *zika* (LESSER; KITRON, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2018).

Os mosquitos adultos adaptaram-se aos espaços residenciais e as larvas aquáticas podem se desenvolver em recipientes artificiais capazes de acumular água, comumente

encontrados em moradias, como: caixas d'água, baldes, pneus e jarros (LESSER; KITRON, 2016).

A emergência e reemergência de arbovírus são compreendidas como fenômenos naturais de adaptação e evolução, sendo importante considerar os câmbios climáticos e ambientais, a ocorrência de desmatamentos, migração populacional, ocupação desorganizada em áreas urbanas e precárias condições sanitárias como contribuintes à transmissão viral (COSTA et al., 2017; SOUZA et al., 2018).

A epidemia de *zika* fora relacionada ao aumento da circulação de turistas em decorrência da Copa do Mundo de futebol ocorrida em 2014 no Brasil, embora nenhum país endêmico para o vírus houvesse competido. Outro evento de grande porte pode explicar o início da pandemia: a realização de um campeonato mundial de canoagem no Rio de Janeiro, que contou com a participação de equipes de países da região do Oceano Pacífico - Polinésia Francesa, Nova Caledônia, Ilhas Cook e Ilha de Páscoa (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Embora não seja ainda um consenso entre pesquisadores, outra hipótese ganhou força ao se basear em um estudo de genoma, cuja análise filogenética e molecular demonstrou que a entrada do vírus no país teria ocorrido entre maio e dezembro de 2013. Esta data coincide com a ocorrência da Copa das Confederações, que intensificou a circulação de passageiros em transporte aéreo vindos da Polinésia Francesa, país onde se registra recente epidemia de *zika*. Uma seleção de futebol foi concorrente e participou de uma partida realizada na Arena de Pernambuco em junho do ano citado. Dessa forma, seria também possível justificar a maior difusão de casos neste estado da federação (ALBUQUERQUE et al., 2018).

O registro de muitos casos, em diversas cidades de diferentes estados, em um curto período, indicava que se tratava de uma doença de alta taxa de ataque e rápida dispersão (SOUZA et al., 2018). Pesquisadores apontam para a existência de outros fatores como de ordem ambiental, socioeconômicos ou biológicos que contribuíram para o surgimento massivo de casos na região nordeste do país (MARTELLI et al., 2019; CASTANHA et al., 2019).

Em pesquisa avaliando o perfil socioeconômico por bairros da população acometida pelo *zika* vírus no município do Recife, Pernambuco, Souza et al. (2018) constatam que o estrato socioeconômico mais alto foi o menos atingido, tendo 3 casos de microcefalia em 2487 investigados, enquanto 139 foram confirmados entre 20.691 em outros estratos. Os resultados estabelecem uma forte associação entre maior prevalência e baixas condições de vida.

A geografia do Recife contribui para a proliferação do vetor. O município é atravessado por dois rios (Capibaribe e Beberibe), tendo parte considerável de sua população se estabelecido em suas margens em casas inadequadas e com alta concentração populacional. A temperatura e umidade combinadas criam um ambiente favorável para doenças transmissíveis por vetores do *zika* vírus, *chikungunya* e dengue (SOUZA et al., 2018).

No início do surto no país, em 2015, a febre do vírus *zika* era compreendida como benigna e autolimitada, porém, já havia relatos de ocorrência de manifestações neurológicas pós-infecção, com a síndrome de *Guillain-Barré*. Exames de imagem apresentavam casos compatíveis com infecção congênita, e as mulheres relatavam quadro de exantema durante a gravidez (VARGAS, 2016; COSTA et al., 2017; CASTANHA et al., 2019)

A associação entre infecção congênita por *zika* vírus e microcefalia parecia uma hipótese surpreendente, pois não existiam registros anteriores de malformações associadas à infecção congênita por um flavivírus. No caso das ilhas do Pacífico, as epidemias de *zika* vírus só foram investigadas e reportadas retrospectivamente. Percebeu-se a associação espaço-temporal entre a epidemia de *zika* vírus e o aumento de malformações fetais (MARTELLI et al., 2019; CASTANHA et al., 2019).

Somente a partir de novos achados clínicos, anatômicos e de imagem do sistema nervoso central, caracterizados como padrão de “defeitos congênitos”, a infecção congênita pelo vírus *zika* passou a ser compreendida como uma síndrome. Foram constatadas características incomuns às de crianças recém-nascidas com microcefalia provocada por outras infecções congênitas, sendo geralmente grave, ressaltando calcificações difusas, puntiformes, predominantes na junção córtico-subcortical (COSTA et al., 2017).

Em outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) apresentou um número atípico de 54 recém-nascidos vivos com microcefalia. Os casos foram notificados por médicos de maternidades de referência do estado ao perceberem um aumento da frequência em relação a números anteriores ao daquele mesmo período. Foi o primeiro estado da nação a constatar a mudança no padrão epidemiológico de crianças nascidas com microcefalia. Suspeitou-se que as mães haviam sido previamente infectadas com o vírus *zika* (VARGAS, 2016; LESSER; KITRON, 2016; BRUNONI, 2016; COSTA et al., 2017; ALBUQUERQUE et al., 2018).

No ano de 2016, o estado de Pernambuco identificou 113.320 casos suspeitos de dengue, 58.959 para *chikungunya* e para *zika* vírus, 11.392 registros. Nesse ano, 383 óbitos por arboviroses no estado foram notificados, sendo a *chikungunya* a principal responsável (COSTA et al., 2017).

Entre 2010 e 2014 no Brasil, foram registrados por ano, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), uma média de 156 casos de Microcefalia anualmente. No ano de 2015, até o primeiro dia de dezembro, já havia 1.247 recém-nascidos com microcefalia, onde o estado de Pernambuco despontava como o de maior número de casos: 646 (VARGAS, 2016).

O estado de Pernambuco desde o início da epidemia situou-se como líder no número de casos da síndrome congênita do *zika* vírus notificados no Brasil. Entre agosto de 2015 a outubro de 2016, notificou-se 2.159 casos de recém-nascidos com perímetro cefálico para a malformação, onde 1.338 ou 62% são do sexo feminino. A maioria dos registros concentrou-se na Região Metropolitana do Recife. Em janeiro de 2017, 409 casos foram confirmados, enquanto 1.526 foram descartados. Dos confirmados, 110 vieram a óbito e 246 permaneceram sob investigação (COSTA et al., 2017).

Em novembro de 2015, o Ministério da Saúde decretou estado de emergência de saúde pública nacional. Em ação articulada, o setor de vigilância em saúde do Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a SES-PE, convidaram pesquisadores para desenvolver projetos de pesquisa objetivando investigar a epidemia (SOUZA et al., 2016; MARTELLI et al., 2019).

Em se tratando de um evento raro, o Estado desenvolveu ações intra e intersetoriais para a resolução da epidemia, desde busca ativa dos casos, organização da vigilância entomológica e de controle do vetor, assessoria aos municípios afetados, mutirões macrorregionais para avaliação dos casos investigados e o desenvolvimento do monitoramento de indicadores (COSTA et al., 2017).

Para Horton (2016), uma epidemia possui a capacidade de provocar profundas alterações nas políticas públicas de saúde de um país. É possível descrever algumas características do perfil socioeconômico das mulheres afetadas pela epidemia do *zika* vírus e perceber que as mães, em sua maioria, são pobres, negras, e com baixa instrução educacional.

Em investigação apresentada por Vargas et al. (2016), a maior parte das mulheres é de cor da pele/raça parda ou preta, possuindo apenas o ensino médio completo, em união estável/casadas e com atividades domésticas como principal ocupação. A mediana de idade das mães foi de 25 anos, com uma renda *per capita* familiar de R\$ 400,00.

Nesse contexto, Lesser e Kitron (2016) contestam a afirmação de que “mosquitos são democráticos; eles picam tanto ricos como pobres”. Tal texto não pode ser considerado como adequado, pois as transformações geradas a partir da epidemia de *zika* no Brasil impactaram em níveis distintos classes, grupos sociais e gêneros. O *zika*, semelhante às epidemias de febre

amarela, malária e dengue, é mais um indicador da desigualdade social que ocorre no Brasil contemporâneo.

De acordo com Lesser e Kitron (2016), autoridades de saúde recomendaram a mulheres habitantes de áreas de risco que evitassem engravidar e até ter relações sexuais. A questão de gênero também é abordada por Moreira et al. (2018). Esta autora cita a responsabilização acentuada sobre as mulheres mães de crianças com a SCZ. O trabalho do cuidado destinado aos filhos as coloca em condição de principais responsáveis pelo gerenciamento da saúde, o que inclui uma rotina intensa de tratamentos, consultas e exames.

Parte considerável das famílias atingidas pela epidemia do *zika* vivencia contexto de vulnerabilidade relacionada à condição socioeconômica, à ocupação e a grupos específicos. Sofrem com graus distintos de comprometimento, que podem ser agravados ainda por nível educacional precário ou inexistente, desemprego, moradia insalubre, exposição a violências, barreiras para acesso às políticas públicas e segregação, seja por classe, raça, gênero, orientação sexual etc. (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; KOWARICK, 2009).

5.2 O conceito de Vulnerabilidade

A vulnerabilidade como quadro analítico no Brasil está fortemente relacionado à história da epidemia de AIDS e à busca por compreender o que é individualizante na doença (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Seu significado pode remeter à fragilidade, possuindo estreita relação com a ausência de cidadania e direitos humanos das populações sistematicamente violadas (AYRES, 2003).

A vulnerabilidade existente em relação à saúde e ao ambiente acontece quando determinada população é excluída de direitos básicos e aos recursos naturais. Desta forma, a Saúde Coletiva deve compreender os processos históricos e políticos prévios, principalmente conflitos socioambientais, pertencentes a um território em determinada realidade, e as consequências para a saúde da população (PORTO, 2011).

Para Ayres et al. (2009) o tema da vulnerabilidade em saúde contribui para fundamentar o debate que resulte na formulação de políticas e serviços em saúde, que invista no protagonismo dos atores e do território. Deve apreender sobre as condições materiais dos grupos sociais de forma crítica e no sentido de orientar o cuidado de acordo com as necessidades de cada sujeito. O autor classifica vulnerabilidade em três categorias a seguir apresentadas.

Vulnerabilidade Individual é a qualidade das informações possuídas pelos sujeitos a respeito de sua saúde, e como elas são aplicadas como medida preventiva para lidar com o processo saúde-doença. Compreende que as pessoas possuem suscetibilidades singulares a adoecimentos e que reagem a essa condição a partir do conhecimento que elas possuem (AYRES et al., 2009).

Vulnerabilidade Social está relacionada com processos excludentes, discriminação e enfraquecimento de grupos sociais, que culminam em um desarme estrutural de qualquer capacidade reativa (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). O grau de escolarização, o acesso a recursos materiais, a capacidade de tomada de decisão, a participação social, política e institucional, a superação de barreiras culturais, o enfrentamento a coerções, constituem a análise desta classificação (AYRES et al., 2009).

Vulnerabilidade Programática é a existência insuficiente ou ausência total de instituições sociais que possuem papel importante para o desenvolvimento societário. Podem-se mencionar escolas, serviços de saúde, cultura, lazer, segurança, educação etc., que possuam bases democráticas, igualitárias e plurais. Trata da ausência desses mecanismos e políticas para que o sujeito perceba sua condição no mundo capaz de munir visando a superação da vulnerabilidade enfrentada, além da garantia de sua sobrevivência (AYRES et al., 2009).

Os profissionais da saúde devem aplicar-se na busca pela garantia ao acesso à informação que ajude a emancipar, suplantar obstáculos materiais, culturais e políticos. Reduzir a vulnerabilidade é uma tarefa de muitas mãos e da conjunção de diferentes saberes. É necessário compartilhar experiências, transformar os contextos a partir de acordos e redes de diálogo nos territórios, objetivando planos de ação comuns a todos os envolvidos (AYRES, 2003; 2009).

De acordo com Campos e Campos (2009) o acesso à informação interfere no grau de autonomia que os sujeitos possuem para tomar decisões a seu favor e do coletivo. A capacidade de interpretá-las e analisá-las com criticidade, são os meios para a ação prática efetiva, podendo lidar com conflitos e assumir acordos junto aos demais atores e pontos de uma rede.

A ampliação de estratégias emancipadoras que reduzam a vulnerabilidade não será eficaz se estiverem reduzidas aos serviços da rede de saúde. Portanto, apenas com formulações intersetoriais (educação, trabalho, cultura, trabalho, etc.) será possível a concretude desse objetivo. Só é possível aplicar a política de humanização em saúde caso seja considerada a ampliação constante da democracia (AYRES et al., 2003).

A proposta do SUS e da Saúde Coletiva busca o protagonismo do cuidado também no usuário, que o mesmo seja capaz de ler sua própria realidade e perceba quais transformações deverão ser realizadas para superar eventuais cenários de vulnerabilidade (AYRES, 2002).

As desigualdades sociais em saúde são as diferenças originadas pela repartição do poder e da propriedade. Um sistema no qual predomina o individualismo, o desemprego, o consumo e a destruição do ambiente, provavelmente é incapaz de prover saúde a toda sua população. O caminho deve ser o oposto, um sistema com justiça social, onde os trabalhadores possam assumir as decisões e construam sua própria história sem se subjugar aos seus opressores.

5.3 Atenção à saúde no Brasil e os Atributos para a APS

Na chamada Primeira República (1889-1930), as principais preocupações do Estado brasileiro concentravam-se no saneamento de portos e núcleos urbanos, com objetivo de garantir condições sanitárias para programar as relações comerciais com o exterior, no recebimento e envio de cargas (LUZ, 1991 apud ROSA; LABATE, 2005; PAIM et al., 2011).

Durante o período populista de Getúlio Vargas, a política de saúde esteve centralizada, com pouca ou nenhuma abertura para decisões da sociedade. O Seguro Social ou o sistema de caixas acumulava parcelas dos vencimentos de assalariados e organizavam “empresas” isoladas. A partir da chamada Revolução de 1930 os trabalhadores dos serviços públicos também foram inseridos nesse modelo (DONNANGELO, 1975; PAIM et al., 2011).

No ano de 1933, os segurados passaram a ser organizados por categorias trabalhistas. Também fora criado o Conselho Superior de Previdência Social e o Departamento de Previdência Social, completando a fundação de uma estrutura institucional, substituída trinta e três anos depois com o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (DONNANGELO, 1975).

Ainda durante o governo de Vargas (1930-1945) e durante o período de ditadura civil-militar (1964-1984), o sistema de proteção social brasileiro foi expandido. Durante estes anos, pessoas com subempregos ou trabalhos não formais necessitavam lidar com uma oferta de saúde insipiente, caracterizada por atendimentos em instituições filantrópicas, poucos serviços públicos, organizados na lógica privatista e curativista, ou serviços privados (DRAIBE; SILVE, 1990).

A reforma do setor saúde desenvolvida no Brasil durante os anos 1970 distinguia-se das reformas em desenvolvimento em outros países, sobretudo os desenvolvidos. Durante este

período, o movimento social pela redemocratização política estava em franco crescimento, contando com a participação de movimentos de base, sindicatos, partidos e de parte da classe média (LUZ, 1991; ALMEIDA, 1995).

Até a criação do SUS no fim da década de 1980, os modelos centralizados e campanhistas eram predominantes na saúde do Brasil. As ações eram voltadas ao controle das grandes endemias e classificada como assistencialista e curativa: uma “medicina pobre para pobres” (ALMEIDA et al., 2018).

Rosa e Labate (2005) afirmam que a busca por novos modelos para a saúde está relacionado ao momento histórico-social onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico se encontra incapaz de atender aos câmbios mundiais e às necessidades de saúde individuais.

Para Almeida et al. (2018), as transformações demográficas e epidemiológicas ocorridas nas diferentes partes do mundo na década de 1980, os contextos restritivos da economia, o aumento das despesas pelo emprego de tecnologias de alto custo, a ineficácia e baixa qualidade dos serviços e as mudanças no papel do Estado impulsionaram reformas nos sistemas de saúde em países da Europa e das Américas.

Dentro do contexto da América do Sul, as reformas dos sistemas de saúde aconteceram concomitantemente aos processos de democratização, além de mudanças econômicas, sociais e legais. Almeida et al. (2018) defendem olhar a saúde como direito humano elementar, e seu desenvolvimento como política pública perseguidora da equidade social e democracia participativa para toda a sociedade.

O movimento por outra reforma sanitária no Brasil, estreitamente associada aos interesses dos movimentos de redemocratização, defendia a saúde como uma questão social e política, com acesso universal, independente de classe social ou vinculação empregatícia, negando um sistema centrado no biológico e no curativismo (PEGO; ALMEIDA, 2002; BIRMAN, 2005).

O Brasil vivenciava na década de 1980, um contexto de enfrentamentos ao desgastado governo militar e suas políticas. A organização da sociedade e de movimentos sociais, além dos crescentes custos registrados no setor saúde, estabeleceu um forte tensionamento ao modelo ainda em vigência, expressado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (FERTONANI et al., 2015).

No ano de 1986, a 8ª CNS definiu seu tema: a saúde como direito de todo cidadão, e foram estabelecidos os fundamentos e diretrizes para o SUS, além das estratégias para a coordenação, integração e transferência de recursos entre os níveis federais, estaduais e municipais (PAIM et al., 2011).

A sociedade civil desempenhou papel importante na implementação da reforma sanitária do Brasil. O SUS, instituído na Constituição brasileira promulgada em 1988, sob as definições de universalidade, integralidade e equidade, garante os princípios da promoção, prevenção e recuperação da saúde a todos os cidadãos, e o Estado como seu executor (ROSA; LABATE, 2005; PAIM et al., 2011; CORRÊA et al., 2019).

Os princípios do SUS tornaram-se fundamentais para as novas práticas assistenciais. O acesso universal e igualitário, a regionalização, hierarquização, descentralização dos serviços de saúde, a integralidade e a participação popular, compunham um sistema de saúde com desafios para o tempo vindouro (FERTONANI et al., 2015; CORRÊA et al., 2019).

Na 10ª (1996) e 11ª (2000) CNS, destaca-se a necessidade de um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida de todos os cidadãos. Nas conferências seguintes, 12ª (2003), 13ª (2008), 14ª (2012), sobressaem as discussões relativas ao acesso aos serviços e à reorganização da atenção, desde os modos de cuidar até a efetivação do direito à saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

No final da década de 1990, o PSF surge como proposta para alterar a atuação dos profissionais de saúde em todos os níveis do sistema, apresentando a necessidade de superar a medicina exclusivamente curativista, e ter a integralidade da assistência como horizonte, percebendo o indivíduo e a família como sujeitos e grupo social em uma abordagem longitudinal (STARFIELD, 2002; ROSA; LABATE, 2005).

As primeiras experiências do PSF se desenvolveram concomitantemente ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os dois programas tinham como objetivo a redução da mortalidade infantil e materna, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. O PSF assumiu em 1998 o papel de principal estratégia para a fundamentação da atenção básica. A configuração de suas equipes de saúde da família é composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Em 2004 as equipes de saúde bucal foram inclusas (PAIM et al., 2011).

Um conjunto de fatores pode explicar a fundação do PSF em seu início: os resultados bem sucedidos das ações do PACS no nordeste; um vazio programático para a questão assistencial no SUS; e as repercussões políticas que um programa desta magnitude poderia representar até mesmo para um governo liberal (ROSA; LABATE, 2005).

Em 2006 os programas converteram-se na Estratégia Saúde da Família (ROSA; LABATE, 2005; ALMEIDA et al., 2018). A ESF adota experiências para os cuidados primários de saúde inspirado em outros sistemas do mundo: o cubano, canadense, sueco e inglês (ROSA; LABATE, 2005; FERTONINI et al., 2015).

O manejo de pacientes com múltiplas queixas e diagnósticos indefinidos, incapazes de ser compreendidos em um nível de atenção especializado, até mesmo com o emprego de denso arsenal de aparelhos tecnológicos, encontra respostas na atenção primária, por esta possuir “tecnologia” capaz de perceber a existência de determinantes de saúde e as relações sociais, e como estes processos interferem na saúde (STARFIELD, 2002).

A multiprofissionalidade é organização imprescindível para que haja um processo interdisciplinar favorável ao compartilhamento das ações e a criação de um campo comum de competências que permita à equipe ampliar possibilidades. Este fenômeno contribui para a mudança da prática da atenção, que, antes centrada nos procedimentos, passa a ser centrada no usuário (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde da família estão inseridas em territórios. Essas equipes são responsáveis pelo primeiro contato estabelecido entre o sistema de saúde e a população que ali habita, coordenando a atenção e integrando os serviços em todos os níveis (PAIM et al., 2011).

A ESF parte da compreensão na qual as práticas de cuidado devem estar em consonância com os determinantes do processo saúde-doença, ao considerar o indivíduo como pertencente a grupos, seja familiar, comunitário, religioso etc., retirando o foco da doença, e direcionando para as relações sociais e estruturas de vida. Empregando a promoção, proteção e recuperação da saúde em seu cotidiano de práticas (ROSA; LABATE, 2005; FERTONANI et al., 2015).

Para Starfield (2002), a APS conduz uma atenção apropriada ao primeiro contato, com resultados em saúde mais satisfatórios, com custos menores. Os profissionais possuem formação para múltiplos problemas, tanto de ordem individual quanto coletiva no processo saúde-doença.

A Atenção Primária à Saúde consiste em estratégias resultantes da Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1978, atualmente Cazaquistão. Posteriormente, a OMS assumiu a APS como estratégia meio para alcançar “saúde para todos” até o ano 2000, destacando a importância das práticas culturais em saúde com modos de atenção resolutivos e custos suportáveis (STARFIELD, 2002; ROSA; LABATE, 2005).

A Conferência de Alma-Ata apresentou precisamente componentes primordiais da APS: programas de saúde materno-infantis (imunização e planejamento familiar); educação em saúde; prevenção de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns;

fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

No ano de 2003, instituiu-se um grupo de trabalho no Ministério da Saúde sob a prerrogativa de elaborar uma política nacional específica para a Atenção Básica do SUS, que foi publicada em março de 2006 como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (ALMEIDA et al., 2018).

Cabe destacar que na PNAB os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” são equivalentes. Em resumo, o texto preservou a ESF como norteadora do sistema sanitário, ao mesmo tempo em que desenvolveu questões da categoria acesso, cobertura e resolutividade, além da criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), responsável, entre outras funções, por avaliar o funcionamento dos serviços de atenção primária (FERTONANI et al., 2015; ALMEIDA et al., 2018).

A PNAB reforça que a ESF é a estratégia para a expansão e consolidação do SUS, responsabilizando o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de saúde sobre o apoio à atenção primária, e o fomento por parte dos municípios e da federação para o ordenamento do sistema de saúde (FERTONANI et al., 2015).

Em 2010, havia um número aproximado de 30.000 equipes de saúde da família no Brasil, responsável por atender 85% (4.737) dos municípios ou aproximadamente 98 milhões de brasileiros (PAIM et al., 2011). A APS é o primeiro elemento de atenção continuada à saúde, tendo também a tarefa de expandir e coordenar a cobertura para os níveis mais complexos de assistência, desempenhando ações de intersetorialidade para promoção e prevenção de doenças (STARFIELD, 2002; PAIM et al., 2011; CORRÊA et al., 2019).

A APS caracteriza-se por ações de saúde, seja de ordem individual ou coletiva, pela promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, redução de danos e manutenção da vida, diagnóstico, tratamento e reabilitação, objetivando a conformação da atenção integral que favoreça a autonomia das pessoas perante os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2011).

Considera-se que APS é a porta de entrada preferencial ao sistema, enquanto também se constitui como um nível de atendimento em si mesmo. As unidades básicas de saúde, principal equipamento da APS, são capazes de atender necessidades tradicionais relacionadas à nutrição, vacinação, ações clínicas como prevenção, profilaxia, tratamento de doenças de ordem epidêmica, demandas clínicas de prevenção e recuperação. Utiliza técnicas com menor uso de equipamentos, exigindo do profissional sofisticada síntese de saberes que servirão para

o manejo das queixas de frequência comum e relevância no território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, acolhendo toda necessidade de saúde ou sofrimento (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2011; CORRÊA et al., 2019).

Os serviços devem estar sempre a postos para acolher e escutar as demandas de saúde da população, oferecendo resposta positiva, minorar danos e sofrimentos, e permanecer responsável por coordenar a atenção. O acolhimento, a vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para que a porta de entrada mantenha-se sempre aberta (BRASIL, 2011).

O PCATool-Brasil (Instrumento de avaliação da Atenção Primária) é um instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliação da APS. Adaptado à realidade brasileira, possui versões para a saúde da criança, saúde do adulto, e também avalia profissionais, gestores e coordenadores da rede. Esse instrumento foi desenvolvido a partir do modelo de avaliação da qualidade dos serviços proposto por Donabedian, que mensura aspectos estruturais, processo de trabalho e produção dos serviços (BRASIL, 2010b).

Para a aplicação do instrumento a nível nacional, é necessário o envolvimento de instituições e profissionais treinados para a coleta, que culmina produzindo um vasto conteúdo a ser tratado em favor do desenvolvimento dos atributos para o funcionamento da APS. Os dados coletados servem tanto para produções acadêmicas quanto o monitoramento dos níveis de gestão do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e municipais, interferindo na formulação e execução de políticas públicas (BRASIL, 2010b).

Starfield (2001) estabeleceu quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção) e quatro atributos derivados (orientação familiar; orientação comunitária; competência cultural) que oferecem sustentação para o funcionamento adequado a APS.

Cada atributo deve ser compreendido e desenvolvido individualmente na realidade do sistema de saúde, apesar da proximidade que possuem entre si. A avaliação eficiente de cada atributo reflete na capacidade de prover atenção integral e biopsicossocial ao território adscrito. Mas, quando em avaliação, ao identificar a debilidade no desempenho de algum atributo, torna-se necessário investir tendencialmente para que seu funcionamento seja cada vez mais eficiente. Cada atributo é composto por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2010b).

Acesso é um atributo determinante para APS. É compreendido como o primeiro contato estabelecido entre o usuário e a equipe de saúde. Os trabalhadores que compõem a equipe devem ofertar atenção às demandas de saúde do usuário e contribuir na busca por

soluções. A partir disso, compreender se será necessário acionar a participação de profissionais em outros serviços para a atenção a ser prestada (STARFIELD, 2001).

Para o trabalho na APS, a longitudinalidade é um atributo fundamental. Configura-se como um vínculo resistente e duradouro, com interpessoalidade e cooperação entre profissionais da saúde e usuários. Através da longitudinalidade, a APS deve reduzir a frequência em serviços de saúde e hospitalizações desnecessárias, custos na assistência, gerando atenção direcionada, sobretudo para a prevenção. Um cuidado longitudinal é capaz de percorrer longas distâncias entre serviços diversos de acordo com a demanda do usuário (STARFIELD, 2001).

Outro atributo para a APS é a coordenação da atenção. Trata-se do fluxo de dados produzido de forma integrada entre os níveis do sistema de saúde, e também pela própria APS a respeito da atenção prestada. Além do mecanismo de transferência de informações, também deve captar e interpretar, dando destino adequado para cada uma (STARFIELD, 2001).

A existência dos níveis e dos serviços de saúde com papéis distintos requer a integração contínua entre todos. Os sistemas de saúde devem estabelecer a criação de mecanismos de transferência de informações a respeito das pessoas e os problemas do processo saúde-doença. Proporciona a criação de vias onde as informações possam trafegar de acordo com as demandas (STARFIELD, 2001).

A integralidade é um atributo considerável para as discussões sobre a resolutividade da APS. É a garantia de que os usuários obterão acesso a qualquer tipo de serviço, de acordo com a necessidade de cada um. Também trata da responsabilização de toda a rede em todo o trajeto percorrido, mesmo em serviços especializados, consultas, internação domiciliar e serviços na comunidade (STARFIELD, 2001).

Orientação Familiar, ou atenção à saúde centrada na família, conceitua-se como a avaliação das demandas individuais, a partir do reconhecimento do núcleo família como determinante para a saúde ou adoecimento dos sujeitos (STARFIELD, 2001).

Orientação Comunitária pode ser compreendida, de acordo com Starfield (2001), como o processo de identificação e compreensão das necessidades em saúde do território adscrito por parte da equipe de saúde. Dados epidemiológicos e o contato direto com a população são utilizados como fonte para coletar informações que resultem no planejamento de ações.

Competência Cultural é mais um atributo derivado apontado por Starfield (2001). É a capacidade de modelagem que as equipes de saúde possuem em adaptar-se às características

específicas da população adscrita, resultando no favorecimento da relação e comunicação com a população.

5.4 Território e Rede

O território é o grande palco para as contradições de nosso tempo. O aumento da globalização é impulsionado pela oferta de créditos internacionais que estão ao alcance dos países subdesenvolvidos. Para Santos (1996) o mercado universal origina-se a partir dos governos, do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial, do GATT e outras organizações internacionais, a partir do investimento financeiro destinado às pesquisas que fundamentam a globalização, chamada pelo autor de “perversa”.

Os recursos do território são tomados a partir de processos e decisões políticas, onde comumente o capital acaba extraindo e acumulando a riqueza sem distribuição alguma, a não ser a devastação ambiental. Os movimentos sociais são o adversário dessa lógica, e, apesar da enorme disparidade, tem ao seu lado o fato de serem numerosos e resistentes na defesa daquilo que lhes pertence por direito e por história. Não à toa conclamam por democracia real, onde os trabalhadores possam decidir sobre os rumos do território e da humanidade, e onde a natureza não esteja subjugada à lógica mercantil da vida (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Na luta de classes, os interesses são irreconciliáveis. O território deve lutar em busca da sua preservação, de forma que as comunidades sejam os verdadeiros guardiões de sua própria existência, cambiando as más condições de vida em busca de uma vida comum e de qualidade (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Para Campos e Campos (2009), os trabalhadores e os usuários possuem poder de modificar o sistema de saúde, porém, na maioria das vezes, se deparam com a ausência de democracia real, quando o poder econômico decide verticalmente e unicamente a seu favor quais medidas deverão ser empregadas.

A verticalidade tende sempre a se intensificar em uma escalada sem precedentes. O contra hegemônico é a horizontalidade, onde os protagonistas sejam os comunitários, os serviços básicos de saúde, o trabalho no território, as associações de bairro etc., um território capaz de democratizar normas a partir de seus próprios interesses (SANTOS, 1996).

[...] além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns (SANTOS, 1996, p. 17).

É preciso investir na valoração do território, que caminha a duras penas em busca de autonomia, pelejando para conformar redes locais e globais com movimentos e experiências alternativos ao modelo de desenvolvimento destrutivista apresentado pelo capitalismo (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Quando pensamos no território, deve-se ter em mente o fato de que a parte mais importante dele é sua população. Esta possui classe social, cor, gênero, cultura, subjetividades e formas de vida específicas. Comumente, os territórios mais carentes de serviços públicos vivenciam uma realidade com ausência de saneamento, de acessibilidade, de equipamentos sociais, coleta de lixo, quando é facilmente perceptível a moradia precária, o desemprego e a pobreza (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Conhecer como as pessoas se relacionam entre si em um determinado contexto, os valores aos quais estão vinculados, o que é bem vindo ou o contrário, são indispensáveis quando se objetiva uma conduta capaz de produzir câmbios e rearranjos sociais e sanitários (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

A produção de redes no território precisa adotar uma proposta que nasça das relações entre a pluralidade dos diferentes atores e suas práticas mais específicas. Um modelo em que o serviço básico possua íntima relação com outros grupos e equipamentos sociais como a família, cuidadores, redes de produção de renda, movimentos sociais etc. (RIGHI, 2010).

Para Cecílio (1997), o sistema de saúde deve traçar suas ações a partir do entendimento de que é o usuário e seus deslocamentos, seus desejos e demandas que movimentam a rede. Pensar uma rede em círculo altera a lógica de hierarquização dos serviços onde não existam topos e seja favorável a um deslocamento mais fluido. A lógica de um sistema de saúde em pirâmide prejudica um cuidado longitudinal, integral e humanizado, de tal forma que o usuário em questão pode facilmente estar “desprendido” sem qualquer referência (RIGHI, 2010).

As redes, no universo de mudança, surgem como uma linguagem de vínculos, das relações sociais entre organizações que interagem mediadas por atores sociais que buscam entender de maneira compartilhada a realidade social. São formas de agir que privilegiam os sujeitos que, de maneira interativa, apropriam-se do conhecimento dos problemas sociais e de sua solução (JUNQUEIRA, 2000).

O sistema de saúde estruturado em forma de pirâmide, onde a maior complexidade encontra-se no topo, hierarquizado, consegue atingir a integralidade com limites. O cume como um lugar extremamente especializado, com atendimento para situações bem restritas, tende gerar isolamentos (CECÍLIO, 2001).

Em relação à estrutura dos serviços de emergência ou de hospitais, a lógica de trabalho possui características específicas que comumente não percebem a importância de compreender o papel do território ao qual está vinculado. Ao mesmo tempo, nota-se que, ao encaminhar pacientes da APS para profissionais especializados, rompe-se o vínculo com a AB, reduzindo drasticamente a capacidade clínica do cuidado, enfraquecendo sistematicamente os serviços mais territoriais (RIGHI, 2010).

Para Cecílio e Merhy (2003), as urgências e emergências insistem em um trabalho a partir da queixa-conduta, que obstrui a clínica ampliada e a integralidade, impedindo-as de acontecer efetivamente. Para os autores, o momento de alta de um paciente precisa ser compreendido pelos profissionais como a possibilidade de construir uma linha de cuidado contínua para o usuário junto aos serviços aos quais ele será acompanhado.

Trabalhar em saúde é estar construindo e reconstruindo relações constantemente. Os profissionais evidenciam suas subjetividades e suas posições pessoais sobre o mundo quando se relacionam com seus pares ou com usuários. A formação dos profissionais, além das competências técnicas, deve ser ético-política, crítica e sensível para compreender os diferentes contextos que existem na sociedade brasileira e reinventá-las a favor da garantia do direito a saúde (CECÍLIO, 2001).

A rede de saúde é composta por diferentes atores que desempenham seus papéis sempre a partir de suas singularidades. Independente de qual personagem - médico, usuário, secretário de saúde, gerente de distrito etc. -, conduzem suas interpretações em concordância com seus valores, projetos, interesses, em uma trama onde existem acordos e também profundas discordâncias. Esses ambientes acabam sendo comumente marcados por disputas, composições e coalizões (CECÍLIO, 2012).

Para Figueiredo e Campos (2014), é preciso garantir, dentro da proposta de formação permanente para os profissionais do SUS, a discussão sobre o processo saúde-doença-intervenção, que permita compreender a dimensão emocional, simbólica, sociocultural dos usuários, e também a prática clínica inter-relacional.

A defesa de um modelo em que o usuário possa ser escutado em qualquer serviço de saúde, possui em seu horizonte a integralidade como conceito chave a um sistema humanizado. Não é possível aplicar tal conceito sem que haja a integração com outros setores das políticas públicas como a educação, o trabalho e a assistência social (CECÍLIO, 1997).

A APS não deve ser o único setor que busque a lógica do trabalho integral, só sendo possível atingir tal atributo em uma rede ampla com o envolvimento de todos os serviços e

atores. A integralidade emana da composição dos vários saberes em uma equipe multiprofissional nas diferentes realidades encontradas (CECÍLIO, 2001).

O cuidado em saúde deve ser compreendido essencialmente como multidisciplinar, sobretudo quando diz respeito à lógica hospitalar. Porém, é justamente nesse setor onde se observa com intensidade a fragmentação do cuidado, sendo um dos maiores desafios no processo de gerenciamento do hospital conseguir orquestrar todas as especialidades para a prática da integralidade e longitudinalidade (CECILIO; MERHY, 2003).

Independente do quanto se invista na rede básica de serviços, não é possível impedir que as urgências e emergências hospitalares continuem sendo portas de entrada para usuários no SUS. Isso justifica a importância de trabalhar o hospital como mais um ponto da rede, construindo fluxos e o integrando junto aos demais serviços (CECILIO; MERHY, 2003).

A gestão da rede de saúde necessita aproximar, realizar conexões, estar disposta a fazer junto, ampliar a coletividade em busca de intervenções eficientes (RIGHI, 2010). Cabe aos coordenadores das linhas de atenção à saúde esforçar-se para o aperfeiçoamento das conexões entre serviços, vislumbrando o deslocamento real dos usuários em toda a rede (CECILIO; MERHY, 2003).

Os fluxos não são iguais bem como as distâncias entre pontos da rede também não. É necessário construir conexões, fortalecer as que já existem, pois parte-se do entendimento de que esse trabalho é contínuo em uma rede que se movimenta e se modifica todos os dias. As redes dependem diretamente dos atores, devendo ser abertas e opostas ao modelo piramidal (RIGHI, 2010).

A integralidade permite que a transversalidade do cuidado aconteça quando, em uma rede ampla de serviços, o hospital seja mais um ponto com a mesma tarefa de captar a demanda do usuário e identificar qual região da rede é mais indicado para atender a demanda (CECILIO; MERHY, 2003). O profissional de saúde assume a função de exercer o trabalho de prevenção de acordo com os recursos disponíveis. Em um trabalho humanizado, deve-se garantir a autonomia do sujeito, mas colocar-se de maneira a contribuir na construção do atendimento mais adequado (AYRES et al., 2003).

O processo definido pela tripla carga de doenças está associado diretamente às profundas transformações socioeconômicas e de estilo de vida, que interferem na saúde dos indivíduos e das comunidades. Antes incipientes, as condições crônicas de doença tornaram-se cada vez mais recorrentes no Brasil, obrigando o sistema de saúde a realizar mudanças (BRASIL, 2011). Enquanto sua população cresce rapidamente, acontece um processo acelerado de envelhecimento da população (MENDES, 2009).

Com o propósito de atender as demandas de saúde da população brasileira em seus aspectos epidemiológicos e demográficos, desenvolve-se como proposta para reorganização do SUS a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (FERTONANI et al., 2015; PEITER et al., 2019).

As primeiras experiências das redes de atenção foram desenvolvidas no Reino Unido ainda na década de 1920. Como consequência de um extenso debate sobre mudanças no sistema de proteção social e reorganização política após a primeira Guerra Mundial, foi elaborado o Relatório Dawson (SÃO LUÍS, 2016).

O Relatório Dawson é o primeiro documento onde consta a proposta de um sistema de atenção à saúde que seja regionalizado, onde os serviços atuam conforme um planejamento comum e de acordo com as demandas da população, sendo preventivo e curativo (BRASIL, 2011).

No Brasil, a implementação das RAS também tem contribuído com o fortalecimento e consolidação dos princípios da integralidade, universalidade, e equidade. Ganhou propulsão durante a década de 1990, culminando com a aprovação da Portaria GM nº 4.279 de 2010 como sua regulamentadora (MENDES, 2009; BRASIL, 2011).

A RAS surge nesse contexto como uma possível solução para a reestruturação dos serviços e processos de saúde que sejam favoráveis e pactuem com os princípios e diretrizes do SUS, atendendo o novo perfil epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2011).

Compreende-se como redes de atenção à saúde a organização poliárquica dos serviços de saúde que possuem vínculos e objetivo comum, atuando cooperativamente e mantendo interdependência. Apoia-se em três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Dessa forma, é possível uma coordenação pela atenção primária, garantia de atendimento integral e humanizado, contínuo, com custo e qualidade adequados (MENDES, 2009).

Durante a implantação das RAS, é importante observar aspectos determinantes: a definição da população e território; diagnóstico situacional; superação dos vazios assistenciais; articulação público/privado; planejamento adequado de acordo com metas estabelecidas; garantia de investimento nas pessoas/equipes; sistema de regulação e governança a favor do funcionamento da rede (BRASIL, 2011).

As RAS são responsáveis pela população inserida em territórios sanitários singulares. São famílias cadastradas e registradas em grupos de risco sociossanitários, com sistemas de informação consistentes e interligados (PEITER et al., 2019). O centro da comunicação das redes de atenção à saúde é o meio intercambiador, onde se dão os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde. (MENDES, 2009).

A estrutura operacional é considerada o segundo elemento das redes de atenção à saúde. Constitui-se por nós localizados nas redes, por aproximações materiais e imateriais capazes de estabelecer comunicação entre si. Composta por cinco componentes: atenção primária à saúde; pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; sistema de governança (MENDES, 2009).

As redes de atenção à saúde possuem componentes básicos para seu bom funcionamento: não possuem hierarquia entre seus componentes, mantendo relação horizontal e apresentando os pontos de atenção com importância semelhante; devem ser cooperativas e interdependentes; apresentam objetivos comuns; intercâmbio de recursos; atenção contínua e integral nos níveis primário, secundário e terciário; intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população; prestam atenção oportuna em tempo e lugar adequados, de forma eficiente com serviços seguros e efetivos (MENDES, 2009).

A APS deve se configurar como ordenadora das ações, sendo priorizada em investimentos e alocações de recursos. Porta de entrada para a maioria dos acessos à rede deve guiar seus usuários a qualquer ponto de qualquer nível e ser responsável por acompanhar o deslocamento permanentemente (BRASIL, 2011).

Quando a RAS está orientada para a APS, os custos tornam-se menores e se reduzem os procedimentos mais onerosos. Oferece também tecnologias seguras para usuários e profissionais de saúde na prevenção das doenças (OMS, 2008). Os pontos de atenção secundários e terciários são o segundo componente das RAS (PEITER, et al., 2019).

Mendes (2009), afirma que uma RAS necessita dos seguintes alicerces teóricos bem fundados:

- economia de escala: racionalização dos custos e otimização de resultados, ao mesmo instante em que se diminuem os gastos, aumenta o volume das atividades sem perda de qualidade;
- suficiência e qualidade: relacionados aos serviços ofertados em quantidade e qualidade, objetivando um manejo adequado quando garantidos os recursos financeiros, humanos e tecnológicos;
- acesso: um dos principais conceitos para a RAS refere-se à retirada de barreiras de qualquer ordem (de disponibilidade, acolhimento e vínculo, condição socioeconômica e geográfica);
- disponibilidade de recursos: está voltado para a repartição dos recursos (tecnológicos, financeiros, físicos e humanos) de forma adequada; quanto mais disponível mais disperso na RAS, quanto menos disponível mais concentrada sua utilização;
- integração vertical: articulação dos diferentes níveis de atuação (primário, secundário e terciário) em qualquer ente federativo, integrando os serviços;

- integração horizontal: agregação de serviços de natureza semelhante, facilitando os ganhos de escala;
- processos de substituição: reagrupamento dos recursos entre e dentro de serviços de saúde, em busca de melhores resultados sanitários e econômicos;
- região de saúde ou abrangência: determinada área de cobertura de uma RAS, podendo ser distritos sanitários, territórios, bairros, cidades, macrorregiões ou microrregiões, a partir de avaliação geográfica, aspectos socioculturais ou epidemiológicos;
- níveis de atenção: guiados pela densidade tecnológica, os níveis se diferenciam em primário, secundário e terciário.

6 MÉTODO

6.1 Desenho do Estudo

O presente trabalho classifica-se como sendo um estudo de caso com abordagem qualitativa, que tem como objetivo compreender a percepção de familiares cuidadores e profissionais sobre a rede de saúde dedicada ao acompanhamento das crianças com SCZ.

O estudo de caso permite ao pesquisador aprofundar sobre um ou poucos objetos, possibilitando a realização de uma investigação ampla e detalhada. Esse tipo de desenho tem sido cada vez mais utilizado por pesquisadores das ciências sociais e biomédicas quando se pretende explorar situações da vida real, descrever o contexto da investigação ou explicar as variáveis causais de um fenômeno (GIL, 2008).

Para Yin (2005), estudo de caso se caracteriza por ser empírico e capaz de investigar um determinado fenômeno em seu contexto de realidade, mesmo quando as delimitações não estão bem definidas.

Os estudos de caso são preferíveis quando a pergunta da pesquisa parte do “como” ou do “por que”, e quando o pesquisador possui pouco controle sobre o fenômeno observado. É indicado quando se pretende compreender acontecimentos de ordem política, individual, organizacional e social, fotografando as características holísticas e significativas da vida real (YIN, 2005).

Os resultados comumente são apresentados em forma de hipótese, contribuindo para conhecer o contexto global do fenômeno, podendo identificar fatores que influenciam ou que são influenciados (GIL, 2002).

6.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), localizado na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. O HC realiza procedimentos ambulatoriais e hospitalares, com assistência qualificada em mais de 40 especialidades.

Enquanto Hospital Universitário, o HC-UFPE está inserido no SUS como referência terciária (serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade) e quaternária, atendendo a todos os segmentos da população nas mais diversas modalidades e especialidades.

O HC-UFPE realizou em 2017, 14.688 internações de residentes de 266 municípios e de 16 estados do país. Nesse mesmo período, registrou 735.903 procedimentos ambulatoriais. É um hospital universitário credenciado como sendo de média e alta complexidade, vinculado ao ensino e pesquisa que são pilares essenciais da formação universitária.

6.3 População do Estudo

O presente projeto faz parte da pesquisa “Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita do *zika* vírus”, aprovado no Edital PPSUS 2017, e por isso, incluiu os trabalhadores inseridos na rede de atenção perinatal e familiares cuidadores das crianças nascidas com SCZ, já acompanhados por essa pesquisa. A coorte é composta por 151 crianças, das quais 21 crianças possuem diagnóstico para a Síndrome Congênita do *zika* vírus.

A formação da coorte não dependeu de exames laboratoriais de sorologia e PCR para as gestantes e/ou crianças, mas da definição clínica de caso a partir do relato/registo da doença febril e/ou exantemática na gestação e que são acompanhadas pelo Hospital das Clínicas desde outubro de 2015. Essa definição tem relação com a própria viabilidade deste e de outros estudos, pela indisponibilidade no tempo clínico/assistencial e da pesquisa, do apoio diagnóstico necessário para definição de caso.

6.4 Coleta de dados

Foram realizados dois grupos focais, sendo um com profissionais de diferentes serviços de saúde, e outro com familiares cuidadores de crianças com SCZ, todos com vínculo com a pesquisa: “Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita do *zika* vírus”.

O grupo focal permite o deslocamento da fala do indivíduo isolado para a fala de alguns a respeito de temas precisamente determinados e previamente divulgados. Essa ferramenta encontrou na educação em saúde campo fértil para sua prática, contribuindo para o desenvolvimento de propostas que sejam elaboradas através da troca, resultando na formulação de hipóteses (MCKINLAY, 1988 apud CARLINI-COTRIM, 1996).

O grupo focal desloca o centro da observação em saúde do indivíduo para o coletivo social participante, além de permitir aprofundamento nos temas tratados. Método de pesquisa

qualitativa proporciona que as diferentes percepções acerca de um fato, prática ou serviço sejam expostos. Esta técnica pode ser considerada como algo semelhante a uma entrevista em grupo por utilizar de um roteiro de perguntas guia (recomendam-se entre três e cinco) que serão capazes de gerar interação, de acordo com o objetivo do encontro (CARLINI-COTRIM, 1996).

A escolha dos participantes deve ser realizada com a finalidade de gerar discussão sobre o tema, possibilitando ao coordenador conduzir o grupo de forma segura, com respeitabilidade às diferenças e pluralidade de opiniões (MORGAN, 1988 apud CARLINI-COTRIM, 1996).

Quando se prepara a lista de participantes, o pesquisador deve reconhecer saberes e realidades homogêneas ou análogas que contribuam para a fluidez da discussão em torno do tema precisamente definido. Porém, durante a coordenação do grupo, deve estar atento e não buscar homogeneizar ou localizar concordâncias no discurso dos participantes (CARLINI-COTRIM, 1996).

O grupo focal considera que é a partir dos encontros que os indivíduos desenvolvem seus posicionamentos, altera ou especifica cada vez mais a partir da fala do outro. É papel do moderador proporcionar um campo aberto às divergências, sem que haja qualquer pressão por um consenso ou solução (CARLINI-COTRIM, 1996).

O pesquisador deve participar diretamente da elaboração do encontro, pois precisa empregar os objetivos de seu estudo. Quanto à sua condição como moderador dos grupos focais, esta deve ser decidida após um balanço sobre possíveis interferências nas discussões e consequentemente nos resultados. A partir dos dados, o pesquisador poderá trabalhar o objeto em questão. Tipicamente o grupo focal é desenvolvido com um número de participantes entre seis e dez, com duração de oitenta a cento e vinte minutos (CARLINI-COTRIM, 1996).

Aos participantes deve ser garantido o tempo para fala e o respeito às múltiplas opiniões, gerando uma diversidade de percepções sobre o que está sendo investigado. A análise dos dados deve ser de forma qualitativa. O pesquisador deve agrupar os dados na busca por revelar, com o máximo de precisão e neutralidade possível, como o grupo opina sobre o tema posto à baila (MORGAN, 1988 apud CARLINI-COTRIM, 1996).

Na pesquisa qualitativa e no grupo focal, os pesquisadores não costumam utilizar amostras probabilísticas e também não visam estudar frequência. O que interessa é captar o surgimento das percepções e opiniões sobre um tema precisamente determinado de acordo com os objetivos do estudo (KRUEGER, 1988 apud CARLINI-COTRIM, 1996).

O convite para participação nos grupos foi realizado através de ligações telefônicas, e-mail e/ou utilizando o aplicativo *Whatsapp*, onde foram expostos os objetivos do grupo e a importância científica de sua realização. Um resumo da proposta foi distribuído no dia do encontro, sendo amplamente divulgada a possibilidade de desistência a qualquer momento.

O primeiro grupo focal da pesquisa aconteceu com profissionais da rede de atenção, de diferentes serviços. Foi realizado contato com vinte trabalhadores, sendo possível contar com ao menos um representante de cada nível da rede e com profissionais de diferentes formações.

Desta forma, foi possível formar um grupo diverso, representativo da rede, com capacidade de refletir sobre o tema a partir das diferenciações, avaliando o papel da Atenção Primária à Saúde, a organização da equipe de referência e da rede e os principais desafios para o cuidado integral das crianças, a partir de roteiro de perguntas (Apêndice A). O grupo de profissionais durou aproximadamente duas horas, contando com a participação de seis trabalhadores.

O segundo grupo ocorreu em dia diferente do primeiro. Organizou-se junto aos familiares cuidadores das crianças com SCZ da região metropolitana do Recife, acompanhadas pela coorte. O convite foi realizado através de alunos participantes da pesquisa *Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à síndrome congênita por zika vírus*.

De forma semelhante ao primeiro grupo, foi analisada a percepção sobre papel da Atenção Primária à Saúde, a organização da equipe de referência e rede de saúde além dos principais desafios para o cuidado integral das crianças com a síndrome (Apêndice B).

O grupo focal com familiares cuidadores das crianças com SCZ aconteceu com o número de cinco participantes, sendo quatro mães e um pai. Possuiu duração de aproximadamente uma hora e meia.

A coordenação foi realizada por duas professoras membros da pesquisa *Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita por zika vírus*, sendo uma médica (grupo dos profissionais de saúde) e uma assistente social (grupo das cuidadoras). O grupo focal com profissionais da saúde foi realizado no mês de maio de 2019, enquanto o grupo de cuidadoras ocorreu em junho do mesmo ano.

Todos os grupos aconteceram com o apoio de uma equipe de trabalho composta por coordenadores, observadores, moderadores e pesquisadores, além de um apoio técnico para

registros, filmagem, distribuição e recolhimento de material, sendo todos participantes da pesquisa.

O pesquisador teve participação na elaboração do roteiro, na organização e realização dos dois grupos focais, e, sobretudo, na análise dos dados. Presente em ambos os encontros, participou ativamente da discussão, além de auxiliar na captação de imagens e gravação de áudio.

Toda discussão fora gravada e filmada, sob a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice C), apresentado previamente à realização do encontro. Não houve nenhum tipo de compensação financeira aos participantes.

6.5 Análise dos resultados

Para análise de cada grupo focal utilizou-se a técnica de condensação dos significados (KVALE, 1996), onde foram construídas formulações a partir do discurso dos participantes de cada grupo.

Quadro 1 - Organização dos Significados.

Questão Norteadora	
1. Como você avalia a sua equipe de saúde da família/posto de saúde próximo de casa?	
Unidades Naturais de Análise (Unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos)	Temas Centrais (São categorias conceituais)
1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa 2. Idem 3. Idem	1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível. 2. Idem 3. Idem
Descrição Essencial da questão de pesquisa Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996)

Para analisar as entrevistas previamente realizou-se a transcrição completa do material gravado sob autorização e assinatura do TCLE (Anexo C). Posteriormente o pesquisador debruçou sobre uma leitura detalhada, buscando compreender e refletir o sentido e a relação dos discursos com o objetivo proposto no presente estudo.

A técnica de condensação dos significados (KVALE, 1996) oferece etapas prévias e póstumias à coleta de dados. O pesquisador deve apreender as etapas para posteriormente aplicá-las em seus experimentos, sem perder seus objetivos do horizonte, a fim de evitar possíveis desvios.

Quando se analisam discursos utilizando grupo focal como ferramenta, as discussões desenvolvidas muitas vezes extrapolam ou fogem do objetivo do trabalho. Cabe ao pesquisador filtrar e garimpar as pedras mais vistosas encontradas e iniciar o processo de lapidação, que culminarão em seus resultados.

O primeiro passo é determinar as unidades de significados naturais (KVALE, 1996) conforme expressas pelo sujeito participante. Essa etapa é a extração do conteúdo bruto, ou seja, selecionamos o discurso que explique ou responda a um dos atributos utilizados que facilitarão a continuidade da análise.

Posteriormente, as unidades de significados naturais são conduzidas para mais um filtro, onde o pesquisador deverá iniciar o processo de lapidação. O resultado final deve ser um conteúdo facilmente interpretado, com uma aparência mais cristalina, já sendo possível reconhecer formas e hipóteses.

No terceiro estágio, o pesquisador deve retornar aos objetivos traçados e já evidenciados em seu estudo, a fim de apropriar-se novamente deles para afiar as ferramentas que darão forma às pedras garimpadas. O pesquisador deve aqui identificar a relação existente - ou não - entre as unidades de significados e os objetivos propostos (KVALE, 1996).

O quarto estágio deve ser o lustre das pedras, quando o garimpeiro deverá descrever a essência de cada uma delas, demonstrando similaridades e distinções. É a partir do saber do pesquisador no encontro com o objeto que o resultado será finalmente construído e analisado com a ajuda de outros pesquisadores (KVALE, 1996).

Como categorias para a análise dos dados, utilizamos os atributos para avaliação da atenção primária de Starfield (2001) para classificar as unidades naturais e os temas centrais sobre cada um deles. Fora definido, portanto, os seguintes atributos a serem utilizados: acesso e vínculo; coordenação da atenção; longitudinalidade; integralidade; orientação comunitária; orientação familiar; competência cultural (BRASIL, 2010a).

Tais atributos são utilizados no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, o PCATool. Esse instrumento foi elaborado para avaliar a presença e extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção) e derivados (orientação comunitária; orientação familiar; competência cultural) na APS (BRASIL, 2010a).

Desenvolvido com base no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian, pretende mensurar aspectos estruturais, processuais e resultados da APS. Adaptado para a realidade brasileira, assumiu a tarefa de revelar o desenvolvimento do processo de atenção em saúde na APS e o funcionamento de sua estrutura (BRASIL, 2010a).

O presente trabalho optou por associar o atributo Acesso ao conceito de Vínculo, por compreender que ambos estão profundamente imbricados e possuem uma relação simbiótica indispensável para o bom funcionamento dos serviços da APS.

Acesso pode ser definido como o primeiro contato, a porta de entrada para uma nova demanda apresentada pelo usuário a algum ponto da rede de cuidado (BRASIL, 2010a). Existem diferentes tipos de acesso em saúde e todos são importantes para que o usuário entre na rede de serviços de saúde: acesso ao tempo, horário de disponibilidade; acesso geográfico, transporte adequado e distância até o serviço; e acesso psicossocial, que são barreiras de cultura ou linguagem que interferem na comunicação entre atores (STARFIELD, 2002).

Vínculo é a relação construída entre usuário e profissionais da saúde, seja agente comunitário, médico, gerente do distrito sanitário, até mesmo com os trabalhadores de serviços gerais de um determinado serviço. Um vínculo potente contribui decisivamente no cuidado à saúde e se inicia na porta de entrada, no acesso, devendo ter continuidade por todos os pontos da rede (STARFIELD, 2002).

O segundo atributo utilizado foi Coordenação da Atenção, que se compreende como a continuidade do atendimento entre serviços, compartilhando um plano comum para a resolução das demandas de saúde do usuário. A APS deve ser capaz de monitorar todo o trajeto percorrido pelos usuários na rede, sendo imprescindível a manutenção da comunicação entre os diversos pontos (BRASIL, 2010a).

A Longitudinalidade foi o terceiro atributo utilizado. Define-se como a continuação do cuidado, que pode percorrer longos caminhos entre diversos pontos da rede. A APS deve identificar a população adscrita e estabelecer fortes vínculos entre os atores envolvidos, a ponto de criar uma relação mutuamente responsável pela atenção ao usuário (STARFIELD, 2002).

Integralidade é o quarto atributo utilizado para análise dos resultados. Compreende-se como o esforço realizado pela rede de construir arranjos de atendimento às demandas específicas de cada usuário, incluindo encaminhamentos para outros níveis de atenção. A APS deve expor sua responsabilidade com a população adscrita, definindo ofertas de promoção, prevenção, cura e reabilitação, capazes de garantir atenção integral biopsicossocial ao processo saúde-doença (BRASIL, 2010a).

Competência Cultural é considerada por Starfield (2001) como atributo derivado. A autora define como a adaptação das equipes de saúde à realidade social vivenciada pela população adscrita, visando ao aprimoramento da relação entre profissional e usuário.

Outro atributo utilizado foi a Orientação Comunitária. Definida como a captação da realidade socioambiental e epidemiológica da população adscrita na APS, a relação estabelecida entre a rede de cuidados, especialmente o agente comunitário de saúde, e os usuários (STARFIELD, 2001).

Por último, utilizou-se o atributo de Orientação Familiar. Mais específico que a orientação comunitária, a orientação familiar pretende compreender o núcleo original dos usuários, o potencial de cuidado ou a ameaça à saúde, avaliando as necessidades individuais e coletivas para a atenção integral (BRASIL, 2010a).

6.6 Considerações Éticas

Em virtude da necessidade de realização dos grupos focais contando com o envolvimento de seres humanos, o estudo respeitou a Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa que regulamenta as Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, do Ministério da Saúde, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência.

O presente projeto faz parte da pesquisa “Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita por zika vírus”, encaminhada, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco com registro de CAAE: 54734316.5.0000.5208. Foram seguidos os parâmetros ditados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi garantida a confidencialidade dos sujeitos, em todas as etapas da pesquisa, conforme preconizado e segundo parâmetros adotados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE.

Os dados dos grupos focais foram coletados mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), que oferece ciência aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, o método utilizado, a garantia do sigilo e anonimato de sua identidade, bem como sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Artigo: Síndrome Congênita do Zika Vírus: o olhar da família e profissionais sobre o papel da atenção primária e a rede de saúde

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência internacional em virtude do aumento dos casos de microcefalia em áreas endêmicas com proliferação do *zika* vírus (ZIKV) em 2016¹. Foi no Brasil onde ocorreu a maior epidemia do ZIKV nas Américas e onde se registraram as primeiras notificações do aumento da prevalência de microcefalia associada à infecção pelo vírus. A região Nordeste concentrou mais de 30% dos casos notificados e maioria dos registros de microcefalia^{2,3}.

A associação entre infecção congênita por *zika* vírus e microcefalia emerge como uma hipótese surpreendente, pois não existiam registros anteriores de malformações associadas à infecção congênita por um *flavivírus*^{4,5}. Foram constatadas características incomuns às de crianças recém-nascidas com microcefalia provocada por outras infecções congênitas, sendo geralmente grave e caracterizada por calcificações difusas, puntiformes, predominantes na junção córtico-subcortical⁶.

O estado de Pernambuco desde o início da epidemia situou-se com o maior número de registro de crianças com Síndrome Congênita do *zika* vírus (SCZ) notificados no Brasil. Entre agosto de 2015 e outubro de 2016, notificaram-se 2.159 casos de recém-nascidos com perímetro cefálico para a malformação. Em janeiro de 2017, 409 casos foram confirmados, sendo a maioria dos registros na Região Metropolitana do Recife^{3,7}.

Pesquisadores apontam que é necessário considerar as mudanças climáticas e ambientais, a ocorrência de desmatamentos, migração populacional, ocupação não planejada

em áreas urbanas e precárias condições sanitárias como contribuintes à transmissão viral e consequente surgimento massivo de casos no nordeste brasileiro⁴⁻⁶.

Na realidade brasileira, para Lesser e Kitron⁸, doenças transmitidas por mosquitos atingem parcelas da população com condições de vida mais precárias. O ZIKV, semelhante às epidemias de febre amarela, malária e dengue, é mais um indicador da desigualdade social existente no Brasil contemporâneo, mesmo décadas após o processo de redemocratização e reforma sanitária.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como o setor primordial para o reconhecimento das subjetividades e necessidades do território, por meio de uma perspectiva interprofissional e intersetorial, capaz de construir relações acolhedoras, com compromisso, fundadas no bom vínculo e com responsabilidade entre os trabalhadores e a população⁹. As políticas de saúde, portanto, devem ser orientadas a considerar as pessoas e seus modos de viver e conviver.

A atenção primária articulada em rede, em concordância com suas diretrizes e modos de funcionar, desempenha o acesso, o acolhimento, avaliação de vulnerabilidade, vínculo terapêutico, com atenção singular, coordenação do cuidado, apoio matricial, entre outros. Representa os meios para alcançar a longitudinalidade e a integralidade, princípios e diretrizes indispensáveis ao SUS. A atenção primária é essencial para o cuidado das complexas demandas e subjetividades das crianças com a Síndrome Congênita do *zika* vírus e de seus cuidadores, uma vez que ambos necessitam de um cuidado integral com especificidades e novos prognósticos durante toda a vida¹⁰.

Os problemas de saúde que surgiram com a descoberta da SCZ provocaram a necessidade de reorganização de ações e serviços de saúde para atender a novas demandas, sobretudo mediante a organização de redes de atenção à população atingida. Por esse motivo, considerando a APS como principal porta de entrada para todos os usuários, o acesso e o

conceito de território como garantia de oferta de cuidados à população estudada, este trabalho pretende investigar a composição da rede de atenção e quais desafios as crianças com SCZ e seus cuidadores lidam no cotidiano para garantir atendimento essencial para a saúde e o seu desenvolvimento.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que procurou analisar em profundidade a relação entre a APS, a rede de saúde e o cuidado com crianças com SCZ a partir dos significados e da subjetividade dos sujeitos envolvidos no contexto estudado.

Faz parte dos resultados de um estudo que acompanha crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) entre outubro de 2015 e fevereiro de 2016, incluindo as crianças cujas mães relataram doença febril e/ou exantema no decorrer da gestação. As crianças foram acompanhadas a partir do ambulatório de puericultura, incluindo todas as crianças notificadas como suspeitas de microcefalia, onde, de 151 crianças investigadas, 21 apresentaram confirmação para SCZ.

O acompanhamento realizado pelo grupo da pesquisa, teve uma duração total de quatro anos e recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), edital 04/2016 – Estudos e Pesquisas para Políticas Públicas Estaduais Apoio Emergencial para Estudo do Vírus Zika – e Chamada Pública 10/2017 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS - Pernambuco. Ao final do acompanhamento, delimitado pelo tempo da pesquisa, foram realizados dois grupos focais: o primeiro com trabalhadores (T) da atenção primária à saúde e da atenção especializada (ambulatório de desenvolvimento infantil do HC/UFPE) e o segundo com familiares cuidadores (C) das crianças acompanhadas confirmadas com a SCZ.

A opção pelo grupo focal parte da proposta de deslocar a fala do indivíduo isolado em entrevistas, para falas simultâneas a respeito de temas precisamente determinados e previamente divulgados. O grupo focal desloca o centro da observação do indivíduo para o grupo social participante, proporcionando trocas de saberes e opiniões no ato, com aprofundamento dos temas tratados a partir de uma moderação que garanta um campo aberto às divergências, sem haver tendência a consensos ou soluções¹¹.

Os convites para participação do grupo focal foram realizados por graduandos do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco participantes do grupo da pesquisa. Utilizou-se chamadas de telefone para contatar trabalhadores da rede e familiares cuidadores das crianças confirmadas com SCZ, ao passo que foram informados os objetivos para a realização do encontro.

Os grupos focais foram realizados respectivamente em agosto e setembro de 2019 na cidade do Recife. Cada grupo foi composto por seis a dez participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam previamente todas as informações necessárias sobre a condução e participação nos grupos. As discussões foram gravadas em áudio e vídeo.

Após transcrição das falas dos participantes, realizou-se a análise de conteúdo, por meio da técnica de condensação de significados¹². A análise foi realizada a partir de quatro etapas: leitura das transcrições, identificação de unidades naturais, definição de temas centrais e, por fim, a organização das descrições dos temas, considerando o papel dos atributos da atenção primária no cuidado às crianças com SCZ, a organização da rede de saúde e os seus desafios.

Por atributos da atenção primária, compreendeu-se o conceito estabelecido por Bárbara Starfield¹³:

Acesso e Vínculo (primeiro contato com o serviço de saúde e relação estabelecida entre cuidador e usuário); Longitudinalidade (continuidade da atenção, com foco no vínculo entre usuário e profissional); Integralidade (organização da atenção para garantir cuidado integral para cada usuário); Coordenação da Atenção (continuidade do atendimento ao usuário, coordenando ações de diferentes serviços para seu cuidado global); Orientação Familiar (considerar o contexto familiar como potencial ou ameaçador à saúde); Orientação Comunitária (relação estabelecida entre profissionais e o território, reconhecendo as necessidades de saúde); Competência Cultural (adaptação das equipes às características especiais de uma população para melhoria da comunicação e relação).

O presente trabalho faz parte da pesquisa “Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita por Zika vírus”, encaminhada, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco com registro de CAAE: 54734316.5.0000.5208.

A APS E A ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM SCZ

A APS é à base de diversos sistemas universais de saúde do mundo, sendo considerada a principal porta de entrada e responsável pela integração e coordenação do cuidado, seja ele individual ou coletivo. Quando organizada a partir de seus atributos essenciais e derivados¹³ é capaz de gerar resultados positivos na saúde da população¹⁴.

Com demandas complexas que perdurarão por toda vida, as crianças com SCZ precisam de atendimentos em saúde em diferentes especialidades, mesmo que as manifestações clínicas ainda não sejam aparentes. O acompanhamento deve ser centrado na família (competência cultural, orientação familiar e comunitária) e longitudinal¹⁵ encontrando na APS, em especial na Equipe de Saúde da Família (ESF), a possibilidade de construção e fortalecimento de um vínculo que possibilitará a articulação e o acesso às ações e diversos serviços na rede de atenção.

Essa rede de saúde precisa ser organizada e articulada, de maneira que a oferta de ações ocorra preferencialmente a partir da APS¹⁶. A APS é o nível de cuidado do sistema de

saúde mais avançado no território e o mais próximo ao domicílio do usuário. Apresenta-se como porta preferencial da rede, assumindo o primeiro recurso a ser buscado, devendo assegurar um dos princípios basilares do sistema, a universalidade^{17,18}.

A maioria dos trabalhadores participantes considera a Atenção Primária à Saúde como sendo a porta de entrada e referência para o Sistema Único de Saúde. A localização territorial e a aproximação da APS com a realidade vivenciada pela população são apontadas como justificativas para que o acesso das crianças com SCZ à rede inicie prioritariamente no serviço mais territorial.

A atenção primária é o primeiro contato, que a gente tem com a criança. [...] A gente da atenção primária, que é o elo, a porta de entrada do usuário... muitas vezes eles têm o primeiro contato com a gente. (T1)

Acho que não tem como não ser a equipe de referência, a atenção básica. Porque a gente está lá, perto deles. (T2)

A coordenação do cuidado realizada pela atenção primária depende da porta de entrada com acesso oportuno e resolutivo e de sua capacidade de acolher, ofertar ações para promoção, prevenção e tratamento que sejam abrangentes¹⁹. É a APS que deve orientar a rede de saúde assegurando que as necessidades das crianças com a SCZ e familiares, aquelas conhecidas e as que ainda estão por vir, sejam atendidas.

A orientação comunitária e familiar são atributos que contribuem para o estabelecimento da relação profissional-paciente. A inserção do serviço no território garante a localização ideal para que a APS reconheça as demandas da população e para o primeiro acesso¹³.

O vínculo entre equipe e usuários é consequência, entre outros fatores, do acesso. A relação entre trabalhador e usuário deve ser construída a fim de desdobrar em um cuidado integral. Ao passo que para alguns familiares participantes do grupo focal não há dificuldade

de acesso ao serviço básico, para outros, nem todas as ações estão disponíveis, representando o comprometimento à integralidade.

[...] do posto não tenho o que reclamar não. Só a questão de marcação. Vacina sempre que eu vou tem. Às vezes não tem em outro posto e lá... E só a marcação mesmo. (C3)

No meu caso, os profissionais que trabalham até tem uma boa vontade. Porém, o que oferecem pra eles... péssimo. Lá mesmo onde eu moro, a enfermeira é excelente. A hora que eu chego lá, tratam... tá lá, me atendem... Porém, ela não tem muitos recursos pra passar pra gente, devido à administração que não é boa. (C1)

O acesso de primeiro contato é atributo fundamental para o funcionamento da APS¹³.

Um vínculo estabelecido é essencial para o reconhecimento da unidade de saúde como equipe de referência. Significa ampliar o trabalho clínico e sanitário e responsabilizar-se pela condução do caso e acompanhamento dos usuários, assim, a APS acompanharia o itinerário percorrido pelas crianças com a SCZ, afirmando sua responsabilidade e fortalecendo o vínculo com as famílias.

Apesar do reconhecimento da equipe de saúde da família ser essencial para a efetivação da longitudinalidade, segundo os trabalhadores, a população atingida pelo ZIKV considera os serviços especializados que atendem às demandas de suas crianças, como referência. Não consideram esse fenômeno em si negativo para o cuidado, mas o não compartilhamento, a ruptura ou descontinuidade do projeto terapêutico é visto como problemática, sobretudo para os que atuam no serviço mais comunitário.

Eu acredito que no momento que é detectado, por exemplo, algum tipo de atraso na atenção primária, [...] que tenha focado mais no crescimento do que no desenvolvimento, uma vez que chega no ambulatório, pode se transformar também numa referência... (T3)

A atenção primária tem um papel importantíssimo no cuidado dessas crianças e das famílias, por se tratar de um contato mais direto dentro do próprio ambiente [...] Mas, infelizmente, hoje, a gente vê que ainda a atenção primária... em relação ao apoio a essas crianças e esses familiares, ainda deixa muito a desejar. (T5)

Uma equipe de atenção primária que se apresenta enquanto referência em seu território assume a gestão dos projetos terapêuticos e a coordenação da atenção, assegurando os atributos da longitudinalidade e do cuidado integral.

Para que isso se operacionalize, os serviços da rede de saúde devem estabelecer pontes entre si, utilizando o apoio matricial e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramentas para o cuidado prioritariamente a ser desenvolvido no território, além contribuir na definição de trajetos entre os serviços que as crianças com a SCZ precisam percorrer.

A fala dos familiares soma-se a dos trabalhadores da saúde, conduzindo a hipótese de que no caso das crianças com SCZ, os serviços especializados assumiram o protagonismo do cuidado.

Neurologista! (C1)

[...] a minha [equipe de referência] é a neuro... (C2)

[...] o meu [serviço de referência] é o neuro também [...] acho que é o mais importante. (C4)

Não ser considerada equipe de referência para cuidadores das crianças com SCZ, demonstra fragilidade no papel da atenção primária no cuidado integral e na coordenação da atenção. Representa o comprometimento de sua responsabilidade, que segundo Cunha e Campos, é “intransferível pelo usuário (intransferível, porém compartilhável)”.

A equipe de referência é responsável pela coordenação dos casos, sendo indispensável para o gerenciamento das demandas. Uma responsabilidade global que lida com incertezas²⁰. Incertezas que se fazem presentes na história dessas famílias, mistérios que são resultados das consequências geradas pelo *zika* e que estarão presentes por anos²¹.

É atribuição da APS coordenar o cuidado, ampliar a clínica e as práticas sanitárias, aumentar a autonomia e a capacidade de ação das pessoas sobre suas vidas, reorganizando o processo de trabalho a fim de promover uma clínica singular e compartilhada²². Para isso é

preciso investir. Acreditar na potência da APS no acompanhamento dos cuidados no território, na gestão da clínica, como relatado pelos profissionais.

[...] é claro que tem que ter o investimento nos grandes centros, mas uma parte desse investimento, inclusive financeiro, para gestão clínica dessas pessoas [na APS]. A gente ter como gerir as crianças e toda sua família no contexto comunitário. Que aí a gente queria ter na nossa agenda, dispensar tempo para essas pessoas, ter um horário específico para poder discutir... [...] aí, a gente não tem. É o exemplo principal de todos que eu já vi na minha vida onde a gestão compartilhada do caso é fundamental. (T4)

Reconhecer o papel da atenção primária é um desafio na atual conjuntura política. No cotidiano do serviço de saúde, frente a tantas ameaças sofridas pela APS, mas também no cuidado das crianças e famílias atingidas pelo ZIKV e toda complexidade produzida pela síndrome, que demanda diferentes tipos de atenção. Um cuidado que precisa ser orquestrado em rede, com diálogo e compartilhamento do caso entre os atores envolvidos.

A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é definida como coordenadora do cuidado e ordenadora de ações para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Quando se predomina uma rede fragmentada, estruturada a partir de níveis “sobrepostos”, o encaminhamento de casos considerados mais graves para os serviços especializados faz com que o vínculo com a APS esteja ameaçado, resultando em uma clínica do cuidado frágil incapaz de assegurar a longitudinalidade²³.

Segundo os profissionais, apesar da necessidade de organização de uma rede que possibilite o atendimento das necessidades das crianças e suas famílias, ainda não se percebe um trajeto com linhas de cuidado bem definidas. Há ainda passos a serem dados e acordos a serem estabelecidos entre serviços que assegurem o ordenamento da rede de saúde a partir da APS.

[...] a gente até aprendeu a trabalhar atenção primária, mas não aprendeu a trabalhar em rede ainda. (T4)

[...] uma outra (criança) que tem microcefalia, que já faz um tempo que está na referência, esperando diagnóstico. Eu não recebi nada dela, e está “patinando” na rede, eu morro de vergonha desse caso e fico constrangida [...] (T2)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência assegura que a assistência a esta população deva ser desempenhada em rede de saúde. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCSPD), implantada em 2012, foi fundada na organização do cuidado em rede e dos serviços em linhas de cuidado, considerando as necessidades da população e os arranjos territoriais²⁴⁻²⁶.

A proposta de rede indica a necessidade de construir ou aprimorar conexões, porém, se não existirem mecanismos que valorizem o território a qual a rede é parte, como o apoio matricial, PTS, equipe de referência, clínica ampliada, os pontos podem facilmente isolar-se uns dos outros, comprometendo a longitudinalidade e a coordenação da atenção^{27,23}.

A partir do relato dos familiares, percebe-se que as crianças necessitam de diferentes especialidades para seu o desenvolvimento. Isso implica um itinerário terapêutico extenso que inclui consultas, terapias e exames em diferentes serviços da rede, comumente distantes uns dos outros e do domicílio das crianças.

Tem a neurologista. Ela tem gastroenterologista, por que ela tem refluxo, ela tem pediatra, ela tem oftalmologista porque ela tem estrabismo... Isso fora as terapias que eu levo... (C1)

Essa divisão representa uma extensa agenda de atendimentos em diferentes serviços e especialistas. Cabe a todos os pontos da rede garantir que a APS receba informações a respeito dos tipos de especialidades ou terapias frequentadas pela criança, resultados de exames e os prognósticos alcançados.

Ou seja, eu vou voltar para conseguir o encaminhamento, vai ser todo aquele martírio de novo para conseguir outro encaminhamento. Elas tentam dali de dentro mesmo algum outro profissional... (T6)

Pelo que pude vivenciar e pelo que eu pude conversar com as mães, às vezes elas como já estão dentro do serviço... [...] com esse profissional que está atendendo, elas já tentam encaminhar pra outra especialidade. (T3)

A partir da fala dos trabalhadores, percebem-se dois possíveis problemas: o serviço especializado e/ou a regulação não garante que o usuário retorne para a APS; ou, ao acessar o serviço especializado e necessitar um novo encaminhamento para outra especialidade, as famílias optam por não retornar à unidade básica. Ambos interferem na longitudinalidade e coordenação da atenção desempenhada pelo serviço territorial.

No sentido inverso, quando o encaminhamento origina-se da APS destinado a outros pontos da rede, os trabalhadores se deparam com lentidão e resistência, precisamente no sistema de regulação, conformando um obstáculo para coordenar a atenção.

Os trabalhadores também evidenciam a importância da referência e do reconhecimento dos atores e seus papéis para dinamizar o fluxo comunicacional necessário para o deslocamento do usuário na rede, sem que haja perda de referência com o serviço mais territorial.

Uma criança da zika ela faz parte de uma gestão de clínica, de um PTS. [...] Há a nossa atuação como profissional, mas a rede tem que ajudar também. Tem que ter uma inteligência de rede para dizer: para essa criança, pra esse momento, vai ter que abrir uma ‘abinha’ lá, pra abrir um outro campo que o regulador resolva o mais rápido possível. (T4)

Às vezes a gente manda, o serviço pega, e espera que o serviço retorne, mesmo que não tenha vaga. Mas na verdade eles não retornam. E aí a gente fica sem saber se a mãe está “perdida”. (T3)

Estou esperando contrarreferência *ad eternum*, por que é uma situação terrível... um dos principais pedidos meus é essa história: como a gente pode mudar a contrarreferência, porque se a gente está o tempo todo com a criança... o que a gente tem de especialista? (T2)

É preciso mudar o processo de trabalho para que as redes possam produzir saúde. Compor uma organização dos serviços que promova novas relações entre “quem acompanha

no tempo e quem intervém”²³. Uma APS responsável pelas crianças, família e território, refazendo a comunicação entre equipes, pontos da rede e com outros setores das políticas públicas.

Conceito elementar para a concretização das redes, Milton Santos define horizontalidade como o compartilhamento do território em seu cotidiano. É necessário priorizar e compreender o local onde os sujeitos habitam e valorizar suas potências, pois, em caso oposto, onde existe verticalidade há isolamento ou rompimento entre pontos da rede.

A rede que busca ampliar a democracia e qualificar o SUS precisa valorizar o território. O território não pode ser visto apenas como agente de demandas, mas sim como um espaço vivo que, nas trocas estabelecidas com a rede produz novas vivências e modifica sua própria organização²³. É preciso que a atenção primária repense seu papel no modelo de atenção ao cuidado às crianças com SCZ e familiares, para que possa acumular competências necessárias ao trabalho em rede.

OS DESAFIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A potência da rede reside na sua capacidade de articular além dos pontos de atenção. Encontra-se na possibilidade de se relacionar também com o território, com as redes de produção de renda, equipamentos sociais e associações²³. Na atenção primária coexistem sujeitos, subjetividades, vulnerabilidades, paisagens, ações e intenções. As políticas públicas devem considerar essa pluralidade e no caso das crianças e famílias acometidas pelo ZIKV, essa necessidade é urgente.

Os trabalhadores afirmam que os familiares cuidadores das crianças com SCZ não recebem atenção ou não são cuidados por serviços da rede, principalmente em relação à saúde mental. Traumas relacionados à síndrome que ainda não receberam a atenção necessária.

Como a gente vai lidar com a saúde mental dessas mães? O que é que os serviços que acompanham essas crianças com zika tem a nos oferecer em relação ao cuidado com a mãe? Quantos por cento ficam com depressão, quantos por cento começaram a usar antidepressivo, quantas tomam remédio para dormir? (T4)

De acordo com Scott et al., as cuidadoras dedicam grande parte de suas horas diárias ao cuidado e gerenciamento das crianças, o que compromete muitas de suas ocupações, inclusive o trabalho e a renda familiar.

O diagnóstico inesperado em uma gestação, complicações no parto ou após o nascimento, a necessidade de adaptar-se rapidamente a uma nova realidade, pode acarretar em sentimentos de luto, conflitos, estresse, tristeza, depressão chegando ao ponto de prejudicar o cuidado e a relação com a criança^{30,29}. Os desafios tornam-se mais complexos frente às vulnerabilidades identificadas. São famílias que trazem em suas histórias, o abandono, a solidão e a precariedade financeira.

Eles têm dificuldade de acesso. Uma das coisas que é fundamental, em geral são famílias com dificuldade de emprego, tem outros filhos também... às vezes a mãe saiu do emprego para poder cuidar da criança. O pai tem que arcar com tudo e as outras despesas. Então, essa questão do transporte para a fisioterapia, para a fonoterapia, para as terapias diversas... falta. (T2)

A defesa de um modelo para o SUS em que o usuário possa ser escutado em qualquer ponto da rede possui em seu horizonte a integralidade, equidade e longitudinalidade como conceitos chave para um sistema humanizado. Por isso a integração entre redes com outros setores das políticas públicas como a educação, o trabalho e a assistência social é imprescindível^{31,10}.

A dificuldade de estabelecimento do diálogo é um dos desafios que precisa ser superado para que a APS possa coordenar a atenção de maneira efetiva, cumprindo seu papel de ordenadora e assegurando a longitudinalidade. Liane Righi²³ traz que a rede se fortalece quando é capaz de produzir melhores encontros, encontros entre diferentes “que produz um

comum mantendo a singularidade” resultando no fortalecimento do matriciamento, o efeito da multidisciplinaridade no compartilhamento de saberes e modos de fazer.

Ela foi diagnosticada com *zika* no finalzinho da gestação, e... aliás, tive o primeiro contato com a criança, mas a criança... a gente ainda não recebeu do hospital que a mãe pariu, a gente não recebeu pra ter o seguimento na atenção especializada e no posto de saúde. (T1)

[...] alguns poucos profissionais fazem contrarreferência e isso faz muita diferença no cuidado, no atendimento da gente. (T2)

É possível perceber a partir da fala dos trabalhadores, que existe a necessidade de desobstruir canais de comunicação entre os serviços da APS e os especializados que acompanham as crianças com SCZ. Até mesmo a lógica da referência e contrarreferência não é empregada na maioria dos casos.

A RAS fora elaborada visando à superação da fragmentação ao propor novos pactos entre os serviços. Propõe-se a identificar as populações de risco ou em vulnerabilidade com a finalidade de garantir prioridade ao cuidado. A equipe de atenção primária deve compor planos que definam os fluxos assistenciais na RAS, com construção de projeto terapêutico para as crianças com SCZ, produzindo e implementando protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas que transforme a lógica de referência e contrarreferência em compartilhamento real dos casos entre os serviços^{3,26,32}.

Ferramenta essencial para a integralidade, o apoio matricial assegura formação para o manejo de casos mais complexos à equipe territorial. Ofertada por algum apoiador ou especialista, permite a interação entre os profissionais e amplia as possibilidades de cuidado³². Esse encontro revela rosto e endereço aos atores e os põem em condição de estabelecer contratos para o cuidado integral em rede.

[...] dentro do projeto que a gente tinha foi uma dificuldade muito grande de manter essa interdisciplinaridade. [...] conseguimos encaminhamentos, relatórios e laudos para outros profissionais, mas, fazer tudo integrado para criança dentro de outras especialidades era difícil à comunicação... (T3)

Eu acho que a gente precisa de matriciamento. Se não vai fazer pra todo mundo, as equipes de saúde da família que têm casos, precisam ser matriciadas periodicamente, multiprofissionalmente. [...] Se a gente tiver, numa gestão, um projeto de rede, terapêutico, exclusivo, com inteligência, mas que os profissionais que tivessem os casos, fizessem esse matriciamento regular, pra que a gente fosse acompanhando e entendendo cada fase no processo dessa criança. (T4)

O matriciamento favorece a horizontalidade das relações entre os atores da saúde, a integralidade do cuidado, a preservação da APS como equipe de referência e coordenadora da atenção. Através dessa proposta, profissionais de todos os níveis, formação e especialidades devem compartilhar saberes distintos em busca de movimentar a estrutura do sistema de saúde na direção do cuidado no território, com construção de referência e ampliação de ações em saúde, contra as verticalidades e hierarquização^{19,20}.

Os trabalhadores devem singularizar a relação entre os sujeitos, ampliar os cenários de atuação e promover uma construção coletiva e interdisciplinar. Para que aconteça, deve haver intencionalidade da gestão, investindo e oportunizando a sua prática^{20,32}.

Muitos foram os desafios apontados pelos profissionais de saúde e validados pelas famílias, que demonstram em seus discursos, a fragmentação da rede e a dificuldade para o acesso. Em outros momentos, inclusive, apontam um vazio assistencial ou uma carência de oferta que não absorve toda a complexidade dos casos e as necessidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descoberta da Síndrome Congênita do *zika* vírus trouxe necessidades complexas e inesperadas que transformaram o curso da vida e do futuro até então planejado de diversas famílias. Carregou de incertezas o viver de sujeitos frente às múltiplas deficiências e exigiu do Estado a organização de um cuidado integral, capaz de alcançar a subjetividade e complexidade dos novos modos de existir e viver dessas famílias.

Apesar das evidências apontarem para necessidade premente de uma atenção primária fortalecida e com capacidade de gestão do acesso, integrando a rede de atenção e apoio,

percebe-se a dificuldade de condução e reconhecimento do papel de equipe de referência, o que compromete o fazer e agir ampliado, no sentido individual e coletivo.

Isso significa ampliar a clínica e a saúde coletiva numa práxis integrada, fortalecendo as redes horizontais, os sujeitos e o território, as equipes e os serviços, os arranjos e dispositivos que possibilitem a construção de projetos singulares, de ações de promoção e prevenção, de organização da rede de cuidado, do agir interprofissional, da cogestão, da ampliação da autonomia e do reconhecimento e avaliação das vulnerabilidades.

Percebeu-se uma rede fragilizada, com encontros fragmentados e olhar reduzido. Assiste-se também à ausência de apoio às mães, em sua maioria, abandonadas e vulneráveis. Mulheres solitárias que percorrem diversos caminhos terapêuticos, buscando cuidados em diferentes espaços. O nascimento de seus filhos acompanhado do diagnóstico da SCZ produz um sentimento de insegurança diante do desconhecido. Foi nos lugares mais vulneráveis que SCZ fez suas maiores vítimas. Uma vulnerabilidade que se amplia frente a um Estado que se mantém distante e inerte.

O encontro a ser promovido pela rede deveria privilegiar a integralidade, a ampliação do cuidado, a articulação entre a clínica e a vigilância, a produção de redes intersetoriais e a prática compartilhada. Entretanto, observam-se encontros isolados, que não se interconectam e que reduzem o agir e ser das crianças e de suas famílias.

É fundamental que os esforços priorizem o fortalecimento do vínculo entre os nós da rede de atenção e apoio, possibilitando o acompanhamento longitudinal e a coordenação da atenção, conferindo potência ao papel da atenção primária no cuidado integral. Isso significa reconhecer a APS no território onde essas crianças habitam e sua responsabilidade, clínica e sanitária, bem como a capacidade de transformar e defender a vida das pessoas.

Os atributos essenciais e derivados para a atenção primária em saúde precisam ser considerados determinantes para a rede de serviços e a oferta de cuidados às crianças com a

SCZ e seus familiares. Percebe-se que existe a necessidade de investir ainda mais em sua realização concreta no cotidiano dos pontos da rede, pois, apenas quando tais conceitos estiverem no horizonte das políticas de saúde e das práticas de cuidado, será possível garantir pleno cuidado para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Gulland A. WHO urges countries in dengue belt to look out for Zika. BMJ [Internet]. 2016;352(January):i595. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.i595>
2. Barreto ML, Barral-Netto M, Stabeli R, Almeida-Filho N, Vasconcelos PFC, Teixeira M, et al. Zika virus and microcephaly in Brazil: A scientific agenda. Lancet. 2016;387(10022):919–21.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde - até a Semana Epidemiológica 52, 2016. 1969;48(Tabela 2):1–11. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-até-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf>
4. de Albuquerque M de FPM, de Souza WV, Araújo TVB, Braga MC, Miranda-Filho D de B, Ximenes RA de A, et al. The microcephaly epidemic and Zika virus: Building knowledge in epidemiology. Cad Saude Publica. 2018;34(10).
5. Castanha PMS, Souza W V., Braga C, Araújo TVB de, Ximenes RAA, Albuquerque M de FPM, et al. Perinatal analyses of Zika- and dengue virus-specific neutralizing antibodies: A microcephaly case-control study in an area of high dengue endemicity in Brazil. PLoS Negl Trop Dis. 2018;13(3):1–17.

6. Costa JMB da S, Reis YAC dos, Cazarin G, Bezerra LC de A, Silva IM de S. Paineis estadual de monitoramento da infecção pelo vírus zika e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde. *Saúde em Debate*. 2017;41(spe3):316–28.
7. Souza WV De, Albuquerque MDFPM De, Vazquez E, Bezerra LCA, Mendes ADCG, Lyra TM, et al. Microcephaly epidemic related to the Zika virus and living conditions in Recife, Northeast Brazil. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–
8. Lesser J, Kitron U. A geografia social do Zika no Brasil. *Estud Avancados*. 2016;30(88):167–75.
9. Fertonani HP, De Pires DEP, Biff D, Dos Scherer MDA. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(6):1869–78.
10. Santos FGT dos, Mezzavila VAM, Rêgo A da S, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saúde em Debate*. 2019;43(121):489–502.
11. Carlini-Cotrim B. Qualitative research methods in drug abuse research: Discussing the potential use of focus group in Brazil | Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saude Publica*. 1996;30(3):285–93.
12. Kavale S. An Introduction to Qualitative Research Interview. New Delhi: SAGE Publications, editor. London: Thousand Oaks; 1996.
13. Starfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson, editor. Barcelona; 2001.

14. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, de Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, et al. Monitoring and evaluation of primary health care attributes at the national level: New challenges. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(4):1401–11.
15. Santos-Pinto, CDB, De Almeida Soares-Marangoni D, Ferrari FP, Ajalla MEA, Venancio FA, Da Rosa TS, et al. Health demands and care of children with congenital Zika syndrome and their mothers in a Brazilian state. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–10.
16. de Almeida PF, dos Santos AM. Primary Health Care: Care coordinator in regionalized networks? *Rev Saude Publica*. 2016;50:1–13.
17. Reis RS, Coimbra LC, da Silva AAM, dos Santos AM, e Alves MTSS de B, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cienc e Saude Coletiva*. 2013;18(11):3321–31.
18. Pimentel A, Fernandes G, Meyer V. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza , Ceará , Brasil. 2019;72(1):24–31.
19. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM de, Fonseca HMS, Lima JG. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*. 2014;38(special):13–33.
20. Cunha GT, Campos GW de S. Matrix support and primary health care. *Saude e Soc*. 2011;20(4):961–70.
21. Williamson KE. Care in the time of zika: Notes on the ‘afterlife’ of the epidemic in salvador (Bahia), Brazil. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(66):685–96.
22. Campos GW de S, Amaral MA do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma

- do hospital. *Cien Saude Colet*. 2007;12(4):849–59.
23. Righi L. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: Brasil. cap. 4, editor. Brasília: Atenção Basica, Cadernos de Humanização. 2010; 49–74 p.
 24. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Portaria n.º 1.060 de 05 de Junho de 2002. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro; 2002.
 25. Campos MF, Souza LA de P, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência: La rede integrada de servicios de salud del Sistema Brasileño de Salud para personas con discapacidades. *Interface Commun Heal Educ*. 2015;19(52):207–10.
 26. Machado WCA, Pereira J de S, Schoeller SD, Júlio LCT, Martins MMFP da S, de Figueiredo NMA. Comprehensiveness in the care network regarding the care of the disabled person. *Texto e Context Enferm*. 2018;27(3):1–9.
 27. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização da Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
 28. Santos M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. 3rd ed. Hucitec, editor. São Paulo; 1997.
 29. Scott R. Dossiê: Zika Vírus: Uma epidemia em/e seu mundo social. Itinerários terapêuticos, cuidados e atendimento na construção de ideias sobre maternidade e infância no contexto da zika. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(66).
 30. Barbosa, MMM; Silva M. O Benefício de Prestação Continuada - BPC: desvendando suas contradições e significados. *SER Soc*. 2003;12:221–44.

31. Cecilio LC de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica. 1997;13(3):469–78.
32. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23(2):399–407.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho assumiu a pretensão de investigar o desempenho da rede de saúde no cuidado com crianças com Síndrome Congênita do *zika* vírus, a partir do discurso de familiares cuidadores e trabalhadores da rede. Compreender como está organizada a rede para entender o papel da Atenção Primária à Saúde, considerando que esta possui atributos indispensáveis para o cuidado.

A aposta no grupo focal e a valorização da fala do público participante devem ser interpretadas como meio e fim para os resultados. Meio porque através do rigor científico e da confiança na razão, nenhum outro coletivo assume posição mais segura da realidade vivenciada que os familiares cuidadores das crianças com SCZ e os trabalhadores da rede. Fim porque o resultado é a análise e a discussão realizada com a expectativa de amplificar o debate em relação ao tema.

A partir dos resultados encontrados neste estudo, torna-se perceptível a existência de desconexões na rede de saúde em relação ao cuidado longitudinal e integral. Os cuidadores apontam para uma rede que não estava pronta para acompanhar as crianças com SCZ.

As famílias cuidadoras são, em sua maioria, de populações com algum grau de vulnerabilidade e limites socioeconômicos, apresentando dificuldades no gerenciamento do cuidado das crianças com SCZ. A descoberta da malformação e os desafios que surgiram, produzem distintos níveis de adoecimento às genitoras. Além disso, o desempenho do papel de cuidadora, majoritariamente efetuado pelas mães, resulta em um comprometimento da rotina e de ocupações, podendo ser também um fator de adoecimento.

As crianças com SCZ percorrem com seus cuidadores, longas jornadas entre serviços e especialidades para a realização de consultas, exames e terapêuticas. Esse processo muitas vezes se depara com obstáculos de ordem física, social, cultural e burocrático que podem resultar no abandono ou rompimento do cuidado. Pensar o desenvolvimento dessas crianças deve necessariamente envolver outros setores das políticas públicas como a Educação no acesso a sala de aula e a Assistência Social que garanta renda digna para a vida plena.

De acordo com os profissionais, as comunidades ainda vivenciam situações de vulnerabilidade e ausência de serviços básicos como coleta de lixo regular, falta d'água, saneamento básico, deterioração de espaços públicos, ausência ou ineficiência dos transportes coletivos etc. É necessário transformar o território em um local cada vez mais saudável e seguro. Garantir educação em saúde com realização de promoção e prevenção, investir em grupos, rodas de conversa, encontros entre atores e dispositivos sociais da comunidade como

escolas e igrejas, que resulte em medidas programadas e defendidas pelos moradores para a manutenção do território.

Os trabalhadores revelam a escassez de investimentos financeiros nos serviços mais territoriais, o distanciamento entre APS e demais serviços da rede, ausência de matriciamento e utilização do PTS, além da falta de atenção ao adoecimento das cuidadoras.

Os serviços de saúde ainda necessitam perseguir a integralidade do cuidado destinado a essa população, considerando a APS como coordenadora da atenção. De acordo com os trabalhadores da rede, existem “desvios” que são capazes de romper o vínculo entre o serviço mais territorial e a população afetada pela epidemia de ZIKV. É necessário abandonar modelos que produzem o isolamento e assumir que o compartilhamento é o caminho para o trabalho em rede.

Garantir que a APS atue como coordenadora da atenção significa que a ela devem ser referidos dados a respeito do itinerário percorrido pelo paciente. Isso passa pela própria formação dos trabalhadores em saúde, mas também pela lógica remanescente da verticalidade. É necessário aproximar os serviços, criar modos compartilhados de cuidar em horizontalidade, pois, as crianças com SCZ necessitam transversalizar toda a rede.

Considerando a relevância do presente estudo, sua modesta contribuição em pôr na arena de debate a organização da rede de saúde em relação às crianças com SCZ, conclui-se que é de suma importância privilegiar a APS como setor de referência e coordenadora da atenção. Este trabalho soma-se a outras contribuições científicas que caminham na direção de um sistema de saúde plural e integral, complexo, porém eficiente, amplo, mas que olhe atentamente para o território.

Outros estudos certamente serão desenvolvidos e poderão responder hipóteses aqui levantadas, que investiguem o trabalho de gestores, políticos, comunitários, Organizações Não Governamentais (ONG) e associações em relação ao cuidado a essa população. É tarefa de toda sociedade garantir o pleno acesso às políticas públicas que resultem no desenvolvimento e inserção social das crianças com SCZ.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.F.P.M. et al. Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 10, out. 2018.
- ALMEIDA, E.R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>> Acesso em: 27 de ago. 2019.
- ALMEIDA, C.M. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? **Cad. de Saúde Pública**, v. 11, n. 4, p. 639-642, 1995.
- ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M., Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas. **Rev. de Saúde Pública**, v. 50, n. 80, 2016.
- AYRES J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D.; Freitas C. M., (org). **Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-38, 2003.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ, 2009.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface (Botucatu)**. v. 7, n. 12, p. 123-138. 2003.
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec; 2002.
- BARRETO, M.L. et al. Zika vírus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. **Lancet**, v. 387, p. 919-921, 2016.
- BIRMAN, J.A. Physis da Saúde Coletiva. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 15, p. 11-16, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.060 de 05 de Junho de 2002. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Diário Oficial da União, jun 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. **Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20\(1\)](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria%204.279%20,%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010%20(1))>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil**. Brasília, 2010b.
- _____. Ministério da Saúde. Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde: **Conferência Sérgio Arouca**. Conselho Nacional de Saúde (site). 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>>. Acesso em 29 de ago. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde (site), 2008. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf> Acesso em 29 de ago. 2019.

_____. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2011. 436 p. Disponível em: < http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a semana Epidemiológica 52, 2016**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v--rus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e Microcefalia**. (site). 2018. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/combate-ao-aedes/50399-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>> Acesso em 24 ago. 2019.

BRUNONI, D. et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3297-3302, 2016.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**. v.30, n.3, p. 285-293, 1996.

CASTANHA, M.S. et al. Perinatal analyses of Zika - and dengue vírus-specific neutralizing antibodies: A microcephaly case-control study in an area of high dengue endemicity in Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 13, n. 3, 2019.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS G. W. S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 669-688, 2009.

CAMPOS, M.F.; SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Rev Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 19, n. 52, p. 207 – 210, 2015.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 113-127, 2001.

_____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 197-210, 2003.

CORRÊA, D.S.R.C. et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2031-2041, 2019.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

COSTA, J.M.B.S. et al. Painel estadual de monitoramento da infecção pelo vírus zika e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde. **Saúde em debate**, v. 41, n. especial 3, p. 316-328, 2017.

DIDERICHSEN, F.; AUGUSTO, L.; PEREZ, B. Understanding social inequalities in Zika infection and its consequences: A model of pathways and policy entry-points. **Global Public Health**. v. 14, p. 1-9, 2018.

DONNANGELO, M.C.F. **O desenvolvimento do sistema previdenciário**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRAIBE, S.M.; SILVA, P.L.B. **Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro**. Campinas, 1990.

FAUSTO, M.C. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out. 2014.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, G.W.S. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface (Botucatu)**. v.18, suppl.1, p. 931-943, 2014.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Tradução: Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Atenção Primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

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

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GULLAND, A. Who urges countries in dengue belt to look out for Zika. **Thebmj**, v. 352, 2016.

HORTON, R. Offline: Brazil – the unexpected opportunity that Zika presents [comment]. **The Lancet**, v. 387, 2016.

JUNQUEIRA, L. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KOWARICK, L. Viver em risco – sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil. **Tempo Soc.** v. 23, n. 1, São Paulo: Editora 34; 2009.

KVALE, S. **An Introduction to Qualitative Research Interview**. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1996.

LA FORGIA, G. **Rationale and objectives**. São Paulo: World Bank, Brazilian and International Experiences in Integrated Care Networks, 2006.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, W.C.A., et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 3, 2018.

MELO, D.C.S. et al. Determinações sociais da saúde e o surto de microcefalia em Pernambuco. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 16, 2018, Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2018.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v.18, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MARTELLI, C.M.T. et al. Zika vírus infection three years after the microcephaly outbreak: A meeting report. **Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine**, v. 52, 2019.

MISOCZKY, M.C. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **Revista de Administração Pública**. v. 37, n. 2, p. 335-54, Rio de Janeiro, 2003.

MOREIRA, M.C.N.; MENDES, C.H.F.; NASCIMENTO, M. Zika, protagonismo feminino e cuidado: ensaiando zonas de contato (Dossiê Zika Vírus: uma epidemia em/e seu mundo social). **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 22, n. 66, p. 697-708, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca**. Brasília: OMS; 2008.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries: Saúde no Brasil 1**, mai. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf> Acesso em: 28 de ago. 2019.

PEGO, R.A.; ALMEIDA, C.M. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.

PEITER, C.C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019.

PINHEIRO, D.A.J.P.; LONGHI, M.R. Maternidade como missão! A trajetória militante de uma mãe de bebê com microcefalia em PE. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 03, n. 02, p. 113-133.

PLOURDE, A.R.; BLOCH E.M. A Literature Review of Zika Virus. *Emerging Infectious Diseases*, v. 22, n. 7, p. 1185-1192, 2016.

PORTO, M.F.S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. **Rev Crit Cienc Soc**. p. 31-58, 2011.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 3, p. 430-434, 2016.

REIS, R.S., et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

RIGHI, L.B. **Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica**. In: **Brasil. Ministério da Saúde**. Cadernos de Humanização. Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2010. Cap. 4. P. 49-74

RIGOTTO, R.M.; AUGUSTO, L.G.S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad. Saúde Pública**. n. 23, v. 4, p. 475-485, 2007.

ROLIM, L.B., et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 72, n. 1, p. 24-31, 2019.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Rev. Ciência Saúde Coletiva**. v.12, n.2, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Amélia; SILVEIRA, Maria Laura (Org.). **Território, globalização e fragmentação**. v.3. ed. São Paulo: Hucitec-ANPUR, p. 15-20, 1996.

SANTOS, F.G.T., et al. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. **Saúde Debate**, v. 43, n. 121, p. 489-502, jun. 2019.

SANTOS-PINTO, C.D.B., et al. Health demands and care of children with congenital Zika syndrome and their mothers in a Brazilian state. **BMC Public Health**, v. 20, n. 762, 2020.

SCOTT, R.P. et al. Dossiê: Zika Vírus: Uma epidemia em/e seu mundo social. Itinerários terapêuticos, cuidados e atendimento na construção de ideias sobre maternidade e infância no contexto da zika. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 66, Botucatu, Jul/Set. 2018.

SILVA, A.C.R.; MATOS, S.S.; QUADROS, M.T. Economia Política do Zika: Realçando relações entre Estado e cidadão. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, v. 28, n. 1, p. 223-246, 2017.

SOUZA, W.V. et al. Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016.

_____. Microcephaly epidemic related to the Zika vírus and living conditions in Recife, Northeast Brazil. **BMC PUBLIC HEALTH**, v. 18, p. 1-7, 2018.

STARFIELD, B. **Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Masson, 2001.

_____. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização da Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

TEJADA DE RIVERO, D.A. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 283-287, 2013.

Universidade Federal do Maranhão UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. **EDUFMA**, São Luís, 2016.

VARGAS, A. et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemio. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 691-700, 2016.

WILLIAMSON, K.E. Cuidado nos tempos de Zika: notas da pós-epidemia em Salvador (Bahia), Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 685-96, 2018.

WIKAN, N.; SMITH, D.R. Zika vírus: history of a newly emerging arbovirus. **Lancet Infect Dis.**, v. 16, n. 7, p. 119-126, 2016.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – ROTEIRO GRUPO FOCAL PROFISSIONAIS

ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Como você avalia o papel e desempenho da APS no cuidado às crianças com SCZV e/ou atraso no desenvolvimento em consequência do ZV?

EQUIPE/REDE

- Quem você considera que seria a equipe de referência para essas crianças?
- Por quais motivos essas crianças procuram a unidade de saúde?
- Você acompanha com frequência as crianças ou somente quando há um novo problema de saúde?
- Em caso de necessidade como faz o encaminhamento para outros serviços? Enfrenta dificuldades para que ele aconteça

DIFICULDADES

- O que sente falta no seu serviço e/ou na rede de saúde? O que você sugere

APÊNDICE B – ROTEIRO GRUPO FOCAL CUIDADORES

Cuidadores

ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Como você avalia a sua equipe de saúde da família/posto de saúde próximo de casa?
- Qual o papel que essa equipe tem no cuidado com sua criança

EQUIPE/REDE

- Qual serviço/equipe/profissional mais acompanha a sua criança?
- Por quais motivos a (o) sra (sr) procura a unidade de saúde?
- Você é acompanhada com frequência ou somente quando há um novo problema de saúde?
- Quantos serviços você leva sua criança? Quantas vezes por semana?
- Como foi o encaminhamento?

DIFICULDADES

- O que sente falta na rede de saúde?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE

CEP: 50670-420 – Tel: (81) 2126.3984 – Fax: 3453.3675



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Estudo de Coorte das crianças nascidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco: os fatores associados à Síndrome Congênita por Zika vírus.

Eu, _____

RG _____, aceito participar desse estudo, cujo objetivo é conhecer melhor as características das doenças causadas pelo vírus Zika em crianças possivelmente acometidas na gestação. A pesquisadora responsável é Bernadete Perez Coêlho, Professora da UFPE, tendo como endereço de email bernadeteperez@uol.com.br.

A pesquisa em questão consiste no acompanhamento de todas as crianças nascidas no Hospital das Clínicas entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016, realizando acompanhamento do desenvolvimento infantil até 18 meses de idade. As crianças que tiverem necessidade de maior atenção, serão vinculadas e acompanhadas nos ambulatórios do Hospital das Clínicas de acordo com suas necessidades de saúde e as crianças com desenvolvimento adequado, serão vinculadas e acompanhadas na rede de atenção primária mais próxima de casa. Todas as informações sobre o desenvolvimento da criança e sobre a qualidade da rede de saúde disponível, serão registradas pela equipe para posterior análise dos dados.

RISCOS:

De acordo com a metodologia aplicada, o estudo proposto implicará em riscos mínimos, como por exemplo: constrangimento ao responder ao questionário ou discutir em grupo focal sobre condições demográficas, socioeconômicas, da política de saúde e clínicas. Visando

evitar tal risco, o questionário e/ou grupo focal será aplicado em local reservado individualmente e/ou em grupo específico (até 15 pessoas) com contratações éticas.

BENEFÍCIOS:

Os participantes do estudo receberão atenção integral e os resultados dos exames realizados. As crianças que forem diagnosticadas com alterações significativas serão acompanhadas pelos profissionais da rede perinatal formada no HC por médicos especialistas, psicólogo e fisioterapeuta. Os responsáveis legais pelas instituições e profissionais envolvidos na pesquisa serão informados sobre todos os resultados encontrados e também sobre a condição de saúde de cada integrante, caso seja necessário realizar algum encaminhamento mais específico.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador no Departamento de Medicina Social da UFPE (Avenida da Engenharia s/n – Prédio ao lado do CCS/DMS - 1º Andar - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8550), pelo período de mínimo 5 anos. O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura da pesquisadora responsável

Bernadete Perez Coêlho

bernadeteperez@uol.com.br

81 996117613

81 21268550

Local: _____

Data: _____

Assinatura do(da) responsável/entrevistado(a): _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite do voluntário (a) em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO A - ORIENTAÇÕES E NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS À REVISTA CIÊNCIAS & SAÚDE COLETIVA

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de

determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/ MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores- chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em

tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12 Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
 Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.
 Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.