

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOSÉ LUCAS SOUZA RAMOS

**SURTO DE VÍRUS ZIKA: AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

VITÓRIA, ES

2017

JOSÉ LUCAS SOUZA RAMOS

SURTO DE VÍRUS ZIKA: AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

VITÓRIA, ES

2017

JOSÉ LUCAS SOUZA RAMOS

SURTO DE VÍRUS ZIKA: AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 29 de Junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Italla Marie Pinho Bezerra

Orientador (a)

Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Caroline Feitosa Dibai de Castro

1ª Banca Examinadora:

Profa. Msc. Caroline Feitosa Dibai de Castro

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Jaçamar Aldenora dos Santos

2ª Banca Examinadora:

Profa. Msc. Jaçamar Aldenora dos Santos

Universidade Federal do Acre

*Dedico este trabalho para as minhas avós Maria de Lourdes e Maria Ramos
(in memoriam).*

Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder esta oportunidade e ter preparado com atenção, carinho e cuidado, todos os caminhos que percorri até aqui, me protegendo e me guardando de todo mal.

A minha família, em especial minha mãe Overlândia e meu pai Cícero, por me apoiarem desde sempre, e principalmente no momento que decidi cursar um curso de graduação e longe de casa; obrigado por cada conselho, cada palavra de conforto e por saber que mesmo de tão longe tenho vocês por perto.

As minhas tias, Aderlândia e Eurilândia por serem verdadeiras mães para mim durante este processo, me apoiando seja com palavras, cuidados e vibrando com minhas vitórias.

A minha orientadora e amiga, Italla Maria que desde o primeiro dia em que a conheci me mostrou que é possível fazer a diferença na enfermagem, que acreditou nos meus sonhos, que não desiste de mim e que me moldou e quebrou todas as possíveis barreiras existentes no paradigma professor-aluno, hoje a tenho como uma irmã, amiga, mãe e professora.

A todos os professores que passaram pela minha vida estudantil, em especial Joana Esmeraldo, Cíntia Garcia, Thiáskara Ramile, Marylde Lucena e Camila Macêdo, obrigado por todos os ensinamentos, por mostrarem que a simplicidade, a honestidade e o bem vencem qualquer barreira e que te fazem alcançar os seus sonhos.

Aos professores da EMESCAM, em especial Francine Grativa, Sara Maestri e Caroline Dibai, que me acolheram como um filho e que demonstram um carinho gigantesco por mim, me aconselhando, orientando e dividindo o bonito papel de amizade.

Aos meus amigos e alunos de iniciação científica da EMESCAM, Ismar, Larissa, Sheila e Ana Caroline pela ajuda primordial na coleta de dados da pesquisa, além da amizade que temos construído em todos estes processos. Sem vocês eu não teria conseguido concluir este trabalho.

As minhas melhores amigas de infância e da vida toda, Yasmin, Jasminy, Arianne e Amanda que mesmo de tão longe, param as suas vidas corridas para me aconselhar, ouvir, rir, trocar experiências e me passar forças para continuar, me mostrando que para a amizade, não existe distâncias ou barreiras.

As amigas de graduação no Juazeiro, Andreza, Josiane, Ysadora que passaram 3 anos e meio convivendo diariamente comigo, me dando forças, me fazendo rir, chorar e ter a certeza de que nunca estaremos desconectados um do outro.

As amigas, Valéria, Élide, Sandra, Ana Cristina, Karina e Letícia, que me acolheram no Espírito Santo fazendo com que eu me sentisse em casa e protegido, mesmo estando a 2.000 km de distância da minha família, me confortaram e me fazem sentir seguro.

As minhas outras amigas Capixabas, não menos importantes, Maria Júlia, Natália, Jamilly, Anne Kelly, Gleice Kelly, Ana Paula, Christiane, Suevelyn e Gabriela que cuidam de mim de uma maneira inexplicável e que de uma forma sutil e sorradeira hoje ocupam um tremendo de um espaço no meu coração. Os diversos momentos que já vivemos em tão pouco tempo foram essenciais para me manter nesta caminhada.

Aos meus colegas de apartamento, Ana Caroline e Miguel, obrigado por me acolherem em um momento delicado e me inserirem na família de vocês. Hoje tenho a certeza de que tenho uma família capixaba.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para que este sonho da graduação fosse possível e que passaram pelo meu caminho somando e ajudando a tornar-me quem sou hoje.

RESUMO

Introdução: Ultimamente, muito tem se falado no surto decorrente do Vírus Zika, que gerou um estado de preocupação em saúde pública, onde as esferas governamentais tiveram que tomar medidas para a resolução e controle desta endemia, principalmente, pela sua possível associação com a microcefalia e complicações neurológicas como a síndrome de *Guillain-Barré*. Nesse sentido, tendo em vista que o Enfermeiro está diretamente ligado ao cuidado com o paciente, entende-se que estudos que venham a entender suas ações, bem como descrever a realidade atual do Brasil pós surto, é primordial para tomarem-se decisões imediatas de saúde.

Objetivo: Analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros para o controle e prevenção do vírus zika na atenção primária do município de Vitória, ES.

Método: Estudo exploratório de abordagem qualitativa realizado no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil, tendo como cenário as Unidades de Estratégia Saúde da Família. Participaram 22 enfermeiros membros de cada equipe e que estavam atuando na unidade há no mínimo seis meses. Foi considerado o processo de saturação de falas para finalização da coleta de dados, que foi realizada através da aplicação de entrevistas semiestruturadas, realizadas conforme a disponibilidade do profissional. A análise dos resultados deu-se mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. O projeto de pesquisa deste estudo recebeu parecer aprovador pela Escola Técnica de Saúde de Vitória e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer de nº 2.058.297 em 11 de Maio de 2017.

Resultados: Os enfermeiros entrevistados das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Vitória percebem as ações de combate ao vírus zika de forma fragmentada direcionada ao público materno-infantil, devido à associação com a microcefalia, realizando ações preventivistas e sanitaristas. Porém, estes percebem que a educação em saúde é a principal estratégia para reorientação destas práticas aliada a uma mudança habitual da cultura da população além do apoio das esferas governamentais e da mídia. **Considerações finais:** Observa-se que as ações realizadas na Estratégia Saúde da Família ainda possuem um caráter curativista, mas que necessitam serem melhor investigadas para assim sanar os problemas que circundam a assistência enfrentada pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Vírus Zika. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Lately, much has been said about the outbreak of the Zika Virus, which has generated a state of public health concern, where government spheres have had to take measures to resolve and control this endemic disease, mainly due to its possible association with microcephaly And neurological complications such as Guillain-Barré syndrome. In this sense, considering that the nurse is directly related to patient care, it is understood that studies that come to understand their actions, as well as describe the current reality of post-outbreak Brazil, is paramount for making immediate decisions of Cheers. **Objective:** To analyze the health practices developed by nurses for the control and prevention of zika virus in the primary care of the city of Vitória, ES. **Method:** An exploratory qualitative study conducted in the city of Vitória, Espírito Santo, Brazil, with the Family Health Strategy Units as a scenario. Twenty-two nurses who were members of each team participated and who had been in the unit for at least six months. It was considered the saturation of speech process to finalize the data collection, which was performed through the application of semi-structured interviews, performed according to the availability of the professional. The analysis of the results was done using the technique of content analysis proposed by Bardin. The research project of this study was approved by the Technical School of Health of Vitória and by the Committee of Ethics in Research with Human Beings under opinion No. 2,058,297 on May 11, 2017. **Results:** The nurses interviewed from the Health Strategy teams Of the Family of the municipality of Vitoria perceive actions to combat the zika virus in a fragmented way directed to the maternal and child public, due to the association with microcephaly, carrying out preventive and sanitary actions. However, they perceive that health education is the main strategy for reorienting these practices coupled with a habitual change of population culture in addition to the support of government spheres and the media. **Final considerations:** It is observed that the actions carried out in the Family Health Strategy still have a curative character, but that they need to be better investigated in order to remedy the problems that surround the assistance faced by the nurses.

Keywords: Zika virus. Nursing. Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS

ACE – Agente Comunitário de Endemias;

ACS – Agente Comunitário de Saúde;

APS – Atenção Primária em Saúde;

COREQ – Critérios consolidados para entrevistas em pesquisa qualitativa;

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS – Escola Técnica do SUS;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

MS – Ministério da Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

ZIKV – Vírus Zika.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da pré-análise de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2017	24
Figura 2. Fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados segundo Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2017	25
Figura 3. Percepções dos enfermeiros frente ao cuidado contra o zika vírus. Vitória, ES, Brasil, 2017.....	36
Figura 4. Protocolos e fluxo de atendimento realizados pelos Enfermeiros. Vitória, ES, Brasil, 2017	41
Figura 5. Práticas desenvolvidas para prevenção e controle do ZIKV na ESF. Vitória, ES, Brasil, 2017.....	46
Figura 6. A formação do profissional dos participantes do estudo para atuação nos casos de ZIKV x formação proposta. Vitória, ES, Brasil, 2017.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2017	25
Quadro 2: Descrição das categorias e das evidências do estudo. Vitória, ES, Brasil 2017	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. MÉTODO	20
3.1 Tipo de estudo.....	20
3.2 COREQ – Critérios consolidados para relatar uma pesquisa qualitativa.....	20
3.3 Local do estudo	21
3.4 Participantes do estudo	21
3.5 Coleta dos dados	22
3.6 Processamento e análise dos dados.....	23
3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	26
4. RESULTADOS	28
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	28
4.2 Categorias e evidências do estudo	28
5 DISCUSSÃO	30
5.1 Cuidados contra o vírus zika x controle do aedes aegypti: percepção dos enfermeiros	30
5.2 Fluxo e protocolos preconizados no atendimento aos casos de zika	36
5.3 Medidas de prevenção e controle na atenção primária: prática e percepção de estratégias.....	41
5.4 Preparação dos profissionais	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51
ANEXO A – Instrumento de coleta de dados – entrevista semi-estruturada	60

ANEXO B – Declaração da Escola Técnica do SUS de Vitória para envio do projeto de pesquisa ao comitê de ética em pesquisa.....	61
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.....	62
ANEXO D – Carta de autorização da Escola Técnica do SUS de Vitória para realização da coleta de dados	65
ANEXO E – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	66

1 INTRODUÇÃO

Com a globalização e as alterações climáticas que estão acontecendo no mundo, torna-se mais rápida a proliferação de doenças causadas por vetores. No Brasil, nos últimos anos, a proliferação do *Aedes aegypti* vem ocasionando um aumento de doenças, a exemplo do vírus Zika (ZIKV) revelando o enorme desafio da vigilância epidemiológica em reconhecer precocemente as novas áreas com transmissão para minimizar o impacto dessa doenças na população.

Entre 1 de Janeiro de 2007 e 25 de fevereiro de 2016, um total de 52 países e territórios relataram transmissão autóctone (local) do ZIKV, incluindo aqueles em que o surto já terminou. A distribuição geográfica do vírus Zika alargou firmemente desde que o vírus foi detectado pela primeira vez nas Américas em 2015 (OMS, 2016)

Para o fim de 2014, o Brasil detectou um conjunto de casos de erupção cutânea febril na Região Nordeste do país. O diagnóstico da infecção pelo ZIKV foi confirmada (teste de RT-PCR para RNA2 viral) em maio de 2015. O Ministério da Saúde estima que havia 1.3 milhões de casos de infecção pelo ZIKV em 2015 (OMS,2016)

O vírus *Zika* é um flavivírus (família *Flaviviridae*) transmitido por *Aedes aegypti* e que foi originalmente isolado de uma fêmea de macaco *Rhesus* febril na Floresta Zika, localizada próximo de Entebbe na Uganda, em 20 de abril de 1947. Tem causado doença febril, acompanhada por discreta ocorrência de outros sintomas gerais, tais como cefaleia, exantema, mal estar, edema e dores articulares, por vezes intensas (VASCONCELOS, 2016)

Contudo, apesar da aparente benignidade da doença, mais recentemente no Brasil e em outros países, quadros mais severos, incluindo comprometimento do sistema nervoso central, destacando a síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa e meningite, estão sendo associados ao Zika e têm sido comumente identificados e registrados, o que revela como esta doença ainda é pouco conhecida (VASCONCELOS, 2016; PERILLO; AMORIM, 2016).

No Brasil, a circulação da doença causada pelo *vírus* foi rapidamente confirmada pelo uso de métodos moleculares e, posteriormente, no Rio Grande do Norte, Alagoas, Maranhão, Pará e Rio de Janeiro, mostrando uma capacidade de dispersão

impressionante, somente vista no Chikungunya nos últimos dois anos nas Américas (PERILLO; AMORIM, 2016).

É indiscutível que a “crise do Aedes” está associada ao que se nomeia “problemas estruturais” como falta de saneamento, coleta inadequada de lixo, urbanização desordenada, baixa renda, entre outros. Todos esses elementos são causas cujas soluções exigem ações de longo prazo, muito dinheiro e muita articulação política; contudo, a epidemia precisa ser controlada no curtíssimo prazo (PERILLO; AMORIM, 2016).

O *Aedes aegypti* é altamente adaptado às dinâmicas sociais e ao ambiente das cidades. O desenvolvimento do mosquito necessita de espaços com água parada e limpa, apesar de também já terem sido encontrados ovos do vetor em água suja, o que demonstra sua grande capacidade adaptativa a condições adversas (TAUIL, 2002; ANDRADE, 2009).

O padrão de urbanização brasileiro e latino-americano baseia-se na distribuição desigual do acesso aos recursos e serviços urbanos entre os grupos sociais que ocupam os diferentes espaços intraurbanos. Cita-se, a título de ilustração, o abastecimento irregular de água, assim como a coleta de lixo que, quando existe, é quase sempre acompanhada pela destinação inadequada – como lixões a céu aberto em vez de aterros sanitários. Em geral os grupos populacionais com acesso restrito à infraestrutura urbana são aqueles em piores condições socioeconômicas e residentes em áreas de ocupação, espaços produzidos por um processo de urbanização acelerado, incompleto e desigual (COSTA E MONTE-MOR, 2002; MARICATO, 2003; BUENO, 2008; ROLNIK, 2009).

Essas condições ambientais urbanas favoráveis ao vetor são também potencializadas pela gestão inadequada dos ambientes domésticos por parte da própria população, que não atribui a atenção necessária à água acumulada em vasos de plantas, baldes e calhas. Conjuntamente, (des)organização urbana e comportamento humano são fatores-chave para compreender a manutenção e expansão do vetor do ZIKV nas cidades da América Latina como um todo e no Brasil em particular (SATTERTHWAIT, 1993; CASTRO, 2012; OMS, 2012).

No estado do Espírito Santo, as divergências nos municípios em relação as condições socioeconômicas implicam em desigualdades refletindo no comportamento da distribuição das doenças. Assim, conforme levantamento realizado pela Secretaria de Saúde do estado, foram notificados 3.952 casos em 2015 e até julho de 2016, 2.728 casos, sendo o município de Vitória o de maior número de casos (1.068 casos em 2016) (ESPIRITO SANTO, 2016).

Nesse enfoque, o enfrentamento dos problemas de saúde frente ao grande número de casos de ZIKV necessita da ação intersetorial e transdisciplinar, ou seja, os serviços precisam de comunicação eficaz entre si e de adequação de informações para selecionar seus conteúdos e objetivos. O envolvimento do território, nessa questão, permite potencializar as ações de saúde, sob a forma de práticas multiprofissionais, em contextos que requerem a intersetorialidade e o acompanhamento permanente, situações que se aplicam à problemática em questão.

Devido à sobreposição dos sintomas nas diferentes arboviroses, o diagnóstico específico de ZIKV em regiões tropicais representa um desafio. Ademais, em períodos de chuvas, outras doenças também devem ser consideradas, como a leptospirose. Para a equipe de saúde, mostra-se necessário treinamento específico e maior vigilância de sinais e sintomas indicativos de evolução atípica ou grave da infecção. Deve-se disponibilizar uma educação continuada sobre o tema, haja vista a maioria dos pacientes serem conduzidos clinicamente, por médicos generalistas lotados em unidades de pronto-atendimento (LUZ; SANTOS; VIVEIRA, 2015).

A julgar pela proliferação do mosquito ser diretamente proporcional às condições sanitárias existentes, e a dengue, o chikungunya e ZIKV compartilharem o mesmo vetor, nesse sentido, o Estado deve programar medidas efetivas para o controle da doença, com especial enfoque na educação da população. Outrossim, o complexo contexto epidemiológico da cocirculação desses três vírus deve ser considerado em futuras pesquisas (LUZ; SANTOS; VIVEIRA, 2015).

Nesse sentido, é importante destacar que a atenção primária é o serviço de saúde que mais está ligado com a comunidade, e assim pode realizar junto a vigilância sanitária, medidas de controle e prevenção através de orientações ou demais atividades que possam ser elencadas por cada equipe.

Nesse contexto, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um modelo transformador no sentido da reorientação das práticas de saúde, pois os profissionais membros de equipes da ESF devem responsabilizar-se pela saúde da população territorializada, e assim ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida através da promoção da saúde. Nisto reside um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde (FREITAS; MANDU, 2010).

O processo de trabalho que almeja a promoção da saúde associa-se às necessidades de saúde dos usuários, bem como a sua qualidade de vida. Neste contexto, é importantes que os profissionais não se alheiem aos pressupostos do modelo da ESF, reorientando a sua prática não apenas nas mudanças advindas desta para reorganização de serviços e práticas, mas principalmente para as alterações no processo de trabalho dos profissionais (BEZERRA et al., 2015).

A ESF torna-se um dos principais modelos para aplicação de ações promotoras de saúde para doenças endêmicas como o vírus zika, devido a sua proximidade com a população. Proximidade esta, estabelecida através do vínculo que é mantido inicialmente pelo agente comunitário de saúde (ACS) e que se mantém através do enfermeiro, que é o profissional referência para organização deste fluxo e manutenção das práticas de promoção da saúde (BEZERRA et al., 2015).

Assim, destaca-se o trabalho dos enfermeiros nas equipes de Estratégia Saúde da Família, pois estes profissionais devem apresentar algumas habilidades que promovam a gestão eficiente, bem como acolhimento adequado e as práticas promotoras de saúde frente aos casos de vírus zika observados, enfatizando a multicasualidade do processo saúde/doença tendo como finalidade planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas com o público alvo, assim como ações de promoção a saúde, articulação de saberes técnicos e populares e mobilização de recursos direcionados a comunidade que solidifiquem essas ações (FONTES et al., 2011).

Reforça-se esta teoria, trazendo a enfermagem como uma profissão presente no meio das ciências da saúde, que possui como principal característica e especialidade, o cuidado ao ser humano, independentemente de suas condições, físicas, econômicas,

sociais, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e reabilitação, atuando através de equipe multidisciplinar (DAVID, 2014).

Ainda, entende-se que o profissional de enfermagem, ao estar diretamente ligado ao paciente, na assistência diária na atenção primária, é aquele que pode agir com ações imediatas junto a sua equipe, por isso a importância de estudar o que estes profissionais estão realizando frente a problemática do vírus zika a nível de atenção básica.

Frente a isto, questiona-se: como os profissionais de enfermagem estão realizando as ações de prevenção e controle ao vírus zika nas equipes de Estratégia Saúde da Família?

A relevância deste estudo centra-se na emergente epidemia apresentada pelo *aedes aegypti*, em especial relacionado ao vírus zika que recentemente estudos tem apresentado novas formas de transmissão e seu alastramento em todo o mundo. Assim, analisar a atuação dos profissionais de saúde frente a esta problemática é de fundamental importância para reorientação de práticas, justificando então a realização desta pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros para o controle e prevenção do vírus zika na atenção primária do município de Vitória, ES.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever a percepção dos enfermeiros acerca das ações e cuidados contra o vírus zika e o *aedes aegypti*;

Identificar o fluxo de atendimento aos casos suspeitos e/ou confirmados com ZIKV;

Descrever as práticas de prevenção e controle desenvolvidas pelos enfermeiros.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório de abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo, expõe descrições exatas do problema e exemplifica as relações existentes entre os elementos que a compõem (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

Para Andrade (2009, p. 114) na pesquisa descritiva: “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles”.

Os estudos exploratórios utilizam descrições tanto qualitativas como quantitativas do alvo a ser estudado, permitindo que para a coleta de dados sejam utilizados diversos métodos tais como, observação, entrevistas, questionários. (LAKATOS; MARCONI, 2010).

O estudo qualitativo permite uma aproximação da realidade das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, enfatizando o que está sendo feito nas áreas de maiores riscos, assim como fragilidades apontadas; esses achados poderão servir para melhor tomada de decisão em saúde.

A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2010), surge diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Ainda segundo a autora, essa abordagem trabalha com o universo de significados motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 COREQ – Critérios consolidados para relatar uma pesquisa qualitativa

O presente estudo foi realizado de acordo com o COREQ, este, que é um protocolo internacional para pesquisas qualitativas baseado em uma lista de 32 itens para entrevistas e grupos focais.

Assim, a escolha deste processo determinou-se para adequação internacional do procedimento de coleta de dados utilizado no estudo, onde a pesquisa respeitou todos os itens propostos e assim os descreveu de acordo com as orientações propostas em cada seção do método (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

3.3 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Vitória, ES, que segundo o IBGE (2013): A sua população é de 351.875 habitantes, sendo a capital do estado. Tendo como cenário as unidades de Estratégia Saúde da Família do referido município.

O município possui um total de 29 unidades de saúde da família, sendo 23 Estratégias Saúde da Família, perfazendo um total de 79 equipes.

Respeitando os critérios de inclusão do estudo, realizou-se a análise das Unidades quanto ao tempo de serviço dos enfermeiros, todas tiveram profissionais contratados a mais de seis meses, perfazendo um total de 23 unidades que fariam parte do estudo.

3.4 Participantes do estudo

Participaram deste estudo os enfermeiros que compõem equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Vitória, tendo em vista que estes profissionais atuam no contato de acolhimento direto com a população.

Ainda foi considerado no estudo o processo de saturação de falas para se chegar ao final da coleta de dados. Considera-se que o processo de saturação de falas consiste quando o pesquisador, após analisar as informações coletadas com um certo número de participantes, percebe que novas entrevistas passam a apresentar repetições de conteúdo, trazendo acréscimos pouco significativos para a pesquisa em vista de seus objetivos (TURATO, 2005).

Assim, constatou-se a saturação quando as falas dos sujeitos focaram a **Percepção** frente ao cuidado contra o *aedes aegypti* e o vírus zika em três aspectos: *apoio no período gestacional, ações sanitárias e responsabilização da população*. No que se refere a **Protocolos e fluxos de atendimento** a saturação foi observada quando os

depoimentos revelaram um planejamento das práticas focadas em três aspectos: *Seguimento de protocolos de microcefalia, fluxo de atendimento voltado pro médico e pré-natal.*

Em relação as **Medidas de prevenção e controle**, observou-se a saturação quando os depoimentos ilustraram aspectos como: *Orientações ao agente comunitário de saúde, serviços especializados e mídia.* Em relação à **Preparação**, a saturação foi observada quando os depoimentos centraram-se em: *Treinamentos rápidos e capacitações de fluxo de atendimento.*

Sendo assim, foram entrevistados 22 enfermeiros componto o número final de participantes do estudo.

3.5 Coleta dos dados

Para coleta de dados, foi aplicada entrevista semiestruturada para investigação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde da atenção primária para o controle e prevenção do vírus Zika (Anexo A).

A entrevista direcionada aos enfermeiros, abordou aspectos referentes à percepção que esses têm em relação as práticas de saúde voltadas para o controle e prevenção do vírus Zika; formação para atuação prática nos casos; práticas de prevenção e controle realizadas; dificuldades de controle; e estratégias de mudança.

As entrevistas semiestruturadas valorizam a presença do pesquisador e oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. As entrevistas partem de certos questionamentos que não nascem a priori, mas de informações que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar. Nesse sentido, o informante tem a liberdade para seguir a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador (TRIVINOS, 2009).

Para aplicação da entrevista junto aos enfermeiros, contatos prévios foram realizados e/ou visitas para agendamento. As entrevistas aconteceram antes das consultas de enfermagem no início do turno; depois das consultas ou em horários reservados para

reunião de equipe. Estas foram gravadas, duraram em média 15 minutos cada e, posteriormente, foram transcritas.

As entrevistas foram realizadas pelo autor do trabalho de conclusão de curso, no momento como bacharelado do curso de Enfermagem, este, que recebeu treinamento prévio com a professora Dra orientadora da pesquisa acerca do processo de coleta de dados em entrevistas semiestruturadas.

Salienta-se que não houve relacionamento pessoal entre pesquisador e participantes antes da realização das entrevistas, onde estes conheceram apenas a sua ocupação enquanto acadêmico e suas linhas de atuação no período de graduação.

3.6 Processamento e análise dos dados

A organização aconteceu mediante a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), seguindo uma organização dos dados por fases, procurando, a partir daí, conhecer aquilo que está por trás das palavras.

Bardin (2009) propõe três etapas para melhor direcionar a análise, a conhecer:

- 1) Pré-análise: fase de organização propriamente dita. Nela escolhem-se os documentos que serão submetidos à análise, há a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final. Neste estudo, esta fase deu-se a partir dos depoimentos dos enfermeiros e usuários, iniciando com a transcrição e posterior interpretação dos mesmos.
- 2) Exploração do material: esta fase consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Constitui a identificação das unidades de registro, unidades de contexto e temas que surgem a partir das leituras. Nesta etapa, foram identificadas as unidades temáticas e as unidades de registro deste estudo. No estudo isto aconteceu orientado pelas categorias analíticas advindas do referencial teórico adotado.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase os resultados brutos são tratados de forma que ao final possuam um significado. Nela, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Na pesquisa, este momento se deu com a análise do material coletado tomando como referência o próprio referencial teórico adotado, políticas de saúde e a literatura.

Assim, seguindo os passos acima, a partir da leitura flutuante, os documentos foram organizados para constituição do **corpus** da pesquisa que foi constituído por 22 entrevistas realizadas. Após a construção do *corpus*, foram operacionalizadas as codificações, sendo identificadas as **unidades de registros** e, posteriormente, as **unidades de contexto**. Estas foram encontradas nas falas, por meio de palavras, que agruparam-se segundo suas semelhanças e significados identificados.

Assim, após identificação dessas unidades, o material foi organizado segundo as categorias empíricas, que foram provenientes da busca das evidências expressas nas falas dos participantes do estudo, conforme demonstrado na figura 1 referente ao fluxograma de pré-análise.

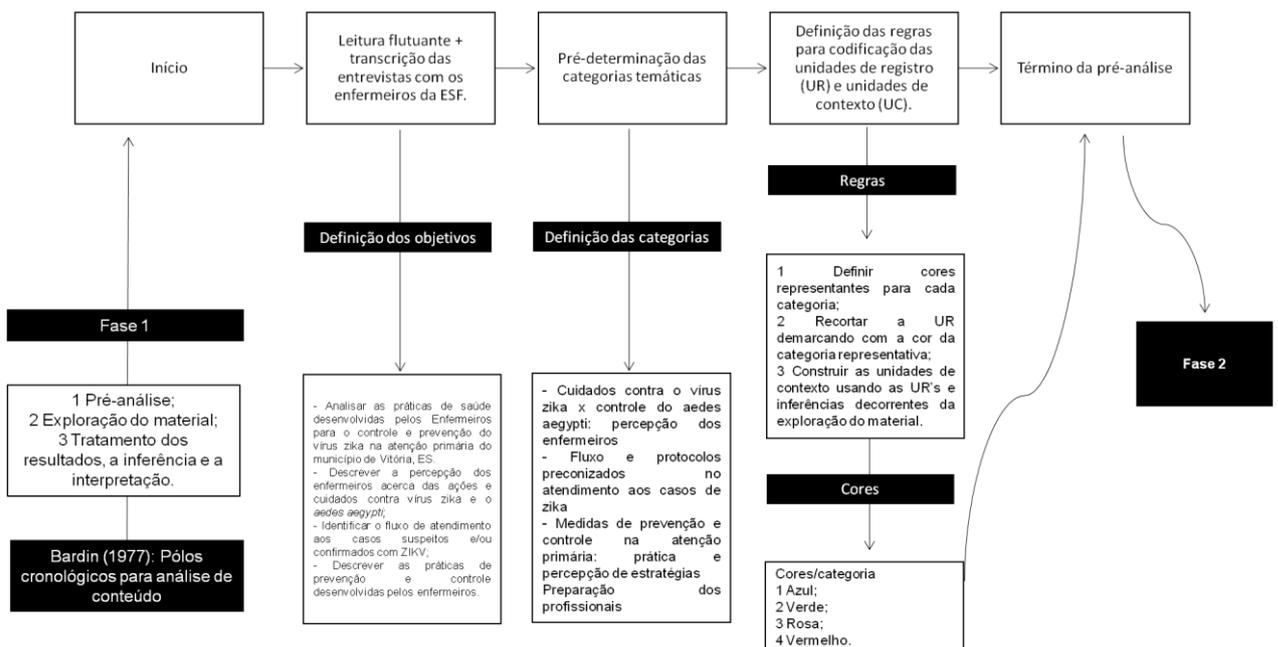


Figura 1. Fluxograma da pré-análise de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2017.

Posteriormente a esta etapa, seguem-se os demais passos da análise de Bardin, que são exemplificadas na figura 2.

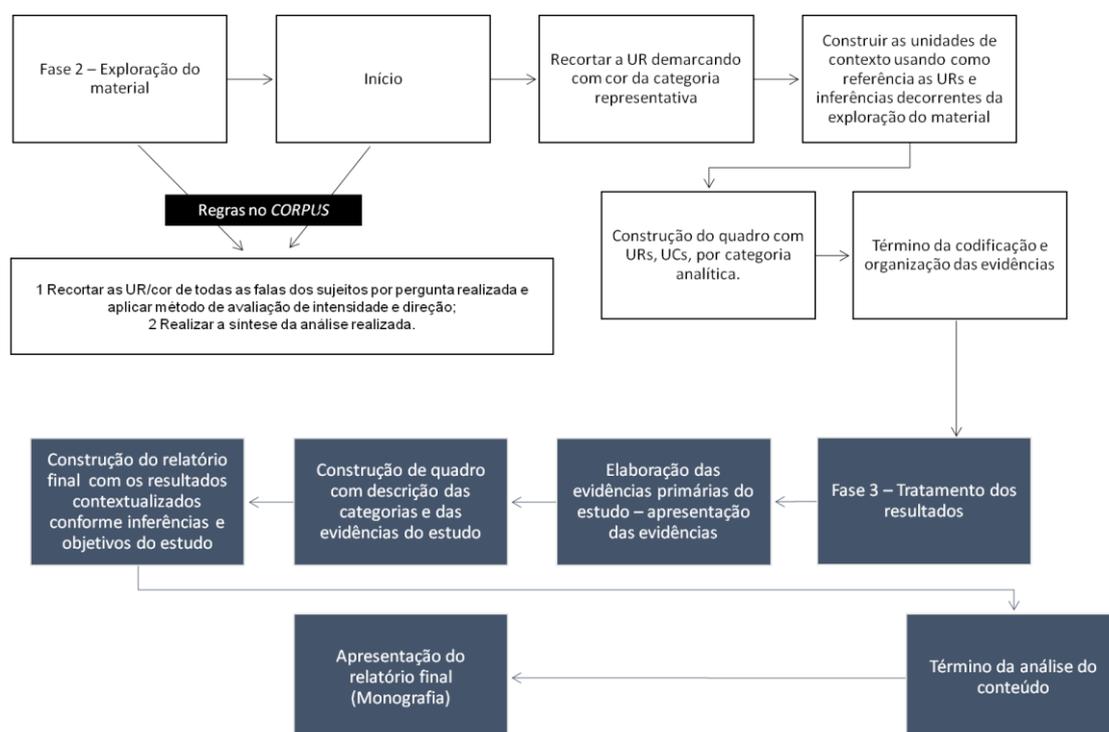


Figura 2. Fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados segundo Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2017.

Seguindo os fluxogramas descritos, abaixo seguem as unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas desenvolvidas no estudo.

Quadro 1: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Vitória, ES, Brasil, 2017.

Unidades de registro	Unidades de contexto	Categorias analíticas
Gestantes; Orientações; Repelentes; Mosquito; Acúmulo de lixo; População; Educação;	As ações contra o vírus zika são realizadas para gestantes através da orientação, repelentes e observação de acúmulo de lixo. Percebendo a	Cuidados contra o vírus zika x controle do aedes aegypti:

Consciência; Hábitos; Saneamento.	visão de controle em uma perspectiva voltada para a população e seus hábitos sanitários.	percepção dos enfermeiros
Sistema de informação; Manuais; Protocolos; Avaliação Inicial; Médico; Acolhimento; Exames; Pré-natal.	O fluxo de atendimento é baseado em protocolos e manuais, através da avaliação inicial e do atendimento médico, após o acolhimento e controle do pré-natal.	Fluxo e protocolos preconizados no atendimento aos casos de zika
Gestantes; Agentes de saúde; Agente de endemias; Educação em Saúde; Mudar a cultura; Médico; Mídia.	Atividades de prevenção realizadas com gestantes e educação em saúde por agentes comunitários de saúde e de endemias, realizando mudança de cultura, tendo a mídia como apoiadora.	Medidas de prevenção e controle na atenção primária: prática e percepção de estratégias
Busca pessoal; treinamento rápido; reuniões de equipe; explicações; referência técnica.	Preparação através de busca pessoal e treinamento rápido, em reuniões de equipe e apoio de referência técnica.	Preparação dos profissionais

3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

No respeito ao princípio da autonomia, inicialmente foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde do Município para realização da pesquisa, através da Escola Técnica do SUS (ETSUS) (Anexo B).

Posteriormente, o projeto desta investigação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte, recebendo o parecer

aprovador sob o número 2.058.297 em 11 de Maio de 2017 (Anexo C), cumprindo as exigências formais dispostas nas Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; 2016), observando-se os quatro referenciais básicos da Bioética - autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça - contidos na mencionada Resolução.

Em seguida o parecer do CEP foi enviado ao ETSUS a coleta de dados deu-se após a emissão da carta de autorização da pesquisa (Anexo D), iniciando assim cada contato com os enfermeiros, sendo explicados todos os esclarecimentos necessários acerca da entrevista. Explicou-se quanto à desistência em participar da pesquisa quando assim o quiser, conforme prevê o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E).

Para atender ao princípio da não-maleficência, a entrevista foi construída com perguntas claras e, quando houve dúvida por parte dos participantes do estudo a respeito destas, procurou-se esclarecê-las, no entanto, tendo o cuidado de não induzir.

O princípio da justiça foi contemplado na garantia do anonimato dos informantes, pois esses não estão identificados na pesquisa. Estabelece-se para os enfermeiros identificações: Enf1, Enf2, Enf3, Enf4...Enf31. Assim, suas identidades foram resguardadas.

Procurou-se, no curso de toda a pesquisa atentar-se as normas previstas e estabelecidas pelas resoluções nº466/12 e nº510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Fizeram parte deste estudo 22 enfermeiros responsáveis por equipes de Estratégia Saúde da Família. A maior parte era composta do sexo feminino (77%) e 23% do sexo masculino, com faixa etária de: até 30 anos (5%), 31 a 60 anos (90%) e acima de 61 anos (5%). O tempo de experiência profissional de: até 10 anos (32%), 11 a 20 anos (50%) e acima de 21 anos (18%); experiência relacionada a tempo de atuação na atenção primária: de até 10 anos (32%), 11 a 20 anos (59%) e acima de 21 anos (9%).

4.2 Categorias e evidências do estudo

Tomando como referência as categorias do estudo, buscaram-se as evidências expressas nas falas e nos registros dos momentos de observação.

O quadro a seguir apresenta as **Categorias e Evidências** que orientaram o processo de organização desta fase do estudo, de acordo com os fluxogramas de exploração do material e tratamento dos resultados propostos por Bardin.

Quadro 2: Descrição das categorias e das evidências do estudo. Vitória, ES, Brasil, 2017.

CATEGORIAS DO ESTUDO	EVIDÊNCIAS
Cuidados contra o vírus zika x controle do aedes aegypti: percepção dos enfermeiros	Os enfermeiros percebem as ações contra o vírus através de uma visão fragmentada , onde estas são direcionadas especialmente para gestantes, através da orientação para uso de repelentes e acompanhamento pré-natal. Ainda, acreditam que a prevenção volta-se especificamente para ações sanitaristas em relação ao combate do mosquito. A visão de controle do vetor é transferida a comunidade, indicando um distanciamento

	dos pressupostos do atual modelo de saúde, como a corresponsabilização e conscientização .
Fluxo e protocolos preconizados no atendimento aos casos de zika	O fluxo de atendimento organizado pela enfermagem é baseado exclusivamente em protocolos disponíveis nos sistemas de informação , baseados nos manuais municipais, estaduais e federais. Assim, o paciente é encaminhado ao profissional médico através de uma avaliação inicial focando na solicitação de exames e monitoramento em gestantes através do pré-natal.
Medidas de prevenção e controle na atenção primária: prática e percepção de estratégias	As atividades de prevenção e controle são baseadas em orientações centradas nos agentes comunitários de saúde através de visitas domiciliares e no apoio do agente de endemias vindo da vigilância em saúde . O enfermeiro baseia-se no cuidado pontual com orientações no pré-natal acerca do uso de repelentes e no cuidado ao acúmulo de lixo. Porém, estes percebem que a ferramenta de mudança é a educação em saúde trabalhando assim para a mudança de cultura com apoio da mídia.
Preparação dos profissionais	A formação dos enfermeiros acontece de forma continuada, contudo através de treinamentos rápidos, o que pode implicar em um processo de formação pontual , focado apenas no controle da doença e não em ações promotoras da saúde.

5 DISCUSSÃO

5.1 Cuidados contra o vírus zika x controle do aedes aegypti: percepção dos enfermeiros

Na ótica da atenção primária, ações desenvolvidas contra alguma situação/problema específico deste ambiente são baseados em relações entre as equipes de saúde e usuários, com a finalidade de promover o aprendizado mútuo que sofre influência das construções sociais voltadas para crenças, valores e percepções de mundo. Estes por sua vez influenciam na tomada de decisão do profissional, tendo em vista que o agir empírico deve ser modelado no processo de formação, porém, não substituído (ALVES; AERTS, 2011).

De um modo geral onde os profissionais são os principais pensadores em um serviço de saúde pública que requer a gestão de recursos humanos, bem como a tomada de decisão para estratégias que venham a solucionar as problemáticas, entende-se que a percepção é fundamental para alicerçar este processo. Assim, tem-se a atenção primária como um campo transformador em suas práticas assistenciais, que requer visões fundamentadas acerca de processos estratégicos, tendo em vista que esta utiliza a promoção da saúde como sua principal vertente, resolvendo problemáticas através da prática preventiva, empoderando a população e assim sendo um serviço resolutivo e efetivo (GIOVANELLA et al., 2009).

Promover saúde está associado a um conjunto de fatores que consolidados formam uma assistência humanizada e holística, como: saúde, qualidade de vida, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, parcerias, participação, vínculo, assim como estratégias de políticas públicas efetivas, ação comunitária, capacidades, habilidades pessoais e reorientação de práticas do serviço público de saúde, como o processo de responsabilização por ambos os sujeitos em casos de problemas ou soluções (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

O Ministério da Saúde brasileiro define promoção da saúde como um conjunto de estratégias de produção de saúde que respondem as necessidades sociais do sistema público de saúde, sendo associada a um pensamento diferenciado acerca da articulação as políticas desenvolvidas neste contexto (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, torna-se consenso que as doenças infecto parasitárias como o vírus zika devem ser abordadas constantemente nas Estratégias Saúde da Família sob um caráter preventivo e promotor da saúde, para que assim evitem-se possíveis surtos e, na existência de casos haja um controle eficaz, além de uma comunidade ativa e protagonista no processo de cuidar.

Assim, identificou-se unidades de registro que evidenciam uma **visão fragmentada** dos enfermeiros acerca dos cuidados contra o vírus zika, acreditando-se que o atendimento deva ser voltado especificamente para gestantes devido a associação entre o zika e a microcefalia, conforme demonstra a fala da Enf01 *“eu entendo como orientações para gestantes, e para todos os pacientes, mas principalmente para as gestantes”*.

Este resultado além de estar contra os preceitos formados pela promoção da saúde no contexto da atenção primária, restringe a percepção dos enfermeiros quanto a assistência voltada para ações pontuais em uma das possíveis consequências do vírus. Isto, baseia-se em estudos que trazem uma relação do zika aos problemas de classe neurológica, destacando-se não somente a microcefalia, mas também a síndrome de Guillain-Barré (ARAUJO; FERREIRA; NASCIMENTO, 2016).

Porém, esta consequência vem ganhando força na literatura científica, como em estudo realizado na Europa, ao analisar o surto de ZIKV na Polinésia Francesa associou-o principalmente a eventos neurológicos, sendo 38 da Síndrome de Guillain-Barré e 25 de complicações neurológicas diversas, como encefalite, meningoencefalite, parestesias, paralisia fácil e mielite, acometendo públicos diversos e de faixas etárias diferentes (BRASIL, 2016; CAO-LORMEAU et al., 2016).

No estudo de Hamel et al., (2015) identificou-se que os alvos celulares do ZIKV são semelhantes aos do vírus da dengue, podendo entender que os efeitos hepáticos, cardiológicos e musculoesqueléticos deste também poderiam ser consequências do zika, abrangendo mais ainda as diversas consequências e formas em que este vírus pode atuar na população.

Sendo assim, reforça-se que a visão fragmentada distancia-se da análise biopsicossocial presente no ser humano, reduzindo este a um organismo biológico ou ação específica. Estudos, trazem esta como uma consequência do racionalismo da

era moderna, que necessitam de ações rápidas e pontuais que são originadas através da proliferação do conhecimento que se dissemina dividida em áreas isoladas do conhecimento, processo este denominado “disciplinaridade” (LOOSE; SANTOS; MARTINEZ, 2013; PEREIRA; POLL, 2017).

Reforça-se, porém, que o cuidado na atenção primária deve-se opor ao fragmento, sendo interdisciplinar, integrado e holístico, pois assim, não se permite dividir a saúde física, mental e social, entendendo a interface existente na grande diversidade de disciplinas. A partir do momento em que o processo pontual individualizado torna-se um precedente em uma esfera coletiva, esta diversidade tende a aumentar a sua complexidade (CAPRA, 1988; NUNES, 1995; MORIN, 2000).

Ainda em desencontro com os pressupostos do modelo de saúde atual, o da Estratégia Saúde da Família, os participantes entendem que os cuidados devem ser voltados diretamente ao tratamento da doença e controle do vetor, revelando-se assim uma **visão sanitária, campanhista e higienista** restrito a ações específicas, como especifica a fala do Enf12 *“eu entendo que é tratar o paciente que está doente para que a doença não se alastre e orientar os pacientes a diminuir os focos dos mosquitos nas suas residências”*.

Nota-se então que as ações campanhistas higienistas são importantes, porém, se associadas a promoção da saúde e realizadas em casos que não se há a possibilidade de controle. Porém, torna-se fragilizada se não for associada a um processo permanente associado a reorientação de práticas entre profissionais e população, pois no Brasil, as ações são desempenhadas fogem deste princípio, pois são aplicadas somente em períodos em que há o crescimento do vetor ou número crescente de casos da doença (LENZI; COURA, 2004; RANGEL, 2008).

O resultado corrobora com o estudo de Oliveira et al., (2016) onde ao analisar as ações e percepções de enfermeiros frente ao surto do dengue, notou-se uma visão campanhista/higienista realizada de forma pontual e programada de acordo com o seguimento ministerial. Ainda, notou-se que estas ações são verticalizadas, sem a existência de um diálogo com a população, e que assim há uma necessidade de realizar alterações neste modelo de cuidado, tendo em vista que a sua ação não tem

demonstrado eficácia nos processos, onde as endemias relacionadas ao *aedes aegypti* estão em constante crescimento.

Por sua vez, é importante diferenciar o sanitarismo da visão campanhista higienista. O modelo sanitarista foi empenhado por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas entre 1889 e 1930, que tratava da busca pelo acesso igualitário a saúde pública e das condições de saúde precárias existentes no período, principalmente nas regiões interioranas brasileiras, e pautava-se inicialmente nas condições de saneamento vivenciadas pela população e que aumentava a proliferação de doenças (PONTE; LIMA; KROPP, 2010).

Porém, esta realidade transforma-se com o processo de globalização, surgimento de tecnologias e do aumento da informação, necessitando que sejam levantadas estratégias que circundem o processo ambiental, mas que fomentem a saúde coletiva, através de ações preventivas e de educação em saúde em sua relação junto com a comunidade (FORTES; RIBEIRO, 2014).

Sena e Cesar-Vaz (2010) destacaram em seus resultados que os enfermeiros ainda não estão preparados para atuarem frente aos casos sanitários-ambientais por fragmentarem as ações, excluindo os processos de educação em saúde, além de não se responsabilizarem pelos resultados negativos inerentes as práticas de sua assistência.

Nesta perspectiva, ao analisar estas percepções através de um pensamento curativista, pontual, fragmentado e campanhista higienista, notou-se que ao indagar a visão dos enfermeiros frente a dificuldade de controle do ZIKV, observou-se que estes além de manterem a visão sanitária ambiental curativista, culpabilizam a população como responsável pelo controle do vetor e da proliferação da endemia, inexistindo o processo de **corresponsabilização**.

Isto é perceptível na maior parte dos depoimentos, como no dos Enf13 “*a população peca demais*” e Enf08 “*as pessoas acham que não vai acontecer né, então não cuidam direito*”, pautada no nível educacional da população: “*falta de educação da população em geral*” Enf05 e propondo uma mudança de hábitos destes “*a gente precisa mudar hábitos da população*” Enf04.

Esta visão foi observada no estudo de Reis et al., (2013) ao evidenciar que os enfermeiros de saúde da família responsabilizam o outro frente aos casos de dengue, atividades de prevenção e generalização de comportamentos centrando nos negativos, evidenciando apenas os comportamentos inadequados.

O ato de corresponsabilizar-se por algo é expressado na divisão de responsabilidades frente a consequência de um processo realizado. Na saúde, este termo aplica-se com maior frequência devido à complexidade de amplitude dos serviços de saúde, que requerem da participação e contribuição das esferas governamentais, recursos humanos e população, formando uma tríade que deve estar junta aos preceitos propostos pela promoção da saúde (MARCONDES, 2013).

Contudo, aplicado aos depoimentos analisados, ainda é possível inferir que o processo de corresponsabilização encontra-se intrínseco no conceito de alteridade, o qual a pessoa está em uma sociedade que requer constantes movimentos e relações subjetivas, tomando o outro como uma referência ética e moral, imprimindo-se vital na área da saúde devido a transformação contínua que deve existir nos profissionais atuantes (SADALA, 1999; SOARES; CZERESNIA, 2011; REIS et al., 2013).

A alteridade pode ser associada diretamente com a humanização do ser humano em relação a socialização com o outro, devido ao profissional de saúde voltar-se para o seu campo do saber com conhecimentos específicos baseados em suas vivências com o próximo para assim proporcionar um ambiente justo e igual no cuidado a saúde, partindo da equidade (ALMEIDA; JUNIOR, 2010). Nesse sentido, alia-se a corresponsabilização dos atos, para assim, entender que ações de promoção a saúde devem ser realizadas em conjunto e que deva haver uma reorientação de práticas dentro do serviço e da gestão para posteriormente promover uma mudança de hábitos na população.

O movimento por reformas dos sistemas de saúde reforçada em 1990 vem trabalhando para implementar a corresponsabilização das partes visando resolver as demandas sociais de uma forma rápida e eficaz (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; MENICUCCI, 2014). Assim, é comprovado que quando se há compromisso com a ESF, em que há participação política efetiva, integração assistencial e mudança de visões acerca da posição do gestor como corresponsável pela saúde dos usuários,

tem-se efeitos significativos baseados na resolutividade, integralidade e equidade (GIOVANELLA, 2006).

Nesse sentido, confirma-se que através da assistência corresponsável pautada na alteridade, assume-se a importância do cuidar, construindo e fortificando o vínculo serviço-comunidade, garante efetividade do controle social de políticas públicas e assegura uma gestão participante e responsável com o cuidar do outro (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Todavia, a construção do autocuidado pautada na autonomia poderia sofrer um processo de mudança a depender da reorientação do profissional de saúde, pois na maior parte, estes colocam os usuários e comunidades como objetivos receptores, obedecendo regras e prescrições sem promover empoderamento. Assim, a identificação de falhas no processo, planejamento de ações e análise dos riscos deve ser realizada em conjunto, para alcançar a promoção da saúde de forma preventiva (AYRES, 2004; SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009). Afirma-se assim que esta reflexão mostra que a autonomia, o acolhimento, o autocuidado e a cidadania promovem a corresponsabilização e a reorientação das práticas de cuidado a saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Considerando, pois, as reflexões sobre a percepção dos enfermeiros acerca das ações de cuidado contra o vírus zika, a figura 3 abaixo ilustra suas percepções, revelando que na prática ainda se percebem ações pontuais e responsabilização do outro pela dificuldade de controle mostrando que tais práticas necessitam ser reorientadas através da corresponsabilização e da visão integrada.

Ações baseadas em um modelo curativista e disciplinar

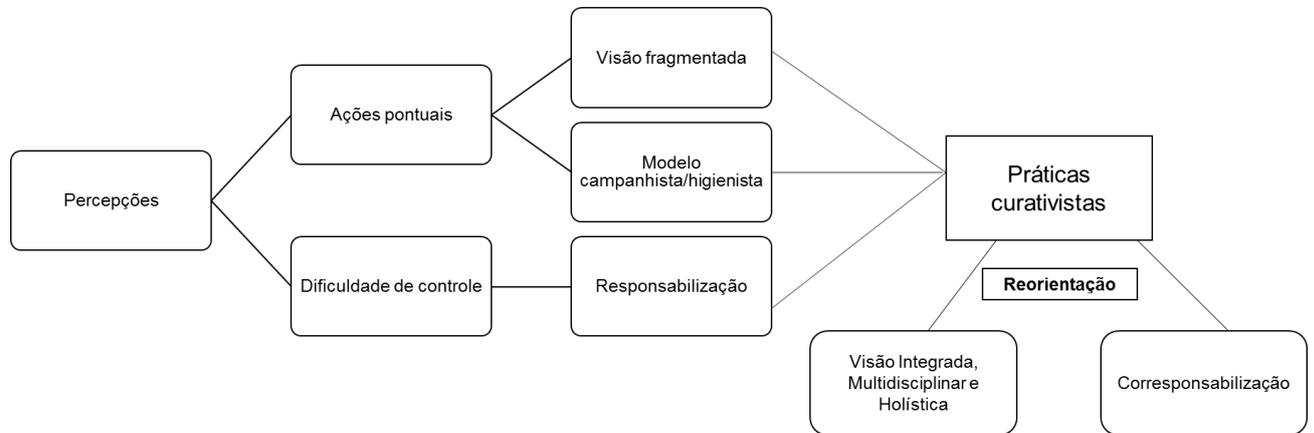


Figura 3. Percepções dos enfermeiros frente ao cuidado contra o zika vírus. Vitória, ES, Brasil, 2017.

5.2 Fluxo e protocolos preconizados no atendimento aos casos de zika

Através da descentralização, os municípios tem construído uma maior autonomia para a realização de suas práticas no sistema único de saúde, e assim sendo considerado um dos maiores avanços alcançados pelo SUS. Para que os indicadores sejam alcançados e que haja a construção de um sistema organizado baseado em um processo estruturado de gestão, a utilização de protocolos e políticas tem sido uma maneira de efetivar os preceitos estabelecidos pelo sistema, independentemente do tipo de atenção em que estes são empregados (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Porém, em muitos municípios a discussão sobre a aplicação dos protocolos não acontece e quando acontece não é direcionada corretamente aos profissionais dos serviços de saúde. Assim, tem-se duas situações: uma em que os gestores não se posicionam diante dos processos e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde brasileiro, e assim não transmitem e capacitam os seus profissionais para estarem seguindo tais recomendações em sua assistência; e outra em que os gestores atendem a responsabilidade de treinar os profissionais de saúde acerca dos protocolos, porém apenas comunicam ou repassam superficialmente, podendo assim

gerar uma acomodação dos profissionais resultando em um trabalho rotineiro e alvo de estresses (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Assim, entende-se que os protocolos não se aplicam na maior parte dos casos devido a falta de problematização dos processos de trabalho, existindo poucas reflexões entre estes, pois a ESF em muitos casos acaba tornando-se um serviço de atendimentos pontuais refletindo na desatenção de gestores e profissionais quanto a utilização de protocolos no dia-a-dia do trabalho. Por sua vez, este processo torna-se preocupante, pois acidentalmente, cria-se uma postura em que esta ferramenta não é importante para o trabalho diário da ESF (PINHEIRO; MATTOS, 2008; VIEGAS; PENNA, 2015).

É importante ressaltar que os protocolos servem como base para seguimento de processos e de práticas que devem ser aplicadas em determinadas situações enfrentadas no serviço de atenção primária. Porém, estas devem ser permeadas constantemente pela promoção da saúde e baseadas nas políticas públicas de humanização e acolhimento, para que assim o cuidado pré-estabelecido nestas diretrizes não se torne mecânico e que assim seja aplicado de forma individualizada e construído junto a realidade do cliente (WERNECK; FARIAS; CAMPOS, 2009).

Conforme afirma Stein (2005) a construção de protocolos em serviços de saúde são importantes desde que sejam avaliadas de acordo com a integração dos serviços e melhor utilização dos recursos disponíveis, sejam humanos, biológicos ou físicos; todavia, realiza-se uma aproximação com a comunidade a fim de alcançar os mais baixos custos de recursos, bem como baixos efeitos adversos e riscos sobre os indivíduos e comunidades.

Nesse sentido, envolve-se o cuidado, a atenção a saúde e a assistência frente a utilização dos protocolos, pois estes em conjunto concretizam relação entre usuários e profissionais através do respeito e da escuta subjetiva dos sujeitos adquirida através do vínculo que o profissional exerce; pois assim o processo de escuta acontece em um sentido mais amplo, específico e dentro de um contexto sociocultural que não pode ser afastado (PINHEIRO; MATOS, 2008).

Nesse contexto, relacionado ao ***fluxo e protocolos preconizados no atendimento aos casos de zika***, os pensamentos expostos acima podem ser encontrados nos

depoimentos dos participantes, tanto em um **seguimento rigoroso dos protocolos**, como exemplificado pelo Enf07 “*A gente aplica na íntegra, pois é um resguardo para o nosso atendimento*”, como um seguimento pessoal **sem capacitação prévia** Enf12 “*...mandam o protocolo pela rede bem estar e o profissional que lê... vai lendo e vai tirando o que precisa.*” assim como uma **aplicação direcionada apenas para gestantes** Enf08 “*o exame que diagnostica o vírus zika só pode ser pedido para gestante*” Enf12, onde mostra-se um foco em exames, porém direcionado apenas a este público.

É compreensível que o atendimento preventivo frente ao ZIKV nas gestantes tenha sido realizado de uma forma insistente, inicialmente devido ao grande surto de casos associado a microcefalia, o que gerou uma preocupação eminente nas esferas governamentais, onde foram realizados séries de estudos, encontrando associação existente entre o vírus zika e a microcefalia (EICKMANN et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde após análise das evidências confirmou a existência dessa relação, e que até o momento em que não se houverem certezas do que causa tal relação, as práticas preventivas devem ser intensificadas e aplicadas ao público (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

Porém, com os avanços dos estudos e com a confirmações de casos neurológicos associados, como citado acima, o quadro de consequências e complicações associadas ao vírus zika passou a ser mais amplo, e as políticas públicas atualizaram-se de acordo com os novos descobrimentos. Assim, o governo federal Brasileiro alterou o inicial “Plano Nacional de Enfrentamento á Microcefalia” para “Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes aegypti e às suas consequências”, onde o eixo da articulação/mobilização/gestão destacou-se, ampliando a participação social (BRASIL, 2017).

Assim, as atuais políticas voltadas para a atenção primária recomendam uma ação sentinela para o atendimento ao paciente independentemente da sua faixa etária e de se sua situação momentânea, devendo existir fluxos preventivos, bem como nos casos suspeitos o encaminhamento para serviços de referência e assim manter um controle posterior característico do monitoramento realizado na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2016).

Para casos neurológicos o fluxo de atendimento após a suspeita através dos sinais e sintomas deve ser o acolhimento, tratamento dos sintomas iniciais, análise do histórico do paciente, análise social e sanitária, consulta médica, suspeita diagnóstica, unidade hospitalar de referência em neurologia e monitoramento cliente, família e área circunvizinha. Para isso, a ESF deve ter boas articulações com a vigilância epidemiológica, possuindo estrutura física e humana para atuar no contexto psicossocial e na solicitação de exames e manutenção de amostrar (BRASIL, 2016).

Pacientes que apresentaram quadros de manifestação neurológica de origem indeterminada e infecção viral de até 60 dias antes deste, são considerados casos suspeitos, assim entendendo que manifestação neurológica são quadros de: encefalite, meningoencefalite, mielite, paralisias flácidas agudas, ADEM (encefalomielite disseminada aguda) e/ou Síndrome de Guillain-Barré (BRASIL, 2016).

Contudo, é possível observar que este fluxo **não é seguido pelos enfermeiros** entrevistados: *“se precisar ele vai pra consulta médica, o médico pede retorno outro dia e a gente vai controlando esse fluxo pelo acolhimento”* Enf06; *“enfermeiro já marca a consulta com o pediatra na unidade, o mais rápido possível não tardando uma semana”* Enf16. Notando ainda, uma **assistência centrada diretamente no papel do médico**: *“qualquer suspeita que tem ele vai direto pro médico”* Enf02, *“se necessitar, precisar de atestado médico, ai chama o médico”* Enf05. Ainda, foi possível identificar que os enfermeiros não se sentem aptos a estarem atuando frente a estes casos, conforme depoimento do Enf08 *“não temos tanta experiência em atender, igual a dengue, não temos muita prática”*.

A assistência centrada no modelo biomédico, tendo o profissional médico como o centro do cuidado na ESF vem sendo utilizada desde a implementação do programa saúde da família. Isso se deve a cultura hospitalar presente na população e a necessidade sanitária de inserir a sociedade no sistema único de saúde, realizando ações pontuais e estratificadas (PIRES et al, 2016).

Essa assistência também é analisada através da concepção de saúde dos usuários da ESF, como no estudo de Fertoni e Pires (2011), onde após análise das

percepções de ações de saúde, foi possível identificar que as práticas assistenciais desempenhadas, são focadas nas doenças, na medicalização e na consulta médica.

O modelo médico hegemônico não tem conseguido controlar e resolver as particularidades dos processos produtivos em saúde, tendo em vista principalmente o contexto em que a atual população está inserida, necessitando de um apoio multiprofissional, além de introduzir ideias de reestruturação produtivas, onde se traz a aplicação de tecnologias e não equipamentos para a ESF. Ainda, reforça-se a utilização de tecnologias leves e tecnologias leves-duras (MORAIS et al., 2011).

Assim, o médico estará envolvido em todo o processo como uma peça fundamental, porém, estará atuando na prevenção e no controle de forma que este venha a realizar o seu trabalho em consonância com a equipe multiprofissional, reduzindo os casos e promovendo a cidadania entre os usuários.

Para isso, é necessário compreender que as tecnologias leves são ações baseadas em tecnologias de relações humanas, necessitando de comunicação, acolhimento, vínculos e autonomização. Esse trabalho revela-se como a busca por estratégias que visem a produção de bens e produtos que não necessariamente necessitem ser palpáveis, mas também simbólicos. Porém, quando estas relações são estruturadas associadas ao saber técnico, ainda não necessitando ser instrumentos, elas são consideradas tecnologias leve-duras (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Frente a isso, a enfermagem como responsável pela aplicação destas tecnologias, pois o enfermeiro reconhece-se pela capacidade e habilidade de compreender o ser humano em seus aspectos biopsicossociais, realizando a assistência à saúde de forma integral, acolhendo e identificando as necessidades de clientes e suas famílias. Dessa maneira, estes profissionais por estarem frente a gestão da ESF conseguem promover a associação entre os usuários, equipe e comunidade, sendo o mediador da cuidado multiprofissional e interdisciplinar. Assim, a prática profissional da enfermagem intervem no cuidado em saúde contemplando os saberes empíricos e teóricos da comunidade (BACKES et al., 2012).

Colocando o enfermeiro como mediador deste processo entende-se que há uma maior facilidade de práticas eficazes pois desafoga a centralização no cuidado médico e educa a população a empoderar-se de suas problemáticas de saúde.

A figura 4 demonstra como o seguimento dos protocolos baseado apenas no combate a microcefalia deixa o fluxo incompleto centrado na figura central do médico.

Protocolos fragmentados e fluxo de atendimento centrado no médico

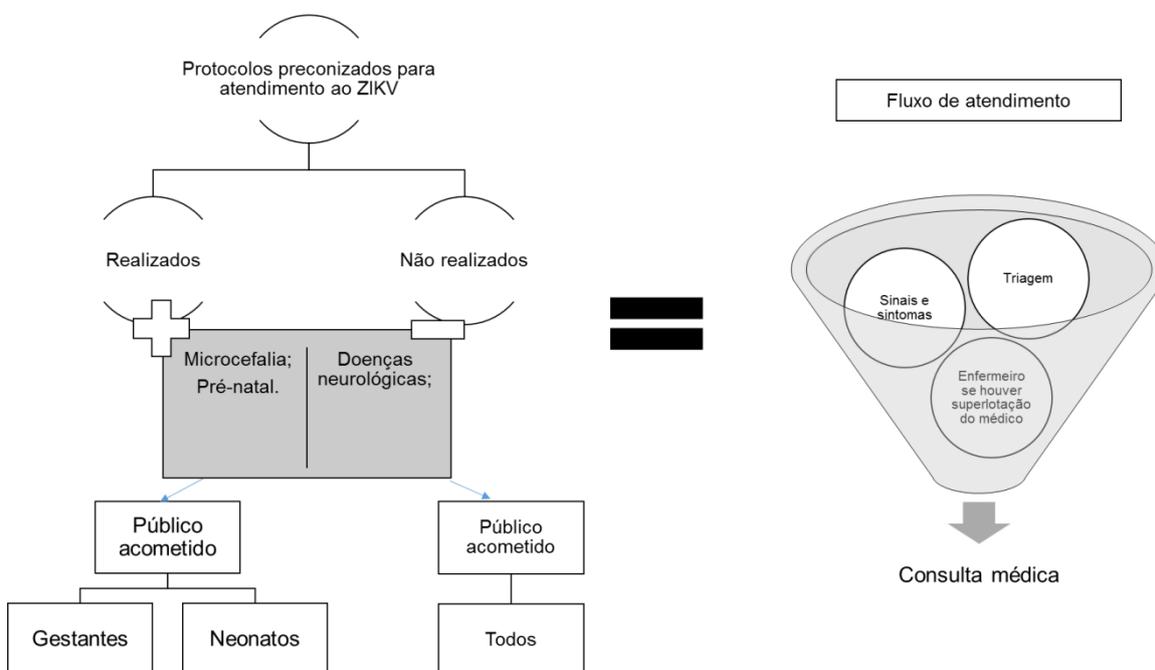


Figura 4. Protocolos e fluxo de atendimento realizados pelos Enfermeiros. Vitória, ES, Brasil, 2017.

5.3 Medidas de prevenção e controle na atenção primária: prática e percepção de estratégias

Como citado anteriormente, a Estratégia Saúde da Família deve implementar ações de promoção da saúde voltado a qualidade de vida da população, associado a ações de prevenção e controle de agravos.

Para que as atividades de promoção sejam efetivas deve-se inicialmente distribuir as ações dos setores que são envolvidos com a atenção primária, ou seja, tornar todos os profissionais que atuam no serviço, multiplicadores de informações e conscientizadores no processo de empoderamento e cidadania da população (MALTA et al., 2014).

Tratando-se de vigilância em saúde, especialmente em casos que envolvem o *aedes aegypti*, os modelos de saúde reestruturados para serem analisados de forma integral e dicotomizada, consideraram os determinantes sociais, riscos ambientais, epidemiológicos, sanitários e as consequências em termos do quadro clínico das doenças como primordiais para fomentar uma ação preventiva ideal (CAMPOS, 2003).

Assim, a integralidade do cuidado estaria mais direcionada aos profissionais; os determinantes sociais de saúde, que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nos problemas de saúde, englobam a responsabilização total; os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários que necessitam de um apoio maior advindo do poder público e o quadro clínico das doenças que é analisado a partir dos casos ocorridos e no campo científico em geral (PELLEGRINI FILHO, 2014; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

Nessa vertente, o quadro clínico do zika, tem se demonstrado dinâmico e indeterminado, principalmente em sua transmissão, que atualmente, conversa-se através de transmissão através do vetor, transmissão intrauterina resultante de infecção congênita, transmissão intraparto da mãe virêmica para o recém-nascido, transmissão sexual, transfusão de sangue e exposição laboratorial (OSTER, 2016; VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016; DECKARD, 2016). Assim, a prática preventiva envolve-se em eixos que transcendem o cuidado pontual no controle do vetor, refletindo-se então que as ações de prevenção e controle devem ser baseadas em um ***processo socioambiental e reprodutivo-sexual***.

Os processos preventivos socioambientais podem ser abordados nas ações sanitárias definidas de acordo com a realidade social em que a população atendida encontra-se, porém, devem estar aliada as práticas de educação em saúde, o envolvimento dos profissionais e o planejamento endêmico adequado. Já os processos reprodutivos-sexuais baseiam-se com maior peso na educação em saúde para todos os públicos, porém atualmente a ESF aplica-as diretamente em práticas de planejamento familiar, consultas, grupos educativos e centra-se este papel de forma errônea no adolescente (CARNEIRO et al., 2015).

Os enfermeiros deste estudo acreditam que ***existem estratégias utilizadas atualmente que necessitam de melhorias para prevenção e controle***, e que estas

devem basear-se na educação em saúde mudando hábitos e culturas da população, “Educação em saúde, eu sinto muita falta de materias destas em escolas” Enf01, “A gente continuar tentando educar essa comunidade” Enf17; além de um melhor controle sanitaria do poder público, “não tem outra justificativa é controlar o mosquito” Enf09; e incentivo do apoio da mídia “A mídia precisa se preocupar mais, falando mais vezes, mesmo que não tenha casos pra apresentar” Enf08.

Ao analisar a atenção primária em saúde, especificamente abordando a ESF como um campo de formação, articulação e formação da interdisciplinaridade e intersectorialidade, sua visão é primordial para auxiliar as equipes em seu processo, e assim subentende-se que neste trabalho a saúde e a educação devem estar intimidade conectadas (FERREIRA et al., 2014).

Relacionado a práticas sociais, saúde e educação devem caminhar em conjunto e serem indissociáveis, pois estimulam a reorientação diária de práticas baseadas nos cuidados individuais de cada um (FALKENBERG et al., 2014).

A educação em saúde, por sua vez, está destacada diretamente dentro das atribuições dos profissionais integrantes das equipes de saúde, porém, esta ressalta-se mais ainda no processo de trabalho do enfermeiro, pois esta prática requer principalmente da enfermagem, uma análise crítica da sua atuação, refletindo proporcionalmente em seu papel como educador, baseado ainda nas próprias bases conceituais da enfermagem (DAVID; ACIOLI, 2010).

A prática de educação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde amplia abordagens na ESF e a elencam como colaboradoras responsáveis na construção do empoderamento cidadão da população, pois cria uma visão democrática entre o cliente e o órgão público, fortalecendo a participação popular e o controle social (SOUSA et al., 2008).

Visando adequar-se a individualidade de cada território, família e comunidade, tem-se a problematização como elemento fundamental na construção da educação em saúde, pois assim permite-se dar voz ativa aos usuários e conseqüentemente a promoção de um diálogo construído através do vínculo (FERNANDES; BACKES, 2010).

As ideias sobre educação propostas por Paulo Freire equiparam-se as da política nacional de atenção básica, pois Freire (1992) vê a educação como um meio comunicador e permissor do diálogo, indo em contrário a transferência do saber, encontrando sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados

Entende-se ainda que estes raciocínios convergem para a interdisciplinaridade e intersetorialidade, pois produzem um conhecimento cultural maior através da articulação existente entre educação e saúde sob a visão de relações interpessoais, assistência e respeito (FERNANDES; BACKES, 2010).

Contudo, ao contrário das estratégias a serem modificadas propostas pelos enfermeiros, estes em sua maioria realizam **ações de prevenção centralizadas nos agentes comunitários de saúde, agentes de endemias e nos técnicos/auxiliares** de enfermagem que estão na triagem de suas unidades, conforme depoimentos: “a gente tenta orientar os auxiliares e os agentes de saúde” Enf01, “através mais dos agentes de saúde, com as visitas domiciliares, eles passam orientando” Enf14, “mas foi mais os agentes de saúde com os agentes de endemias” Enf17.

É fato que todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem estar envolvidos no processo de orientação a população com as doenças transmitidas pelo *aedes aegypti*. O Agente comunitário de saúde (ACS) foi reconhecido em 3 de Janeiro de 2002, através da portaria nº 44/GM como membro efetivo do combate a dengue no Brasil, sendo um profissional multiplicador dos processos, conhecendo a realidade local pois este geralmente é morador da comunidade em que trabalha. Assim, o ministério da saúde estabeleceu que os ACS devem realizar vistoria completa nas residências de sua área, orientando quanto aos criadouros, e caso não haja resolutividade, o agente de endemias deve realizar a visita (BRASIL, 2002).

Chiaravalloti Neto et al (2006) evidenciam que quando o ACS realiza as atividades propostas pelo MS frente as ações contra o *aedes aegypti* os resultados demonstram-se positivos, porém, ainda afirma que esta ação não é suficiente para realizar este controle, devendo assim ser um conjunto de ações a partir da integração entre o saneamento, habitação, educação e melhoria das condições de vida das comunidades.

Frente a isto, Peixoto et al (2015) ressaltam-se que a educação em saúde não deve ser incumbida apenas aos ACS, pois estes apresentam grandes dificuldades em realizá-las de forma mais aprofundada, devido à pouca preparação teórica que estes possuem.

Ainda, os ACS relatam sentirem-se inseguros para a realização desta prática, devendo os enfermeiros participarem em conjunto com estes e assim analisar estratégias de formação que visem prepará-los para a atuação na prática da educação em saúde (PEIXOTO et al., 2015).

O controle dos casos diagnosticados por sua vez como descrito no fluxo, na maior parte **não acontece com envolvimento da enfermagem**, porém, os enfermeiros realizam buscas ativas para acompanhar as gestantes a fim de verificar se o feto foi infectado com o vírus e assim transferir para instituições especializadas, conforme depoimento do Enf13 *“faz os exames diagnóstico né, o médico solicita exames pra ver se vai dar negativo ou positivo pro vírus, e trata os sintomas e fica monitorando”*; porém, os enfermeiros realizam em suas consultas mas reconhecem a sua ausência nestes processos e atribuem as diversas demandas vindas dos órgãos gestores: *“As vezes a equipe falha um pouco de estar presente nas orientações”* Enf10.

Esta não participação, pode ainda estar associada às demandas dos profissionais enfermeiros, onde é observado que o aumento desta repercute diretamente na eficácia e na qualidade da assistência desempenhada em seu trabalho, no acolhimento e na qualidade do acesso. No estudo de Pires et al., (2016) os fatores que mais aumentaram a carga de trabalho dos enfermeiros foram: excesso de demanda devido ao território superestimado, trabalhos administrativos, escassez de recursos humanos, falhas na gestão e na rede de atenção, dentre outros fatores particulares a realidade do local do estudo.

O processo expressado nos depoimentos dos participantes é mostrado na figura 5 onde as práticas de prevenção do enfermeiro voltam-se para consultas de enfermagem e centralização no agente comunitário de saúde que realiza ações de forma individual; quanto ao controle realiza-se através do diagnóstico médico e posteriormente encaminha-se o usuário aos serviços especializados.

Práticas de prevenção centradas no ACS e controle ligado aos setores especializados

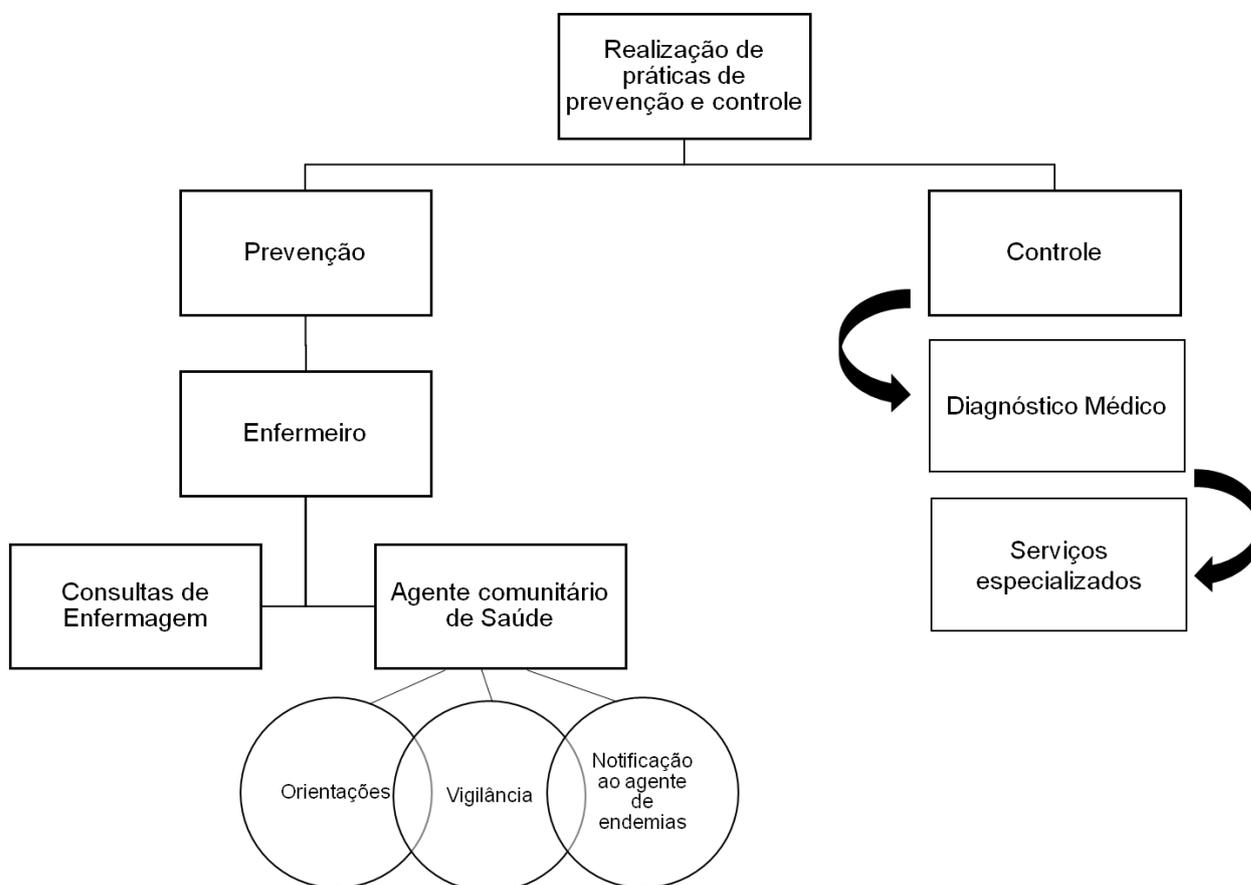


Figura 5. Práticas desenvolvidas para prevenção e controle do ZIKV na ESF. Vitória, ES, Brasil, 2017.

5.4 Preparação dos profissionais

A capacitação dos profissionais nos serviços de saúde é considerada como importante devido a necessidade existente frente as práticas educativas específicas desempenhadas a estes profissionais, para que possam desenvolvê-las de maneira qualificada e diversificada (CARVALHO, 2009).

Conforme estudo realizado em Alagoas, Brasil, por maiores que sejam as dificuldades na efetivação dessas práticas, deve ser considerado como mais importante em suas construções, a metodologia a ser utilizada, com vista no processo educativo de cada profissional, analisando as aptidões dos sujeitos, considerando o conhecimento prévio

ao debater um assunto, para que a motivação dos profissionais sejam ressaltadas (MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

Nesse contexto, corrobora-se com os estudos de Ceccim (2003) e Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) quando consideram ser urgente que se implementem atividades para qualificação dos profissionais de saúde, com ênfase no fortalecimento da capacidade para o trabalho coletivo, no sentido de contribuir para que não se perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população, para tanto, é necessário que se exercite efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde.

Como instrumento que propicia mudanças na realidade, vale destacar a educação permanente dos trabalhadores de saúde, que irá valorizar as ações educativas, reorientando esta prática, tomando como princípios os preceitos do SUS e uma aprendizagem significativa, efetivando, deste modo, uma educação que empodere os usuários, promovendo mudança de vida dos mesmos, assim como a do modelo de atenção à saúde vigente, que visa promover a saúde da população (PINAFO; NUNES; GONZALES, 2012).

Assim, no presente estudo, os enfermeiros receberam uma **formação continuada** focada no **controle imediato da doença** conforme demonstrado nos depoimentos: Enf02 *“A prefeitura na época fez algum curso, chamou a gente, para falar, e a gente que foi meio que replicando e fomos fazendo”*, Enf05 *“a prefeitura que dá um treinamentozinho pra gente, de fluxo de atendimento”*.

Nesse sentido, ao reconhecer a realidade inserida, considerando o modelo vigente da Estratégia Saúde da Família, sabe-se que os profissionais enfermeiros devem conduzir as práticas educativas na perspectiva da promoção da saúde, ou seja, ações que devem estar centradas nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, estabelecendo uma ação educativa pedagógica, sendo estas condicionadas pelas necessidades de saúde da população, considerando aspectos sócios, políticos e econômicos (BEZERRA et al., 2015).

Vale destacar que embora várias discussões sobre a promoção da saúde e a reorientação das práticas de saúde, ainda se discute sobre a não mudança de práticas

em uma perspectiva promotora da saúde, podendo esta realidade estar relacionada à formação dos profissionais.

Assim, para Chiesa et al. (2007), a formação do profissional de saúde nesta perspectiva de promoção da saúde, requer a inserção precoce do acadêmico no mundo do trabalho, além da construção de uma visão crítica e reflexiva da saúde, tendo como eixo central a promoção da saúde. Deste modo, currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho em saúde no SUS devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais.

Os autores ainda revelam que essa formação inicial dos profissionais de acaba preparando-os para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde (CHIESA et al., 2007).

Portanto, é importante ressaltar a formação acadêmica do profissional de enfermagem, ressaltando o seu processo histórico, onde a institucionalização da enfermagem como área do ensino ocorreu em 1922, na mesma época em que aconteceu o advento da enfermagem brasileira. A partir dessa época, o ensino da enfermagem vem sofrendo grandes transformações nas atividades pedagógicas devido às exigências do mundo capitalista (LOPES et al., 2008).

Após as transformações da população e do mundo globalizado refletem em uma revisão dos currículos, onde deve-se acontecer constantemente às realidades sociais, étnico-culturais e ao quadro epidemiológico, garantindo uma formação geral com visão integral e comprometimento social (SILVA, 1986; OPTIZ et al., 2008).

A figura 6 ilustra o processo de capacitação profissional, comparando a formação realizada que possui menor peso e assim gera ações curativistas, já a formação proposta apresenta maior força e resulta-se na promoção da saúde interligada com a prevenção de agravos.

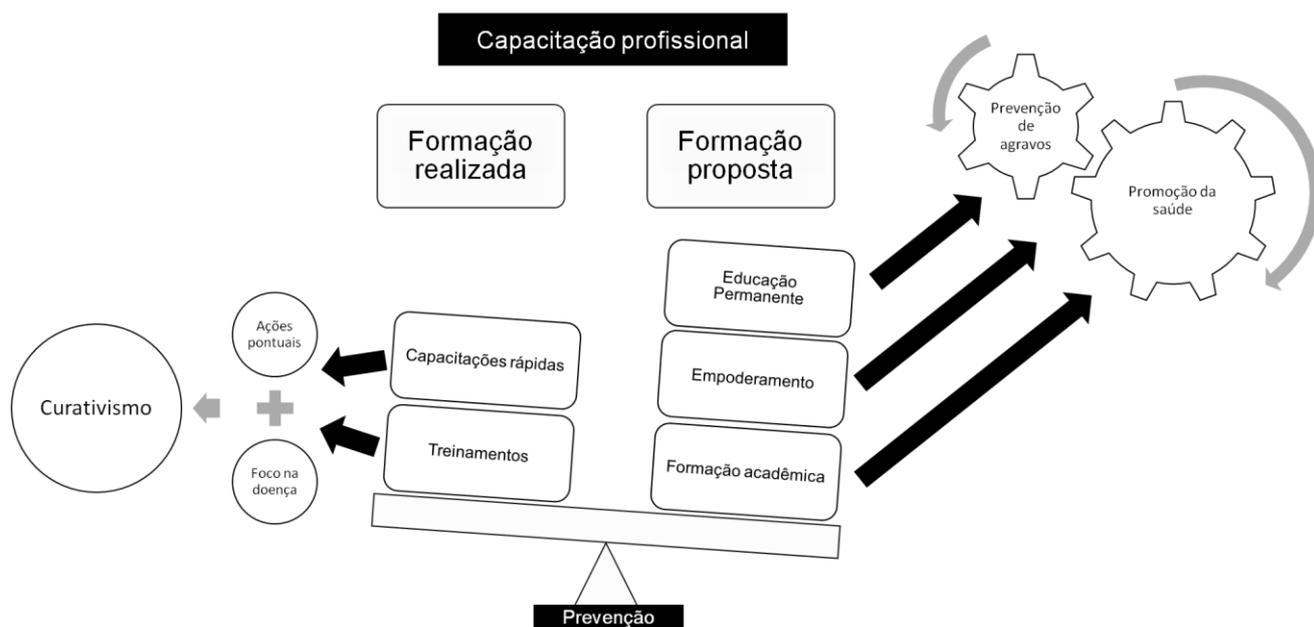


Figura 6. A formação do profissional dos participantes do estudo para atuação nos casos de ZIKV x formação proposta. Vitória, ES, Brasil, 2017.

Nesse contexto, deve-se considerar o perfil do enfermeiro como um indivíduo com formação profissional generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar em diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, pautando-se em princípios éticos e baseado nos preceitos da promoção da saúde.

Desta maneira, é imprescindível a necessidade de formar o enfermeiro para estar apto a atuar em situações que garantam a assistência humanizada à saúde, pretendida pelo SUS no atual momento. O currículo deve representar a visão de mundo percebida pela escola e seus professores

Assim, entende-se que as percepções apresentadas bem como as ações realizadas voltam-se para uma mudança de pensamentos que deve ser iniciada na formação acadêmica, para assim formá-los promotores de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros entrevistados das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Vitória percebem as ações de combate ao vírus zika de forma fragmentada direcionada ao público materno-infantil, devido à associação com a microcefalia, realizando ações preventivistas e sanitárias.

Porém, estes percebem que a educação em saúde é a principal estratégia para reorientação destas práticas aliada a uma mudança habitual da cultura da população além do apoio das esferas governamentais e da mídia.

Nesse sentido, observa-se que as ações realizadas na Estratégia Saúde da Família ainda possuem um caráter curativista, mas que necessita ser melhor investigado para assim sanar os problemas que circundam a assistência enfrentada por estes profissionais, dentre estes: sobrecarga de trabalho, investimentos governamentais, participação ativa da gestão dentro dos serviços e aumento do vínculo com a população.

Ainda, espera-se que com este estudo haja uma reflexão acerca do processo de formação dos profissionais, tornando-os promotores de saúde, bem como do processo de capacitação que deve ser baseado na educação permanente.

Espera-se também que os profissionais enfermeiros e a gestão do município observem os resultados apresentados como pontos transformadores para a prática assistencial em relação ao zika vírus, promovendo qualidade de vida pra população através de uma prática de promoção da saúde.

Por fim, anseia-se pela realização de maiores estudos a fim de analisar o processo de trabalho de todos os profissionais que atuam na atenção primária, no sentido de entender as suas percepções bem como esta prática associa-se a relação com o enfermeiro e os possíveis entraves que dificultam a assistência multiprofissional.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. V.; RIBEIRO JÚNIOR, N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. 2010. **Revista - Centro Universitário São Camilo**. V.4, n.3, p.337-342, 2010.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.
- ARAUJO, L. M.; FERREIRA, M. L. B.; NASCIMENTO, O. J. M. Guillain-Barré syndrome associated with the Zika virus outbreak in Brazil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 74, n. 3, p. 253-255, 2016.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BEZERRA, I. M. P. et al. Community health agent and the interface with the educational actions. **International Archives of Medicine**, v. 8, 2015.
- BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **J Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.
- BRASIL, P. et al. Guillain-Barré syndrome associated with Zika virus infection. **The lancet**, v. 387, n. 10026, p. 1482, 2016.
- BRASIL, P. et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. **N Engl J Med**, v. 2016, n. 375, p. 2321-2334, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Ministério da saúde, Brasília, DF, 2016.

_____. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde SAS, Secretaria de Atenção a Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2016

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Ministério da saúde, Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 44/GM. 2002.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Vírus Zika no Brasil A resposta do SUS.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Zika abordagem clínica na atenção básica.**

BUENO, L. M. M. Reflexões sobre o futuro da sustentabilidade urbana com base em um enfoque socioambiental. **Cadernos Metrópole.** São Paulo, n. 19, 2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAO-LORMEAU, Van-Mai et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. **The Lancet**, v. 387, n. 10027, p. 1531-1539, 2016.

CARNEIRO, R. F. et al. Educa o sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015.

CARVALHO MS, PINA, MF, SANTOS SM. **Conceitos básicos de sistemas de informa o geográfica e cartografia aplicada   saúde.** Organiza o Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000.

CARVALHO, P. M. G. **Práticas educativas em saúde:** a o dos Enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. Disserta o de Mestrado. Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem, Universidade do Piauí, Piauí, 2009.

CASTRO, M. C. "Dinâmica populacional, Saúde e Desenvolvimento Sustentável". In: MARTINE, COSTA, H. S. M. e MONTE-MOR, R. L. M. Urbanization & Environment:

trends and patterns in contemporary Brazil. In: HOGAN, D. J.; BERQUÓ, E. e COSTA, H. S. M. (eds.). **Population and environment in Brazil**: Rio + 10. Campinas, CNPD, Abep, Nepo, 2002.

CECCIM, R. B. Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: entrevista. **Formação**, v. 3, n. 7, p. 113-20, 2003.

CHIARAVALLOTI NETO, F. et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle Dengue control in an urban area of Brazil. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 5, p. 987-997, 2006.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, 2007.

COSTA, M A. et al. **Detecção de Conglomerados Espaciais com Geometria Arbitraria**. IP. Informação pública. v. 8, n. 1, 2006.

DAVID, H. M. S. L. O protagonismo da enfermagem no cuidado: a solidariedade necessária [The nursing role in care: the necessary solidarity]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 301-302, 2014.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010.

DECKARD, D. Trew. Male-to-male sexual transmission of Zika virus—Texas, January 2016. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 65, 2016.

EICKMANN, S. H. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika Zika virus congenital syndrome Síndrome de la infección congénita del virus Zika. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. e00047716, 2016.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, 2010.

FERREIRA, V. F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 2, p. 363-378, 2014.

FERTONANI, H. P.; DE PIRES, D. E. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 51-54, 2011.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.3, p.430-33, 2011.

FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3 a ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, RJ, 1992.

FREITAS LENZI, M.; COURA, L. C. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 4, p. 343-350, 2004.

FREITAS, M. L. A.; MANDU, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.23, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/08.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2009.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

HAMEL, R. et al. Biology of Zika virus infection in human skin cells. **Journal of virology**, v. 89, n. 17, p. 8880-8896, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico de 2015**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015.pdf. Acesso em 09/08/2016.

LOOSE, E.B.; SANTOS, L. R. P.; MARTÍNEZ, J. G. Reflexões sobre as condições disciplinares para a formação do conhecimento ambiental. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 14, n. 104, p. 3-24, 2013.

LOPES NETO, D. et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, 2008.

LUCENA, K.D.T de et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v.28, n.6, pp.1111-1121. 2012

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286, 2014.

MARCONDES, M. M. **A corresponsabilização do Estado pelo cuidado**: uma análise sobre a política de creches do PAC-2 na perspectiva da divisão sexual do trabalho. 2013. Dissertação Universidade De Brasília – Unb Instituto De Ciências Humanas – Ih Departamento De Serviço Social – Ser Programa De Pós-Graduação Em Política Social – Ppgps, Brasília, DF, 2013.

MARICATO, E. **Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência**. Editora Hucitec, 1996.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MELO, G.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, 2005.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Ed 12. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, 2012.

MORAIS, F. R. C. et al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 305-310, 2011.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2005.

OLIVEIRA, C. S; VASCONCELOS, P. F. C. Microcefalia e vírus zika. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 2, p. 103-105, 2016.

OLIVEIRA, F. L. B. et al. Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 1031-1038, 2016.

OMS. Organização Mundial Da Saúde. **Atlas of health and climate**. Genebra, OMS Press, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/1ZZTGa>. Acesso em: 29 jul 2016.

OMS. Organização Mundial De Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

OPITZ, S. P. et al. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 314, 2008.

OSTER, A. M. Interim guidelines for prevention of sexual transmission of Zika virus—United States, 2016. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 65, 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014.

PEIXOTO, H. M. C. et al. Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2016.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. **Promoção da Saúde e seus fundamentos**: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. Saúde coletiva: teoria e prática. Med Book, Rio de Janeiro, p. 305-326, 2014.

PEREIRA, L. T.; POLL, M. A. A Interdisciplinariedade Na Área Da Saúde: uma breve revisão teórica. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 25-34, 2017.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; DURÁN GONZÁLEZ, A. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, 2012.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. In: Cuidado: as fronteiras da integralidade. IMS/UERJ; ABRASCO, 2008.

PIRES, D. E. P. de et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, 2016.

PONTE, C. F.; LIMA, N. T.; KROPF, S. P. O sanitarismo (re) descobre o Brasil. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, p. 73-112, 2010.

RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle-propostas inovadoras. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, 2008.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; CUNHA, R. V. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 74, 2013.

ROUQUAYROL, M Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 355-357, 1999.

SATTERTHWAITE, D. The impact on health of urban environments. Environment and Urbanization. **Estados Unidos**, v. 5, n. 2, pp. 87-111, 1993.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, 2009.

SENA, J.; VAZ, M. R. C. A relação saúde/ambiente nos processos de formação do profissional enfermeiro: um ensaio teórico. 2010. **Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient.** ISSN 1517-1256, v. 24, janeiro a julho de 2010.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 291-8, 2008.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. Cortez, São Paulo, 1986.

SOARES, T. C; CZERESNIA, D. Biology, subjectivity and alterity. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 53-63, 2011.

SOUSA, L. B. de et al. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 107-112, 2008.

STEIN, A. T. Busca da melhor evidência e de efetividade no GHC. Momento & Perspectiva Saúde. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre**, v. 18, n. 2, p. 72-73, 2005.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009

TURATO, E. B. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; AGUIAR, R. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 419-422, 2016.

VEIGA, I. P. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF CNS/MS, 1993.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. ahead, p. 00-00, 2015.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. **Belo Horizonte: Coopmed**, 2009.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Iniciais:

Idade:

Sexo: ()M ()F

ESF em que trabalha:

Tempo de experiência profissional:

Tempo de experiência em atenção primária:

QUESTÕES AFINS AO TEMA DA PESQUISA

O que você entende por realizar ações contra o vírus zika na atenção primária?

Como acontece a preparação sua e da sua equipe para atuar frente a estes casos?

Como acontecem as políticas voltadas especialmente para os vírus zika em sua ESF?

No geral, como são aplicadas as estratégias utilizadas para prevenção e controle do vírus zika na população dentro do serviço de saúde em que você trabalha?

Como são aplicadas as metodologias que você utiliza durante a assistência?

Descreva o fluxo de atendimento para os pacientes com vírus zika que chegam até a sua unidade.

O vírus zika alastrou-se de uma forma inesperada, havendo dificuldade de controle, e também de prevenção. Na sua visão, porquê isso acontece?

Quais estratégias você julga eficientes?

Quais estratégias você julga deficientes?

ANEXO B – DECLARAÇÃO DA ESCOLA TÉCNICA DO SUS DE VITÓRIA PARA ENVIO DO PROJETO DE PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DO VÍRUS ZIKA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL**" de autoria de **JOSÉ LUCAS SOUZA RAMOS**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 29 de março de 2017

Sheila Cristina de Souza Cruz

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DO VÍRUS ZIKA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL

Pesquisador: Cíntia de Lima Garcia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67017917.8.0000.5624

Instituição Proponente: COLEGIO CULTURAL MODULO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.058.297

Apresentação do Projeto:

Muito tem se falado no surto decorrente do Vírus Zika, que gerou um estado de preocupação em saúde pública, onde as esferas governamentais tiveram que tomar medidas para a resolução e controle desta prática, principalmente, pela sua possível associação com a microcefalia. Nesse sentido, tendo em vista que o Enfermeiro está diretamente ligado ao cuidado com o paciente, cobra-se deste profissional constantes atualizações para atender ou prestar cuidados que visem prevenir ou amenizar nos casos em que já se tem a patologia instalada. Estudos que venham a entender estas práticas, bem como descrever a realidade atual do Brasil pós surto, é primordial para tomarem-se decisões imediatas de saúde. O estudo será realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Vitória, que possui 29 equipes. Os participantes serão Enfermeiros gestores de cada equipe, selecionando apenas aqueles que estão na unidade há seis meses. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas para investigação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde da atenção primária para o controle e prevenção do vírus Zika, que serão aplicadas de acordo com a disponibilidade agendada por cada profissional. Essas entrevistas, abordará aspectos referentes à percepção dos enfermeiros em relação as práticas de saúde voltadas para o controle e prevenção do vírus Zika, bem como, das estratégias utilizadas para implementação dessas práticas. O processo de saturação de falas será considerado no

Endereço: Rua São Francisco,1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br



Continuação do Parecer: 2.058.297

período de coleta de dados. A organização dos dados será mediada pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar as práticas de saúde desenvolvidas para o controle e prevenção do vírus zika na atenção primária do município de Vitória, ES.

Objetivos Específicos

Identificar fluxo de atendimento aos casos suspeitos e/ou confirmados com ZIKV;

Descrever as práticas de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros;

Identificar elementos que facilitam ou dificultam o desenvolvimento das ações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, mas que será reduzido mediante orientações e avisos da total proteção à confidencialidade, com particular ênfase na garantia do sigilo de informações confidenciais e sigilosas, obtidas na pesquisa através do anonimato dos participantes, por meio da adoção de nomes-fantasia/pseudônimos. Nos casos em que o procedimento utilizado no estudo traga algum desconforto, a pesquisadora será responsável para informar ao entrevistado que ele tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios esperados com o estudo serão no sentido de instigar a criação de novas linhas de pesquisa neste contexto a partir da realidade encontrada relacionada ao tema, além de promover através do conhecimento um maior domínio acerca do tema abordado, conhecendo as atividades de prevenção e controle do vírus zika na atenção primária do município de Vitória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente trabalho respeitou os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da realização de pesquisas envolvendo seres humanos, não

Endereço: Rua São Francisco,1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br



Continuação do Parecer: 2.058.297

apresentando pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_897524.pdf	11/04/2017 21:20:32		Aceito
Folha de Rosto	fr1.pdf	11/04/2017 21:20:14	Cíntia de Lima Garcia	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	06/04/2017 15:34:23	Cíntia de Lima Garcia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	06/04/2017 15:34:17	Cíntia de Lima Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/04/2017 15:18:56	Cíntia de Lima Garcia	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	06/04/2017 15:18:41	Cíntia de Lima Garcia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 11 de Maio de 2017

Assinado por:
POLIANA MOREIRA DE MEDEIROS CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco,1224

Bairro: SAO MIGUEL

CEP: 63.010-475

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-2783

E-mail: comitetica@fjn.edu.br

ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA TÉCNICA DO SUS DE VITÓRIA PARA REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

 PREFEITURA DE VITÓRIA Secretaria de Saúde		CARTA DE APRESENTAÇÃO	
Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE COM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	26/05/2017	MARY
Resumo do Assunto			
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR			
<p>Sr. (a) Diretor (a),</p> <p>O projeto de pesquisa de graduação da EMESCAM, intitulado: "Análise das Práticas Desenvolvidas para Controle e Prevenção do Vírus Zika na Atenção Primária do Município de Vitória-ES, Brasil", do pesquisador José Lucas Souza Ramos, sob orientação da Professora Italla Maria Pinheiro Bezerra, foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente tem como objetivo geral analisar as práticas de saúde desenvolvidas para o controle e prevenção do Vírus Zika na Atenção Primária nas Unidades de Saúde do Município de Vitória-ES.</p> <p>A metodologia utilizada será coleta de dados, por meio de uma entrevista semiestruturada, sendo uma direcionada aos enfermeiros para investigação das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde da atenção primária para o controle e prevenção do vírus zika.</p> <p>Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (PMV/SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV.</p> <p>Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por dois anos.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p> Scheila Cristina de Souza Cruz Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>			

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DO VÍRUS ZIKA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO, BRASIL

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Italla Maria Pinheiro Bezerra e José Lucas Souza Ramos

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que está abordando as seguintes temáticas: prevenção e controle do vírus zika na atenção primária. Tem como objetivo geral analisar as práticas de saúde desenvolvidas para o controle e prevenção do vírus zika na atenção primária do município de Vitória, ES.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao aceitar ser voluntário dessa pesquisa, você responderá a um instrumento de coleta de dados através de entrevista, que possui perguntas voltadas para o vírus zika, no âmbito da prevenção e controle realizados na atenção primária. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de recusar a participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Esta pesquisa envolve riscos mínimos, entretanto pode trazer algum tipo de desconforto ao participante diante de alguma pergunta relacionada as suas práticas profissionais. O tipo de procedimento apresenta um risco como expor a opinião das pessoas sobre esse tema, porém haverá total sigilo não sendo expostos ou identificados, mediante a garantia de anonimato e direito de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa. Para preservação do participante este estudo será realizado em local reservado, sendo utilizada sua resposta somente pra fins da pesquisa.

Em qualquer um destes casos o participante poderá desistir da participação e ele será assistido por profissionais da área da Saúde. Nós, Italla Maria Pinheiro Bezerra e José Lucas Souza Ramos seremos responsáveis encaminhamento a EMESCAM para que o pesquisador e os profissionais que a instituição dispõe possam sanar algum dano sofrido durante a realização da pesquisa.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo serão no sentido de instigar a criação de novas linhas de pesquisa neste contexto a partir da realidade encontrada relacionada ao tema, além de promover através do conhecimento um maior domínio acerca do tema abordado, conhecendo as atividades de prevenção e controle do vírus zika na atenção primária do município de Vitória. Assim, contribuirá com informações valiosas para a comunidade científica, para o sistema de saúde, e os gestores em saúde sobre as práticas desenvolvidas pelos Enfermeiro.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de algum (TRATAMENTO, ORIENTAÇÃO, ENCAMINHAMENTO ETC.) por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado (a) por Italla Maria Pinheiro Bezerra ou José Lucas Souza Ramos, Tel: (27) 9 9889-8961 para a EMESCAM, para que o pesquisador e os profissionais que a instituição dispõe possam sanar algum dano sofrido durante a realização da pesquisa.

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornece serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus (Suas) respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos (as) QUESTIONÁRIOS, FICHAS DE AVALIAÇÃO, ETC, nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Italla Maria Pinheiro Bezerra e José Lucas Souza Ramos
Endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, 1480, Barro Vermelho, Vitória, ES
Telefone para contato: (27) 9 9889-8961

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Faculdade de Juazeiro do Norte, CE.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP Faculdade de Juazeiro do Norte
Rua São Francisco 1224, Bairro São Miguel, Juazeiro do Norte - Ceará.
Coordenação de Cursos, Térreo.
Telefone (88) 21012777.

Se desejar obter informações acerca dos pesquisadores, entre em contato com a EMESCAM, através dos dados abaixo.

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.
Telefone (27) 3334-3512.

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O **sujeito de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

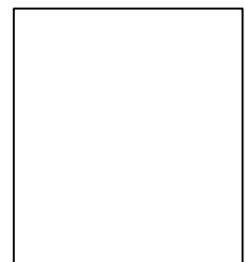
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Vitória, Espírito Santo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador Responsável