



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

PRISCILA PEDROSA SOARES

INCONGRUÊNCIAS ENTRE SABER E FAZER: uma teoria fundamentada sobre
atualização profissional no contexto da Síndrome Congênita do Zika Vírus

Recife

2020

PRISCILA PEDROSA SOARES

INCONGRUÊNCIAS ENTRE SABER E FAZER: uma teoria fundamentada sobre
atualização profissional no contexto da Síndrome Congênita do Zika Vírus

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Educação e Saúde
Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Recife

2020

Catálogo na fonte:
bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S676i	<p>Soares, Priscila Pedrosa Incongruências entre o saber e o fazer: uma teoria fundamentada sobre atualização profissional no contexto da síndrome congênita do Zika vírus/ Priscila Pedrosa Soares. - 2020. 121 f.; il.</p> <p>Orientadora: Rosalie Barreto Belian. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2020. Inclui referências, apêndices e anexo.</p> <p>1. Zika vírus. Cuidado da Criança. 2. Teoria Fundamentada em Dados. 3. Educação Continuada. 4. Pesquisa Médica Translacional. I. Belian, Rosalie Barreto (orientadora). II. Título.</p> <p>618.92 CDD (23.ed.)</p>	UFPE (CCS 2020 - 195)
-------	--	-----------------------

PRISCILA PEDROSA SOARES

INCONGRUÊNCIAS ENTRE SABER E FAZER: uma Teoria Fundamentada sobre
Atualização Profissional no Contexto da Síndrome Congênita do Zika Vírus

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

Aprovada em : 20/03/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rosalie Barreto Belian (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Daniela Tavares Gontijo (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Túlio Romero Lopes Quirino (Examinador Externo)
Prefeitura do Recife

Prof.^a Dr.^a Cristine Martins Gomes de Gusmão (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

À família biológica e a adquirida ao longo da jornada, dedico esse trabalho, com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus onipotente por ter me mostrado as verdades fundamentais dessa vida. A primeira delas foi A Verdade, isto é, o Deus encarnado na pessoa do carpinteiro judeu que morreu (e ressuscitou) há mais de dois mil anos para me salvar, me foi revelada em um banco de plástico sobre um chão de saibro por um homem tetraplégico há mais de 20 anos atrás.

A segunda verdade, essa um pouco mais recente, me foi mostrada quando eu ostentava menos de trinta fios de cabelo. Trata-se do fato de que o conceito de família consiste em pessoas que se amam e se importam umas com as outras. Essa foi “mindblowing”, como dizem os anglofônicos. A experiência do amor que senti dos meus parentes e dos meus queridos amigos-vizinhos, colegas de faculdade, amigos do colégio e funcionárias foi mais poderosa que a experiência dolorosa da quimioterapia em si. E me mudou para sempre. Por isso, vou citar nominalmente alguns (poucos) deles: Izabel, Francisco, Cristiana, Eugene, Eduardo, Beatriz, Felipe, Izabel Amaral, Mathieu, Sophie, Berenice, Amaral, Bernadete, Zilda, Carmem, Tarcio, Rodrigo, Carmen, Júlia, Raquel, Teresa, Helena (in memoriam), Hugo, Jucilda, Ana Lúvia, Hivor, Regina, Amilcar, Nete, Renata Costa, Lara Capiberibe, Dra. Danielle Padilha e toda equipe que cuidou de mim no NEOH, Dr. Alfredo Leite, Dr. Nelson Bechara, Ana Madi, Laplace, Lucas, Ana Paula Lima, Dimitri, Davi, Bento, Ygor, Suzana, Katrina, Yanna, Alex, Tanya, Marianne Marília, Liliane Basto, Andréia Motta, Roberta Valle, Marcílio Gama, Ana, Júlia, e tantos outros...

A partir dessa verdade em particular, Deus me mostrou uma terceira verdade: que o objetivo da vida é ser feliz. É preciso observar, entretanto, que felicidade não é alegria, felicidade é uma escolha – isso é muito importante.

A quarta verdade foi quando Deus não atendeu meus pedidos. Sim, não atendeu. Pois apesar de sempre ter solicitado, diante do vislumbre de minha pequenez intelectual, à Divina Graça, um pouco de sabedoria, a exemplo do icônico rei Salomão; finalmente entendi (felizmente a tempo) que o princípio da sabedoria é o temor do Senhor, como diz o autor do livro de Provérbios — o próprio Salomão.

Daí por diante, em posse dessas quatro verdades, posso dizer que no *pool* (jargão de cientista) da felicidade da minha alma foram feitos mais e mais depósitos. Minha família aumentou com colegas da equipe de saúde do Hospital Agamenon Magalhães e do Maria Lucinda, as borboletas da decúria, do Encontro de Crianças com Cristo, do Encontro de Casais com Cristo, além de mais vizinhos-amigos. Teve até um upgrade no status de vizinhos-amigos para vizinhos-compadres-jogadores-enólogos.

Além disso, Deus, na sua infinita misericórdia, me presenteou com uma joia de orientadora, compreensiva, amável, dinâmica e inteligente (e, dessa vez atendendo meus pedidos), e examinadores da banca maravilhosos que se disponibilizaram a gastar seu tempo precioso para contribuir com essa pesquisa. Posso dizer ainda, que fui acolhida e bem recebida, durante a coleta e por isso sou muito grata aos entrevistados e chefes de setor.

Às vezes, buscando em minhas memórias, não consigo entender como consegui encaixar milimetricamente o programa do mestrado, a coleta de dados e a escrita da dissertação no meu calendário apertado. Imediatamente sou convidada a me lembrar da imensa ajuda que obtive dos meus familiares e da minha orientadora, e por isso sou grata.

Hoje, minha oração é que eu possa ser digna dessa família tão maravilhosamente heterogênea em idade, cor, estado civil, orientação sexual, política e religiosa. Que eu faça jus aos lindos depósitos de felicidade que Deus tem feito na minha alma.

Por fim, agradeço com mais ênfase ao meu marido, minha dupla, meu time: o melhor tapioqueiro, churrasqueiro, farofeiro, recreador, marceneiro, eletricitista, encanador, design de robótica, contador, técnico de informática, companheiro de chopp e de NFL do mundo inteiro.

“There can be no keener revelation of a society’s soul than the way in which it treats its’ children (MANDELA, 1995).”

“Because, for me, seeing a child is seeing the future. Yes, I feel great hope because every child is our hope for the future of humanity”(POPE FRANCIS, 2016)

Toda criança no mundo
Deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.
[...]
Embora eu não seja rei,
Decreto, neste país,
Que toda, toda criança
Tem direito a ser feliz!!!
(ROCHA, 2014)

RESUMO

A Pesquisa Médica Translacional preconiza que as informações científicas geradas pelas pesquisas passem por diversos processos até chegar a ser objeto de atualizações profissionais. Entretanto, a epidemia do Zika em 2015 mostrou-se diferente das epidemias relatadas anteriormente pela agressividade viral e dentre os muitos estudos publicados neste sentido, poucos procuraram entender o processo de atualização profissional (AP) dentro do contexto de uma doença nova. Portanto, esse estudo buscou construir uma teoria que explique o processo de AP de profissionais da rede básica e hospitalar sobre Síndrome Congênita do Zika (SCZ) na cidade do Recife. Trata-se de um estudo exploratório transversal com metodologia qualitativa, que teve como arcabouço teórico-metodológico a Teoria Fundamentada em Dados. Foram incluídos na amostra os enfermeiros que realizavam assistência em puericultura na Estratégia de Saúde da Família, médicos que atuavam em emergências pediátricas, médicos que prestavam assistência em sala de parto nas unidades de saúde terciárias, além de suas respectivas chefias e um pesquisador da área. A teoria evidenciou que os profissionais dividiram as estratégias educacionais em “Passado” (durante a epidemia) e “Presente” (pós-epidemia). As estratégias do “Passado” foram motivadas pelos sentimentos, pelo contato com os pacientes SCZ, pela história de vida pessoal (principalmente por gestação) e pela exposição midiática das crianças afetadas. Já no “Presente” a incidência de SCZ diminuiu e o contato com os pacientes (laboral ou pela mídia) cessou, uma vez que os pacientes afetados passaram a ser atendidos por uma rede de cuidados especializados. Observou-se que apesar dos profissionais classificarem como “importante” manter-se atualizado sobre SCZ, o processo de AP não mais acontecia, caracterizando uma incongruência. Identificou-se que os profissionais não tinham um método efetivo de comunicação com as autoridades de saúde, e que alguns deles utilizaram mídias sociais para compartilhamento de informações entre si durante a epidemia. Percebeu-se também que algumas etapas do processo translacional de pesquisa médica não aconteceram, gerando ambiguidades nas informações que chegaram à rede assistencial e trazendo importante insegurança aos profissionais. Portanto, tendo como contexto a epidemia do Zika, esse estudo traz à tona a necessidade de uma estratégia de AP eficaz. Para isso, sugere-se o desenvolvimento de uma ferramenta informatizada para plataforma móvel que permita o compartilhamento de informações de qualidade para os profissionais que estão na linha de assistência durante emergências de saúde pública.

Palavras-chaves: Zika vírus. Cuidado da Criança. Teoria Fundamentada em Dados. Educação Continuada. Pesquisa Médica Translacional.

ABSTRACT

Translational Medical Research states that scientific information generated by the academy will go through several processes before becoming the object of continuing education. However, Zika epidemic in 2015 proved to be different from the previously reported epidemics and among the studies published in this regard, few sought to understand the continuing education process in the context. Therefore, this study sought to build a theory that explains the healthcare professional continuing education process about Congenital Zika Syndrome (CZS) in the city of Recife. This is a qualitative cross-sectional exploratory study which had the Grounded Theory as its theoretical-methodological framework. The sample included nurses from Family Health Strategy, doctors who worked in pediatric emergencies, doctors who worked in the delivery room in a tertiary health unit, health authorities and a researcher in the area. The theory showed that professionals divided educational strategies into "Past" (during the outbreak) and "Present". The "Past" (after outbreak) strategies were motivated by feelings from contact with SCZ patients, by the personal life history (specially related with pregnancy) and by the media exposure of the affected children. In "Present", the incidence of CZS decreased and contact with patients ceased. It was observed that despite health professionals having classified their continuing education as "important" to keep updated on the matter, this process no longer happened, characterizing an incongruity. It was identified that the professionals did not have direct communication with the health authorities, and that some of them used social media to share information. It was also noticed that some stages of the translational process did not happen, generating ambiguities in the information provided to the healthcare process and thus bringing insecurity to health professionals. Therefore, using the Zika epidemic as a model, this study highlights the need of a tool for mobile platforms that allows quality information sharing among professionals who are at the forefront of assistance during public health emergencies.

Keywords: Zika virus. Child Care. Grounded Theory. Continuing Education. Translational Medical Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Etapas da Pesquisa Médica Translacional.....	27
Figura 2. Processo de Pesquisa na Teoria Fundamentada em Dados.....	37
Quadro 1. Exemplo de nota de citação.....	41
Quadro 2. Fragmento de memorando metodológico.....	42
Figura 3. Exemplo de diagrama.....	43
Figura 4. Percurso do processo da Teoria Fundamentada em Dados.....	44
Tabela 1. Dados Demográficos da Amostra.....	45
Figura 5. Diagrama da Teoria Fundamentada em Dados: Incongruências Entre o Saber e o Ser.....	47
Figura 6. O Impacto do “Boom”.....	61
Figura 7. Estratégias do “Boom”.....	64
Figura 8. EPS como Estratégia do “Boom”.....	65
Figura 9. Sentimentos Despertados.....	67
Figura 10. Justificando sentimentos.....	69
Figura 11. O Tempo Presente.....	73
Figura 12. Estratégias da “calmaria”.....	75
Figura 13. Estratégias das chefias.....	76
Figura 14. Modelo conceitual sobre como a ES acerca da SCZ se desenvolveu.....	78
Figura 15. Etapas da Pesquisa Médica Translacional durante o surto - “Passado”.....	82
Figura 16. Etapas da Pesquisa Médica Translacional após o surto - “Presente”.....	83
Figura 17. Teoria da Autodeterminação e Teoria do Valor-Expectativa e sua relação com a Atualização Profissional - Impacto Emocional.....	88
Figura 18. Teoria da Autodeterminação e Teoria do Valor-Expectativa e sua relação com a Atualização Profissional - Mídia.....	89
Figura 19. Teoria da Autodeterminação e Teoria do Valor-Expectativa e sua relação com a Atualização Profissional - Fornecimento de Material Educacional.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DEGTES	Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DEVIT/SVS/MS	Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
DS III	Distrito Sanitário III
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EaD	Ensino à Distância
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ES	Educação na Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HML	Hospital Maria Lucinda
IMIP	Instituto de Medicina Integral de Pernambuco
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
SEVS/PE	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Perímetro Cefálico
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SCZ	Síndrome Congênita do Zika
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SGES	Secretaria Geral de Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
USG	Ultrassonografia
US\$	Dólares Americanos
ZIKAV	Zika Vírus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PERGUNTA CONDUTORA DO ESTUDO	18
1.2	OBJETIVOS.....	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos Específicos	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS: “THE PERFECT STORM”	19
2.2	EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL: OS DESAFIOS DA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA PESQUISA MÉDICA TRANSLACIONAL.....	25
2.2.1	Pesquisa Médica Translacional	25
2.2.2	Atualização Profissional.....	28
2.2.3	Algumas Teorias de Motivação para Aprendizagem	29
2.2.4	Atualização Profissional em Emergências de Saúde Pública.....	30
2.3	A MÍDIA COMO MEDIADORA DE INFORMAÇÕES NA SAÚDE.....	32
3	PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	36
3.2	TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS.....	36
3.3	LOCAL DO ESTUDO	38
3.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
3.5	COLETA DE DADOS	40
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	41
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	44
4	RESULTADOS.....	45
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	45
4.2	INTRODUÇÃO À TEORIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE SOBRE SCZ: INCONGRUÊNCIAS ENTRE O SABER E O FAZER.....	46
4.2.1	Apresentação da Teoria de Atualização Profissional sobre SCZ: Incongruências Entre O Saber e o Fazer.	46
4.3	DETALHANDO A TEORIA	60
4.3.1	Impacto do “Boom”.....	60
4.3.2	As “Estratégias do ‘Boom’”	63
4.3.3	Sentimentos Despertados e suas Justificativas	66
4.3.4	O Tempo Presente	73
5	DISCUSSÃO	81

5.1	PESQUISA MÉDICA TRANSLACIONAL EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA.....	81
5.2	FATORES INFLUENCIADORES DA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL	85
5.3	INSERÇÃO DA SCZ NA AGENDA DA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL	94
5.4	LIMITAÇÕES.....	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
	APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE	110
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA	111
	ANEXO A - EVOLUÇÃO DA TEORIA.....	113

INTRODUÇÃO

Em fevereiro de 2015 foi reportado o aparecimento de uma doença febril inespecífica, semelhante à dengue, no Nordeste do Brasil (ZANLUCA et al., 2015). Em março, o laboratório do Instituto Carlos Chagas, no Instituto Oswaldo Cruz do Estado do Paraná, recebeu amostras sorológicas de pacientes doentes, e foi confirmada pela primeira vez a circulação do zika vírus (ZIKV), da linhagem asiática, no Brasil (ZANLUCA et al., 2015).

No segundo semestre de 2015, o estado de Pernambuco sinalizou que houve aumento alarmante nos índices de crianças nascidas com microcefalia (PERNAMBUCO, 2015a). Em outubro do mesmo ano, o ZIKV foi isolado no líquido amniótico de duas gestantes no interior da Paraíba, cujos fetos foram diagnosticados com microcefalia através de amniocentese, estabelecendo uma conexão muito forte entre o ZIKV e as malformações (FIOCRUZ, 2015).

Diante do desafio de entender uma síndrome inédita, a comunidade científica se prontificou a estudar o fenômeno. Como produto desse esforço, um estudo encontrou que antes de 2015 a base de dados PubMed contava com menos de 110 artigos sobre ZIKV, enquanto que uma pesquisa similar em julho de 2017 revelou mais de 3000 artigos (MORAIN; WOOTTON; EPPES, 2017). Porém questiona-se se as informações produzidas têm sido transformadas em conhecimento para os trabalhadores “na ponta” da assistência. Eu, como pediatra atuando em emergência, percebi que os meus colegas (e eu mesma) não sabíamos como lidar com as crianças portadoras de microcefalia ocasionada pela Síndrome Congênita do Zika (SCZ). O sentimento geral era de imperícia.

Por se tratar de uma síndrome totalmente nova, que apesar de estar sendo muito explorada pela mídia naquele momento, não tínhamos conhecimento de como ela se mostraria em termos de comprometimento, e consequentemente, não sabíamos o que fazer para mitigar o sofrimento daquela criança sem causar-lhe mal. Às vezes o lactente apresentava um simples quadro gripal, e que por isso tinha entrado em um estado de desconforto respiratório que precisaria de nebulização, conduta muito corriqueira na prática de todos nós, pediatras de emergência.

Portanto, surgiu a necessidade de compreender como se deu o processo de atualização profissional sobre SCZ, visto que havia uma percepção de que esses trabalhadores, mesmo aqueles lotados em áreas nas quais houve uma grande concentração de casos, pareciam não estar suficientemente preparados para atender crianças com esse diagnóstico.

Há várias tentativas de explicações para as lacunas do conhecimento sobre ZIKV. Uma delas estima que há um espaço de tempo de 17 anos entre as publicações de descobertas

científicas (em qualquer área da saúde) e sua aplicação na prática assistencial (chamado *translational gap*, ou lacuna translacional, em tradução livre) (SLOTE MORRIS; WOODING; GRANT, 2011). No caso do ZIKV essa lacuna é particularmente problemática quando se leva em conta a capacidade de transmissão da doença e as consequências sociais, emocionais e econômicas das famílias afetadas (MORAIN; WOOTTON; EPPE, 2017).

Uma segunda tentativa de explicação sobre a lacuna translacional é a ideia já bem estabelecida de que, à medida que o volume de saberes exigidos cresce, o “tempo de meia vida” dessas “verdades” diminui, tornando-se obsoletas com maior celeridade (KNOWLES, 1985). Pode-se afirmar que isto se aplicou na construção do conhecimento sobre a SCZ, principalmente à época de sua eclosão. Em 2015, a informação foi sendo construída de modo quase que diário, o que acarretou modificações frequentes nas diretrizes oficiais, dificultando, assim, a implementação de ações na atualização profissional. Como exemplo citamos as notas técnicas de número 43, 44 e 47 da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS), que distam respectivamente 3 dias (entre a nota 43 e 44) e 34 dias (entre a nota 44 e 47) (PERNAMBUCO, 2015a, 2015b, 2015c).

Um dos motivos dessas mudanças constantes residiu no fato de que apresentação da SCZ no Brasil não teve paralelo nas epidemias prévias relatadas em documentos científicos, visto que a ocorrência de microcefalia decorrente do ZIKV por transmissão vertical não tinha sido observada durante as epidemias anteriores a ela associadas, como é o caso da Polinésia Francesa em 2013 (BESNARD et al., 2014; OLIVEIRA MELO et al., 2016).

Adicionalmente às constantes mudanças nas diretrizes oficiais observadas no início da epidemia, outro fator pode ter contribuído para o “*delay*”. A partir de 2017 até os dias atuais, se observa uma diminuição nos casos de SCZ. Tal redução trouxe consigo uma falsa sensação de que o problema havia sido solucionado (AVELINO-SILVA, 2018).

Porém, segundo o Boletim Epidemiológico nº13, de abril de 2019, haviam sido registrados 2.493 casos prováveis de infecção pelo ZIKV no Brasil até a semana epidemiológica nº52 de 2018; o que representava uma melhora significativa quando comparado com os dados de 2017, que foram registrados 10.286 casos prováveis (BRASIL, 2018, 2019a, 2019b), mas reflete a certeza de que o vírus se mantinha circulante no território nacional.

Assim, apesar da diminuição da incidência do ZIKV, suas consequências deverão ser sentidas em longo prazo, como disse, em 2017, o diretor do DEVI/SVS/MS, Cláudio Maierovitch Henriques (BRASIL, 2017a, p.15): “a situação é grave e suas consequências tardias podem ser ainda mais; [...] O problema não será passageiro e o fôlego para enfrentá-lo deve ser longo”.

Portanto, era especialmente preocupante a suposição de que os médicos e enfermeiros que realizavam assistência em puericultura, em emergência pediátrica e sala de parto não estavam devidamente atualizados sobre a SCZ, visto que alguns pesquisadores sinalizaram a possibilidade de um segundo surto da epidemia (AVELINO-SILVA; KALLAS, 2018).

Além disso, profissionais deveriam estar cientes e atentos aos sinais e sintomas mais sutis da SCZ, de modo a referenciar as crianças segundo o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), sob pena de que esses infantes perdessem a oportunidade de reverter ou estacionar os seus respectivos atrasos do desenvolvimento, direcionados por uma equipe especializada (BRASIL, 2017b).

O déficit de informações em SCZ não era exclusivo do Brasil. Estudos realizados na Índia e Singapura revelaram lacunas de conhecimento entre profissionais de saúde de várias classes (SINGH et al., 2017; YUNG et al., 2017). No Brasil, em resposta a esta demanda, alguns órgãos governamentais e não governamentais se propuseram a prover informações sobre a SCZ através de websites, como por exemplo a SBP — Sociedade Brasileira de Pediatria.

Entretanto, ao analisar informalmente algumas fontes, constatei que muitos apresentaram informações defasadas; enquanto outros publicaram informações superficiais. Vale ressaltar que muitas destas fontes são pagas, além disso, abordam principalmente a microcefalia, enquanto que pouco se fala sobre a SCZ de maneira ampla, de modo que o conhecimento importante para a atualização profissional encontrava-se indisponível ou fragmentado na internet, tornando difícil a tarefa de garimpar as informações mais recentes.

Deve-se dizer ainda que há uma discrepância no número de pesquisas, com muito mais estudos direcionadas à população em geral ou às gestantes (BHAT, 2017; CHANDRASEKARAN et al., 2018; TEICH et al., 2018), quando se compara com aquelas que focam nos profissionais de saúde (KATLER et al., 2017; SINGH et al., 2017; YUNG et al., 2017).

Portanto, a relevância do presente estudo reside em entender (na perspectiva do profissional de saúde que presta assistência à criança dentro do Distrito Sanitário III da cidade do Recife) como se deu a atualização profissional no contexto da SCZ em 2015; considerando (i) que se tratava de uma morbidade nova, e por isso os conhecimentos ainda estavam sendo construídos; e (ii) que posteriormente se apresentou um cenário de aparente melhora da incidência dos casos. Para isso, este estudo está ligado à linha de pesquisa de Educação em Saúde.

Esperamos que este trabalho contribua com a programação de estratégias de atualização profissional durante futuras emergências de saúde pública (como foi o ZIKV e como está sendo a pandemia do SARS-Cov-2).

1.1 PERGUNTA CONDUTORA DO ESTUDO

Como se deu o processo de atualização profissional acerca da Síndrome Congênita do Zika na perspectiva dos médicos e enfermeiros do DS III da cidade do Recife na epidemia de 2015?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Construir uma teoria fundamentada em dados que explique o processo de atualização profissional de médicos e enfermeiros da rede básica e hospitalar sobre Síndrome Congênita do Zika no DSIII da cidade do Recife na epidemia de 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Compreender as motivações dos médicos e enfermeiros que atuam na rede básica e hospitalar que influenciaram no processo de atualização sobre SCZ.
- Identificar as estratégias educacionais que os profissionais de saúde utilizaram para se manter atualizados sobre SCZ.
- Caracterizar as estratégias educacionais que os profissionais de saúde utilizaram para se manter atualizados sobre SCZ.
- Compreender o papel da mídia durante a Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional do ZIKV 2015.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS: “THE PERFECT STORM”

O ZIKV foi isolado inicialmente em primatas no ano de 1947, na floresta Zika, localizada em Uganda (DICK; KITCHEN; HADDOW, 1952). A palavra “zika” na linguagem local significa “crescido além dos limites” ou “crescimento além do esperado”, o que posteriormente se tornou uma metáfora para a epidemia causada pelo vírus, em 2015 (BARDOSH, 2020).

Trata-se de um RNA vírus de formato esférico, transmitido através de artrópodes (*arthropod-borne virus* ou “arbovirose”), pertencente à família *Flaviviridae* (DICK; KITCHEN; HADDOW, 1952). Apresenta similaridades na estrutura molecular bem como na apresentação sintomatológica em relação às outras arboviroses tais como dengue, febre amarela e chikungunya, o que torna, portanto, difícil o diagnóstico clínico e laboratorial, dadas as altas taxas de reatividade cruzada nos testes sorológicos entre essas viroses (MUSSO; KO; BAUD, 2019).

A linhagem ancestral Africana do ZIKV se comportava inicialmente como uma endozoonose, circulando entre primatas e mosquitos silvestres, com infecção esporádica em humanos (MUSSO; KO; BAUD, 2019). No período de sessenta anos que se seguiram ao descobrimento do vírus, houve apenas 14 indivíduos infectados citados na literatura (BARDOSH, 2020).

Entretanto, à medida que o ZIKV migrou, aconteceram mutações, e surgiu da linhagem Asiática, que possui a capacidade de ser transmitido por mosquitos urbanos (como por exemplo, o *Aedes aegypti*) (MUSSO; KO; BAUD, 2019). Atualmente, se reconhece que há duas linhagens diferentes, Africana e Asiática, que têm expressões distintas em humanos tanto in vitro quanto in vivo (BEAVER et al., 2018).

A primeira epidemia que se tem registro do ZIKV foi documentada na Micronésia, mais particularmente na ilha Yap, em 2007 (BEAVER et al., 2018; BESNARD et al., 2014; OLIVEIRA MELO et al., 2016). Sobre este episódio, sabe-se que 73 % da população foi infectada apresentando sintomatologia leve, ou assintomática, em um período de seis meses, evidenciando a capacidade epidêmica do vírus (BARDOSH, 2020).

Um segundo surto foi reportado no Taiti em 2013 (na ilha da Polinésia Francesa), nesta ocorrência, mais de 30.000 indivíduos foram infectados. O ZIKV, desta vez, exibiu uma gama

de apresentações que variavam entre dois polos: da forma assintomática até a Síndrome de Guillain-Barré — SGB (emergência neurológica autoimune grave que causa déficit de força muscular ascendente e progressiva). Naquele momento, preocupações surgiram sobre a possibilidade de outras sequelas neurológicas graves em humanos, visto que não mais se tratava de uma doença leve e autolimitada (AMAN; KASHANCHI, 2016; BARDOSH, 2020).

No final de 2014, uma “síndrome exantemática indeterminada”, clinicamente diferente da dengue, inundou emergências brasileiras com pacientes de todas as faixas etárias apresentando doença sistêmica leve e autolimitada. Inicialmente, se pensou em um processo alérgico intenso, porém, em abril de 2015, a Universidade Federal da Bahia identificou a etiologia dessa epidemia, como sendo o ZIKV, primeiro caso autóctone nas Américas (BRASIL, 2017b; SOUZA et al., 2018; ZANLUCA et al., 2015).

A partir de setembro de 2015 maternidades do Nordeste do Brasil, particularmente do estado de Pernambuco, presenciaram a ocorrência sem precedentes de bebês microcéfalos, extremamente irritados, que apresentavam convulsões e calcificações cerebrais (BARDOSH, 2020). No mês de outubro de 2015, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS-PE) lançou a nota técnica número 43 no seu *website*, alertando quanto a uma possível alteração de ocorrência de microcefalia em nascidos vivos (PERNAMBUCO, 2015a). Três dias depois o mesmo órgão torna pública outra nota técnica conjecturando etiologias para a mudança no padrão epidemiológico de microcefalia encontrado — dentre as possíveis causas, encontrava-se o ZIKV (PERNAMBUCO, 2015b).

Daí em diante surgiram informativos, notas técnicas e guias cujo intuito foi tentar direcionar os profissionais de saúde sobre o diagnóstico e conduta desses bebês. Neste sentido, a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco lançou o Guia Clínico e Epidemiológico – Microcefalia: Volume 1, trazendo definições de microcefalia e apresentando um fluxograma de ação (ROSMAN et al., 2015), entretanto, ainda sem definição etiológica.

Porém, naquele mesmo mês, a FIOCRUZ reportou o isolamento do ZIKV no líquido amniótico de gestantes no interior da Paraíba, cujos fetos foram diagnosticados com microcefalia através de ultrassonografia obstétrica, estabelecendo uma forte ligação entre o vírus e as malformações observadas, iniciando a discussão no meio científico sobre a possibilidade de que as alterações observadas eram causadas por um vírus que até então era considerado pouco agressivo (BRASIL, 2017b; FIOCRUZ, 2015; SCHULER-FACCINI et al., 2016).

Desde essa data até o presente momento, a definição de microcefalia foi modificada três vezes, sendo que o documento oficial mais recente diz que recém-nascidos devem ser

classificados como microcéfalos se possuírem perímetro cefálico (PC) menor que 2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento InterGrowth, sendo o padrão de referência para 37 semanas de 30,24 cm para meninas e 30,54 cm para meninos (BRASIL, 2017a; PERNAMBUCO, 2015d, 2015c).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde declarou a situação como sendo uma Emergência Pública de Saúde de Interesse Internacional (GULLAND, 2016). Segundo dados epidemiológicos, foram notificados no Brasil 17.041 casos suspeitos de microcefalia entre novembro de 2015 e dezembro de 2018 (com pico de incidência em 2016), sendo que a maioria dos casos (58%) estava na região Nordeste. Observou-se que o estado com mais notificações foi Pernambuco (16,4%), sendo que dentre esses casos notificados, 471 foram confirmados, 180 permaneciam em investigação e 103 foram inconclusivos (BRASIL, 2019b).

Diante da crise, o governo brasileiro declarou uma verdadeira guerra ao mosquito. Com a aproximação das Olimpíadas de 2016, sediada na cidade do Rio de Janeiro, forças militares foram às ruas com fumigadores, larvicidas (o que angariou muitos comentários nas redes sociais) e informações impressas como resposta à pressão da mídia local e internacional (ANTUNES; OLIVEIRA; REBOUÇAS, 2018; BARDOSH, 2020)

Ainda como estratégia de deter a expansão do problema, o ministro da saúde, aconselhou as mulheres a adiar seus planos de gravidez, contribuindo para instalação de um estado de ansiedade geral (BARDOSH, 2020; FORMENTI, 2015). Outras recomendações pouco eficazes foram muito criticadas, como o uso de roupas com mangas longas em um clima tropical e adoção do comportamento de abstinência sexual (BARDOSH, 2020).

Muitos fatores contribuíram para que a epidemia do ZIKV no Brasil fosse diferente. A expressão “*perfect storm*” ou tempestade perfeita, em tradução livre, foi utilizada em alguns artigos científicos, e refletia a ideia que a conjunção de fatores sociais, epidemiológicos, ecológicos, climáticos, culturais e políticos criaram um cenário notadamente favorável ao surgimento de uma das maiores crises de saúde pública no Brasil (MUSSO; KO; BAUD, 2019).

Primeiro, o ZIKV encontrou a população uniformemente suscetível, já que apesar de haver ocorrência de outras arboviroses, como dengue, há alguns anos, estas não conferiam proteção imunológica contra o novo vírus (MUSSO; KO; BAUD, 2019). Em segundo lugar, as condições climáticas do Nordeste do Brasil — calor e umidade — favoreciam a reprodução do principal mosquito vetor, isto é, o *Aedes aegypti* (BARDOSH, 2020). Adicionalmente, conforme já havia sido destacado em estudos sobre dengue, as condições sociais (ausência de saneamento básico, alta densidade populacional) foram determinantes na perpetuação de arboviroses (BERMUDEZ-TAMAYO et al., 2016).

Afora fatores sociais e climáticos, grande parte da população nordestina não possuía fornecimento regular de água, sendo da cultura local estocar água potável em depósitos, beneficiando assim a reprodução do mosquito (BARDOSH, 2020). Além disto, pesquisas mais recentes postulam que houve mutações na linhagem Asiática (neurotrópica) originando uma nova subclasse (Americana), tornando o vírus mais agressivo e ainda mais neurotrópico (BEAVER et al., 2018; MUSSO; KO; BAUD, 2019).

Assim, todas as características favoráveis ao aparecimento de uma grande crise estavam presentes em Pernambuco. Pesquisas referiram-se à capital, Recife, como o epicentro da crise (BARDOSH, 2020; MOORE, 2016; PIERSON; YERUVA; EL-MALLAKH, 2018), e estimava-se que em torno de 60 % dos 1.500.000 habitantes tenha sido infectado à época. Esse número expressivo foi um fator de peso para detecção de complicações que antes não tinham sido relatadas. Estudos descrevem que aproximadamente 90% dos casos de recém-nascidos vivos com microcefalia aconteceram neste estado, porém, o número exato de crianças expostas ao vírus durante a gestação ainda permanece uma incógnita nos dias atuais, visto que 50-80% dos indivíduos infectados não apresentaram sintomas (MUSSO; KO; BAUD, 2019; SOUZA et al., 2018).

Observou-se que as mães de crianças com microcefalia eram predominantemente mulheres jovens, pobres, que habitavam em favelas cujas habitações não possuíam tela nas janelas nem suprimento regular de água, condições perfeitas para a reprodução do mosquito vetor (BARDOSH, 2020; SOUZA et al., 2018).

Descobriu-se também que a transmissão materno-fetal pode ocorrer independente da sintomatologia da gestante, em qualquer tempo da gestação, mas estima-se que ela ocorra principalmente no primeiro trimestre. Observou-se que a transmissão vertical esteve presente em 20 a 30% dos casos, número similar a outras malformações congênitas, porém, surpreendentemente, 45 % dessas crianças infectadas *in utero* não apresentaram nenhum sinal ou sintoma de complicação na primeira semana de vida, enquanto que apenas 4 a 6% dos filhos de mães infectadas apresentou microcefalia ao nascimento (MUSSO; KO; BAUD, 2019).

Assim, o diagnóstico de infecção vertical tornou-se um desafio. Relata-se que recém-nascidos com alterações cerebrais (calcificações, ventriculomegalia, lisencefalia e polimicrogiria) em sua maioria, não apresentaram positividade em testes laboratoriais específicos para ZIKV, enquanto que metade dos casos com testes positivos não exibiam sinais de malformações no sistema nervoso central. Isto é, nem a positividade laboratorial nem a ausência de alterações eram evidências suficientes para descartar a hipótese de que o recém-nascido foi infectado durante o período fetal (DE ARAÚJO et al., 2018).

Embora a microcefalia seja a alteração que mais ganhou atenção dentro da comunidade científica à época do surto, atualmente, se sabe que a infecção fetal pode trazer como consequência não apenas o acometimento do volume craniano (traduzido pelo PC), mas sim uma miríade de alterações; fato este que levou à caracterização da Síndrome Congênita do Zika — SCZ (BEAVER et al., 2018; OLIVEIRA MELO et al., 2016; PERNAMBUCO, 2017; VOL et al., 2018; WALKER et al., 2018).

Inicialmente, observou-se que nem todos esses recém-nascidos microcéfalos possuíam alterações cerebrais, e que algumas crianças com PC dentro da normalidade apresentavam malformações no sistema nervoso central (DE ARAÚJO et al., 2018). Posteriormente, à medida que as pesquisas avançaram, mais complicações foram adicionadas à SCZ. Foram observadas alterações visuais, auditivas, artrogripose, epilepsia, hiper ou hipotonia, atrasos do desenvolvimento e microcefalia pós-natal, porém o espectro da SCZ ainda não foi completamente delineado (MUSSO; KO; BAUD, 2019; PERNAMBUCO, 2017).

Como relatado anteriormente, ressalta-se que as alterações podem acontecer associadas ou não à presença de microcefalia à ocasião do nascimento, e ainda, podem passar a existir durante o desenvolvimento da criança; o que leva a crer que a exposição fetal — independente do período gestacional — ao ZIKV pode induzir danos contínuos ao indivíduo. Um exemplo disso são os achados de microcefalia e calcificações encefálicas pós-natais, com exames pré-natais normais (WALKER et al., 2018).

Desta maneira, acorda-se que outros sinais, além da microcefalia, devem alertar o profissional de saúde para iniciar investigação de casos suspeitos de SCZ, a saber: desproporção craniofacial, deformidades articulares de membros, duas ou mais alterações neurossensoriais (visuais ou auditivas), alteração no exame de imagem — Ultrassonografia Transfontanela ou Tomografia Computadorizada — e alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2017a; PERNAMBUCO, 2017).

Ainda se cogita se a exposição ao ZIKV intra-útero é um dos múltiplos fatores que corroboram na patogênese da esquizofrenia, a exemplo de outras infecções congênicas como rubéola e toxoplasmose (PIERSON; YERUVA; EL-MALLAKH, 2018). Recentemente, foi reportado um caso de Síndrome de Alice no País das Maravilhas na Venezuela ligada à infecção por ZIKV. Tratava-se de uma adolescente de quinze anos, que apresentou alterações na percepção da forma dos objetos e do próprio corpo, acompanhadas de alucinações severas e distorção do tempo e do espaço. Os sintomas neurológicos começaram sete dias após uma febre exantemática, e posteriormente a infecção aguda pelo ZIKV foi confirmada através de testes de

imunofluorescência — IgG negativo e IgM positivo para ZIKV (PANIZ-MONDOLFI et al., 2018)

Alguns pesquisadores postularam que o espectro de alterações causadas pelo ZIKV poderia estar ligado ao possível efeito modificador causado por uma infecção anterior pelo vírus da dengue ou chikungunya. Isto se daria pelo achado *in vitro* de similaridade antigênica entre os vírus, que causaria aumento da sua infectividade (LYNCH et al., 2018). Outros estudos sugeriram que a infecção prévia pela dengue seja o gatilho para uma nova reação mediada por linfócitos de memória tipo B, de maneira que a resposta imune do hospedeiro seria alterada, quando comparada aos pacientes que não foram expostos ao vírus dengue previamente (AVELINO-SILVA; KALLAS, 2018; CAMPOS et al., 2018; ROBBIANI et al., 2017).

Hoje se supõe-se que a variabilidade de apresentação da SCZ e o acometimento neurológico do ZIKV (nunca antes reportada em uma arbovirose (BARDOSH, 2020)), seja influenciada pelo background genético do indivíduo infectado, porém, a diferença de patogenicidade entre as linhagens ainda não está totalmente esclarecida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Entretanto, ressalta-se que pesquisas mais aprofundadas estão sendo realizadas no intuito de esclarecer as muitas lacunas no conhecimento.

Uma das lacunas debatidas sobre a epidemia do ZIKV, no Brasil, trata do fato de a região Nordeste ter sido incomparavelmente mais acometida durante a epidemia de 2015, dado que, apesar de compartilhar semelhanças, não se observou surtos de microcefalia com o mesmo impacto em outros aglomerados urbanos do país. Adicionalmente, questiona-se o porquê do não aparecimento de um evento dessa magnitude em outros países latino-americanos (BARDOSH, 2020).

Outro ponto de discussão a ser esclarecido é o declínio das notificações brasileiras de novos casos de SCZ e de infecção pelo ZIKV observado em 2017. Alguns pesquisadores questionam se os casos foram subnotificados, enquanto que outros cientistas atribuíram esse fato à imunidade de grupo, ou efeito de rebanho; isto é, pessoas imunes protegem indiretamente indivíduos susceptíveis dentro de uma dada comunidade (BARDOSH, 2020; CAMPOS et al., 2018; JOHNI; SAMUELL, 2000; PIERSON; YERUVA; EL-MALLAKH, 2018). Há ainda o fato de que as arboviroses dependem das condições climáticas, e que houve, em 2018, diminuição também da incidência de dengue e chikungunya (BARDOSH, 2020; BRASIL, 2019a).

Assim, diante do contexto complexo que ainda permeia a recente epidemia do ZIKV, permanece o desafio para os gestores, profissionais, e familiares de oferecer uma assistência especializada para as crianças infectadas, sem deixar de lado a importância do cuidado integral

e articulado entre a atenção básica e especializada, para que dessa maneira, haja promoção de um futuro com integração social e mais autonomia (BRASIL, 2017a; VOL et al., 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico nº13, em 2019 foram registrados 393 casos prováveis de SCZ, sendo 59 confirmados, enquanto que foram registradas 280 gestantes como casos prováveis, sendo 110 confirmadas (BRASIL, 2019a). Como se vê, a epidemia continuou.

Entretanto, o problema é ainda maior. O Boletim Epidemiológico nº8 nos informa que foram registrados 2.865 casos confirmados de SCZ (entre a semana epidemiológica 45/2015 e 52/2018). Desses, apenas 60% receberam atendimento de puericultura, 34,9% foram atendidos em serviços de estimulação precoce e 63,8% foram atendidos em serviços de atenção especializada (BRASIL, 2019b). Ou seja, mesmo entre os pacientes que possuem diagnóstico confirmado, a assistência de saúde esteve longe de ser ideal.

Sobre esse assunto, pesquisadores apontaram ainda em 2017 a sua preocupação com as consequências que o atraso entre a produção de conhecimento e a disseminação desse conhecimento (ou seja, a lacuna translacional) poderia trazer no prognóstico de crianças que não se beneficiassem de cuidados específicos para detectar atrasos do crescimento (MORAIN; WOOTTON; EPPES, 2017).

Desta maneira, torna-se importante a compreensão do processo de atualização profissional dentro do cenário da cidade do Recife, epicentro da epidemia do ZIKV, considerando as etapas da pesquisa médica translacional.

2.2 EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL: OS DESAFIOS DA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DA PESQUISA MÉDICA TRANSLACIONAL

Nesta seção serão discutidos importantes conceitos para a esta dissertação. Iniciaremos explicitando aspectos da pesquisa translacional e suas peculiaridades na realidade brasileira, seguido por uma explanação da atualização profissional na saúde dentro do panorama do SUS, bem como algumas teorias existentes sobre motivação para aprendizagem. Por fim, terminaremos este seguimento com considerações sobre eventos que se caracterizam como emergências de importância nacional e internacional.

2.2.1 Pesquisa Médica Translacional

A pesquisa médica translacional estuda o processo temporal que compreende desde a geração de conhecimentos científicos até a sua aplicação na prática, tendo como objetivo o benefício do usuário de saúde (TROCHIM et al., 2011; WOOLF, 2008). Assim, a pesquisa médica translacional envolve a descoberta de uma ideia até a avaliação do impacto que aquele produto gerou na saúde das pessoas (WOOLF, 2008).

Tradicionalmente, a pesquisa médica translacional é concebida como um processo composto de duas esferas, T1 e T2, onde T1 refere-se às pesquisas básicas (como bioquímica e biofísica), cujo objetivo é o desenvolvimento de novas terapias, métodos diagnósticos, tecnologias ou métodos suporte. Por outro lado, T2 refere-se ao aumento da qualidade da assistência através do acesso à informação, à reorganização de sistemas de cuidado, à mudança de comportamento (de pacientes e profissionais) e à confecção de ferramentas de suporte à tomada de decisão (SUNG et al., 2003; WOOLF, 2008).

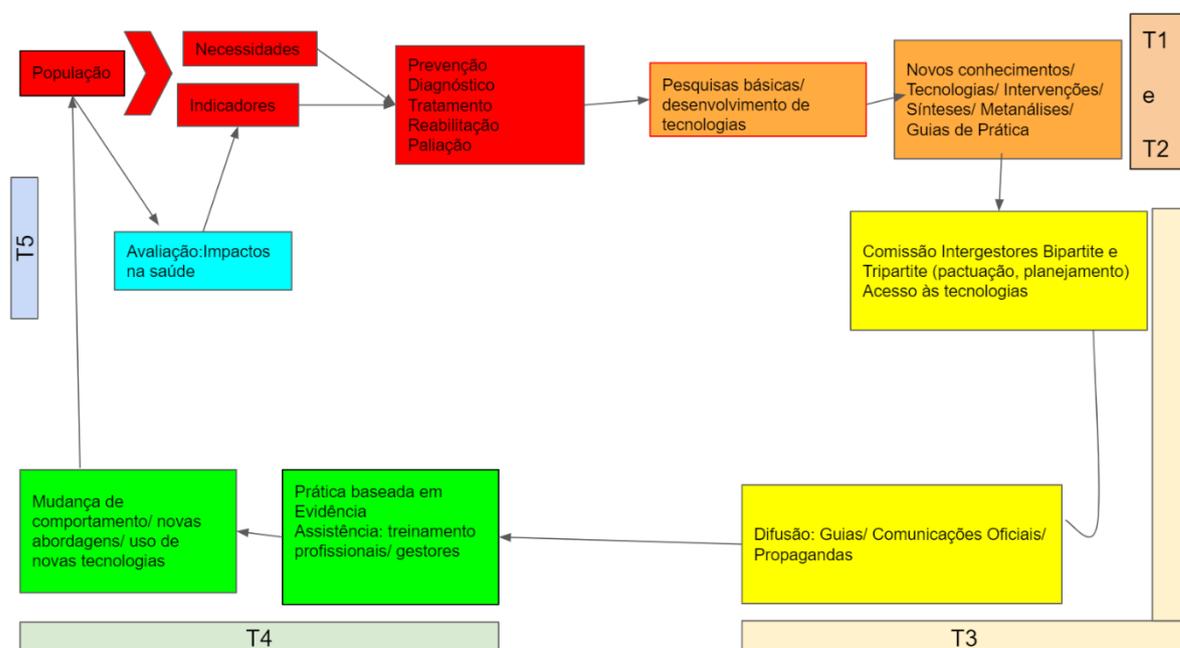
Ao longo do tempo, muitos teóricos têm proposto modelos conceituais para a pesquisa translacional (GRAHAM et al., 2006; STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009; WESTFALL; MOLD; FAGNAN, 2007; WOOLF, 2008). O trabalho de Trochim et al (2011) reuniu os vários modelos conceituais da pesquisa médica translacional em um único modelo mais geral, que contemplou todos os outros. Neste modelo, o autor enfatiza que a pesquisa médica translacional não é um processo linear, mas sim um “*continuum*” composto de cinco processos: i) pesquisas básicas (“*bench*”, ou pesquisa de bancada, em referência às bancadas de laboratório); ii) pesquisas clínicas (“*bed side*”, ou, ao lado da cama, em referência ao leito do paciente); iii) síntese de pesquisas através de revisões, metanálises e “*guidelines*”; iv) prática baseada em evidências; e v) verificação dos impactos na saúde (TROCHIM et al., 2011).

A pesquisa básica do modelo de Trochim correspondeu à fase T1 do modelo tradicional, enquanto que a fase T2 foi redistribuída entre a pesquisa clínica, a síntese de pesquisas e prática baseada em evidências. Por outro lado, o processo de avaliação de impactos na saúde foi acrescentado posteriormente e incorporado no modelo de Trochim (TROCHIM et al., 2011).

Neste cenário, os autores da pesquisa médica translacional advogam que quanto menor for o tempo entre os processos, desde que a qualidade e a ética sejam preservadas, maiores e melhores serão os impactos na saúde da população, que se beneficiará de um cuidado baseado nas mais novas evidências. Entretanto pesquisas reportam que as informações científicas demoram em torno de 17 anos para serem incorporadas na prática profissional (MORAIN; WOOTTON; EPPES, 2017). A esse conceito de atraso entre os processos da pesquisa médica translacional denominou-se de “*time lag*” ou “*translational gap*”, ou lacuna translacional (TROCHIM et al., 2011; WOOLF, 2008).

Diante deste panorama, Lupatini et al (2019) trouxe o modelo de Trochim para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando os atores dos processos, dentro da realidade brasileira (LUPATINI et al., 2019). Esses processos estão ilustrados a seguir (Figura 1):

Figura 1. Etapas da Pesquisa Médica Translacional



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019. Baseado em Lupatini et al., 2019.

Diferente dos anteriores, este modelo conceitual identifica que as informações que serão testadas na fase T1 são fruto de indicadores de saúde e necessidades reais da população. Nele, observamos que T2 continua se referindo à pesquisa clínica, porém, o processo T3 compreende não só a geração de evidências e sua difusão (como no modelo de Trochim), mas também a definição de prioridades pelas Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite, assim, dentro de T3, são definidas políticas públicas e são pactuados termos de colaboração.

O processo T4 compreende a incorporação da informação na prática clínica através de ações de atualização profissional e mudança de comportamento, enquanto que o processo T5 abrange avaliações do impacto na saúde da população que aquela nova informação causou. Portanto, identifica-se que as práticas educativas na saúde fazem parte da etapa T4 da pesquisa médica translacional.

2.2.2 Atualização Profissional

Historicamente a atividade educativa na saúde apareceu pela primeira vez na VI Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1977 com o termo “educação continuada” para designar a necessidade de introdução de novos conhecimentos à formação de sanitaristas (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Esse movimento é tradicionalmente caracterizado por cursos periódicos que enfocam na atualização dos saberes e posiciona-se como um continuum da formação universitária (BRASIL, 2006).

A ideia da educação dos trabalhadores no setor da saúde foi bastante debatida e considerada como sendo uma das responsabilidades do SUS, através da Lei federal n. 8.080/90, conforme pode-se observar nos textos oficiais e relatórios das diversas CNS (BRASIL, 1990; CECCIM, 2005). Dentro desse contexto, conceitua-se como “atualização profissional” a atividade educacional que tem por função elevar o conhecimento do adulto (andragogia) no que concerne os novos conhecimentos. Ceccim (2005) defende que a atualização é uma tarefa complexa devida a rapidez com que conhecimentos se renovam na área da saúde.

A teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) foi desenvolvida por David Ausubel na década de sessenta do século passado, a partir de estudos cognitivos aplicados à educação. Ausubel postula que os conhecimentos adquiridos estão dispostos na da cognição humana obedecendo uma estrutura organizacional (LEMOS, 2016) (AUSUBEL, 2003)

Em uma camada mais interna e mais estável, está um “*pool*” de conceitos adquiridos ainda na infância, através de um processo chamado de formação conceitual. Esses conhecimentos foram incorporados à estrutura cognitiva através de experiências, nomeações, formulação de hipóteses e testagem (AUSUBEL, 2003).

À aquisição e retenção de novas ideias, processo presente a partir da idade escolar, chamou-se de assimilação conceitual, que é o fruto de um processo ativo e interativo entre novos saberes e conceitos relevantes previamente estabilizados na estrutura de conhecimentos do aprendiz, com as quais essas novas ideias irão se relacionar de maneira particular e específica (AUSUBEL, 2003).

Ao relacionamento entre as informações novas e aquelas já consolidadas no arcabouço teórico do aprendiz, o autor denominou de ancoragem. Vale ressaltar que o processo de ancoragem de conhecimentos novos acontece de maneira diferente para cada ser humano, visto que tanto a estrutura cognitiva prévia quanto o processamento dessas novas ideias se dá de forma peculiar em cada indivíduo; sendo influenciado pela história de vida, pela prática, pela

capacidade cognitiva, pelo contexto cultural, pelo estado emocional, entre outros fatores (AUSUBEL, 2003),(AUSUBEL; FITZGERALD, 1961).

Assim, à luz da TAS de Ausubel, infere-se que informações advindas de ações de atualização profissional terão maior força no aprendizado se considerarem o cognitivo prévio do profissional porque serão associadas através da estrutura para ancoragem. De maneira semelhante, deduz-se que o processamento de novos conhecimentos depende também de experiências emocionais e da história de vida dos profissionais de saúde.

2.2.3 Algumas Teorias de Motivação para Aprendizagem

O estudo de Ikenwilo e Skåtun encontrou que as principais barreiras que influenciam os profissionais a participarem de estratégias educativas são a falta de tempo, de financiamento ou de motivação (IKENWILO; SKÅTUN, 2014).

Existem muitas teorias sobre a motivação humana para aprender. As teorias mais recentes consideram que a motivação não é um processo isolado na cognição de uma pessoa, mas a interação entre indivíduos e destes, com um contexto comunitário mais abrangente (COOK; ARTINO, 2016).

Uma dessas teorias, a teoria de Valor-Expectativa de Eccles et al. (2005) pontua que a motivação é produto de uma articulação entre quatro componentes, a saber: i) valor de realização, ou seja, qual é a importância atribuída ao fato de conseguir realizar determinada tarefa; ii) valor intrínseco, que é o prazer de realizar a tarefa em si; iii) valor da utilidade, que refere-se a como o alcance de determinada meta será útil para os objetivos pessoais, se relaciona com o senso de “*self*” e com fatores emocionais; e, iv) o custo atribuído à tarefa a ser realizada (ECCLES, 2005).

Todos esses fatores são influenciados por aspectos culturais da sociedade na qual o indivíduo está inserido, bem como aspectos demográficos (idade, sexo, paridade), características pessoais como crenças, atitudes, ordem de nascimento dentro da família e experiências anteriores (ECCLES, 2005).

Já a teoria da Autodeterminação de Decy e Ryan postula que a motivação para aprender varia de qualidade e intensidade. O tipo mais encontrado na criança, a motivação intrínseca, está fundamentada no prazer do desempenho da tarefa. Trata-se da motivação mais salutar, criativa e fértil, quando comparada com a motivação extrínseca.

Já as influências externas como cobranças de chefias, prazos, penalidades ou benefícios (motivações extrínsecas), mais encontradas nos adultos, não são necessariamente ruins, mas

são motivações mais fracas, contudo, podem se tornar motivações intrínsecas (COOK; ARTINO, 2016; DECI; KOESTNER; RYAN, 1999).

Alguns fatores encorajam ou sufocam a motivação intrínseca, como presença ou ausência de autonomia de controlar as ações educacionais, noção de competência (se o aprendiz acha que tem competência ou não para desempenhar determinada tarefa) e afinidade. Sobre o último, pode-se dizer que é pautado por uma percepção de pertencimento e conexão com os sentimentos de outros indivíduos da comunidade (COOK; ARTINO, 2016).

Dentro do cenário da atualização profissional, o fator “afinidade” nutre a motivação interna quando o profissional experimenta uma conexão com o outro e um sincero desejo de trazer para o paciente a melhor assistência de saúde. Nesse contexto, van der Burgt identificou que um dos principais fatores da motivação do profissional médico é o cuidado ao paciente (VAN DER BURGT et al., 2018).

2.2.4 Atualização Profissional em Emergências de Saúde Pública

Há situações que exigem ações rápidas e efetivas de atualização profissional, como é o caso de emergências de saúde pública de interesse nacional ou internacional. Emergência de saúde pública de interesse nacional é um evento que apresenta risco de propagação de saúde para mais de uma unidade federativa; já a emergência de saúde pública de interesse internacional (ESPII) refere-se não apenas a doenças infectocontagiosas, mas sim a todas as ocorrências que possibilitem o risco de disseminação de doenças entre países, tais como desastres naturais, e que necessitem de coordenação de uma resposta internacional (CARMO; PENNA; DE OLIVEIRA, 2008; WHO, 2017).

Desta maneira, cabe perguntar: como se dá a atualização profissional em situações de crise de saúde pública? Alguns estudos foram publicados dentro do contexto internacional nas crises do vírus Ebola e *influenza*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), advoga que eventos de emergências de interesse internacional necessitam de soluções educacionais rápidas com foco no profissional de saúde, no intuito de melhorar os preparativos para crises (ou “*preparedness*” na língua inglesa), assegurando, entretanto, que os países tenham liberdade de adaptação das estratégias educativas conforme suas respectivas realidades estruturais, culturais e epidemiológicas (WHO, 2017).

Sobre esse assunto, a USAID (“*United States Agency for International Development*”, ou agência para desenvolvimento internacional dos Estados Unidos) publicou em 2009

juntamente com a OMS uma ferramenta que orienta gestores municipais para a situação de uma pandemia de *influenza*. O instrumento sugeriu que seja ofertado um curso de preparação para profissionais de saúde no intuito de que estes repassassem as informações à população durante o período do surto. O plano de aulas e a metodologia do curso é extensivamente destrinchada na ferramenta, e inclui estratégias de educação na saúde tradicionais e ativas (USAID, 2009).

Outras experiências sobre a atualização profissional em eventos de crise, são relatados na literatura científica dentro do contexto de preparativos para desastre. Sobre isso, autores relatam situações de enfrentamento que requereram ações imediatas, como desenvolvimento de protocolos, treinamentos com simulações, capacitações e disseminação rápida de informação (BELFROID et al., 2018; BOYCE; KATZ, 2019; HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ et al., 2017; MACARIO et al., 2007; RAJIAH et al., 2019; USAID, 2009; VARMA et al., 2017; WEBBY; WEBSTER, 2003; WILDER-SMITH et al., 2017; WILLIAMS; OKE; ZACHARY, 2019).

Assim sendo, durante esses momentos críticos de emergência de saúde pública, estudos relataram que mesmo diante de situações de estresse, a clareza dos protocolos, o acesso à informação, a oportunidade de fazer parte das decisões juntamente com a participação de treinamentos e simulações, foram fatores primordiais para que o profissional se sentisse calmo e seguro para repassar informações e prestar assistência aos pacientes, acarretando em impactos positivos na preparação para a epidemia em questão (BELFROID et al., 2018; RAJIAH et al., 2019).

Porém, a epidemia do ZIKV no Brasil em 2015 foi diferente das emergências citadas anteriormente. Primeiro, porque pensava-se ser uma virose com ótimo prognóstico (DEPOUX et al., 2018); segundo, pelo ineditismo de uma arbovirose ser o fator causal de uma síndrome congênita; e, terceiro, porque o conhecimento sobre a patogênese viral ainda estava sendo construído (BURKE, 2016; MAVIGNER et al., 2018).

Diante desse cenário, foram estabelecidos canais de comunicação entre as autoridades e os pesquisadores, pesquisadores entre si, e destes com a população no intuito de fazer com que as informações circulassem bidirecionalmente nesses meios. Entretanto, a incidência de microcefalia diminuiu, trazendo uma falsa sensação de que o problema se resolveu, e a despeito do fato de que as pesquisas ainda continuam, questiona-se se as informações geradas estavam chegando nos profissionais da assistência à saúde.

Desta maneira, estima-se que o custo social da lacuna translacional (isto é, o tempo entre a geração da informação pelos pesquisadores e a incorporação desta na prática de profissional), no caso da SCZ seja muito maior, quando se compara com outras patologias. Isso se deve ao fato de que as implicações do ZIKV nem sempre se traduzem em malformações visíveis, e, se

o profissional não estiver atento ao diagnóstico, a criança pode desenvolver comprometimentos graves do desenvolvimento (MORAIN; WOOTTON; EPPES, 2017).

2.3 A MÍDIA COMO MEDIADORA DE INFORMAÇÕES NA SAÚDE

Na literatura científica, o termo “mídia” se refere a uma gama de meios de comunicação. Dentro desse grande conjunto estão os meios tradicionais (televisão, jornais impressos, e comunicação via ondas de rádio) e as novas tecnologias (jornais online, noticiários online, blogs e outras mídias sociais) (AGUIAR; ARAUJO, 2016; ANTUNES; OLIVEIRA; REBOUÇAS, 2018; CAVACA; VASCONCELLOS-SILVA, 2015). Neste estudo, porém, utilizaremos o termo mídia como sinônimo de meios de comunicação de notícias, sejam eles impressos, televisionados ou online.

Nesse sentido, a literatura refere que o ZIKV foi inicialmente exposto na mídia como “doença com manchas vermelhas”. A primeira referência ao vírus apareceu na imprensa no Estado da Paraíba, quando as autoridades suspeitavam de que era um novo tipo de dengue (AGUIAR; ARAUJO, 2016).

Posteriormente, com a descoberta do ZIKV, que até então era novo nas Américas, o então ministro da saúde, Arthur Chioro, utilizou os canais de comunicação para minimizar a infecção: “O zika vírus não nos preocupa. Trata-se de uma doença benigna que tem uma evolução para cura”(G1, 2015).

Porém, depois, houve a suspeita de “algo de errado” no padrão de incidência de microcefalia; essa suspeita logo se traduziu em notas técnicas, que, por sua vez, reverberaram na mídia nacional e internacional, e, subsequentemente, foram amplificadas pelas redes sociais (BRASIL, 2017b; RIBEIRO et al., 2018). Por se tratar de um evento inesperado e inédito, para o qual não havia explicação, as notícias se espalharam rapidamente.

Porém, com o surgimento da microcefalia, as cogitações sobre possíveis culpados (fertilizantes, vacinas, desnutrição, e larvicidas) foram enfatizadas e repetidas pela mídia, de modo a aumentar ainda mais a desinformação e o pânico (YANG; DILLARD; LI, 2018). Desta maneira, o ZIKV e a SCZ dominaram as mídias nacionais e internacionais em 2016 ocasionando um pandemônio epidemiológico (BARDOSH, 2020; RIBEIRO et al., 2018; STREKALOVA, 2017).

Estudos sobre o impacto da grande mídia em episódios de saúde pública revelaram que a repetição, o enfoque da notícia, as discordâncias entre as fontes oficiais e a dramatização dos fatos são meios de interferir no entendimento, bem como aumentar a percepção do risco da

população, isto é, aumentar a sensação de medo a um determinado fator (STREKALOVA, 2017; YANG; DILLARD; LI, 2018).

Como ocorrido em outras emergências de saúde pública de interesse internacional, a epidemia do ZIKV foi considerada como uma epidemia midiática. Meios de comunicação valeram-se da crise para angariar audiência, contribuindo para a desinformação (CAYLÀ et al., 2016) e disseminação do medo, que em si, já traz sérias consequências sociais e econômicas (YANG; DILLARD; LI, 2018).

Em estudo realizado nos Estados Unidos pesquisadores observaram que na população de gestantes o medo do ZIKV era desproporcionalmente maior se comparado a outros grupos de mulheres e esteve próximo aos índices encontrados em eventos de ataques terroristas (como o ataque às torres gêmeas, em 2001). Além disso, o estudo encontrou que a frequência da abordagem ao tópico na mídia foi um dos principais fatores que influenciaram esses índices (YANG; DILLARD; LI, 2018).

Estudos sobre meios de comunicação em massa postulam que a grande mídia faz uso da capacidade do “enquadramento” e do “agendamento” das notícias para dirigir as percepções da população (MCCOOMBRS, 2014; RIBEIRO et al., 2018). O enquadramento (ou “*framing*”) é o enfoque que a grande mídia dá a determinado assunto, ressaltando certos aspectos e induzindo determinadas conclusões (RIBEIRO et al., 2018).

No Brasil, a epidemia do ZIKV foi bastante peculiar; o contexto de instabilidade política e as Olimpíadas contribuíram para que houvesse um enquadramento da epidemia pela mídia brasileira. Assim, diante do debate altamente politizado, a epidemia do ZIKV e a SCZ foram enquadrados em uma representação de guerra, cujos inimigos a serem derrotados eram o mosquito e a microcefalia, esse movimento foi chamado de “política do Zika” (RIBEIRO et al., 2018).

Além do enquadramento, a Teoria do Agendamento de McCombs diz que a mídia possui o poder de criar uma pauta dos assuntos de interesse. Portanto, pode-se dizer que notícias podem mudar de categoria (importantes/ não importantes) de acordo com os interesses midiáticos. Com isso, o autor advoga que meios de comunicação em massa têm o poder de direcionar a opinião pública (MCCOOMBRS, 2014).

Outro achado de estudos sobre a mídia é que quanto menos experiência sobre um determinado assunto um indivíduo possui, mais dependente da mídia ele se torna para entender e contextualizar esse assunto dentro da sua perspectiva de vida (CAVACA; VASCONCELLOS-SILVA, 2015).

Assim, a mídia fez comparações com o vírus Ebola, na tentativa de ancorar as informações da nova epidemia a pandemias passadas, o que corroborou com a transferência de sentimentos (medo e raiva) de uma epidemia para outra. O enfoque belicoso fez uso de metáforas de “biomilitarismo”, deu proeminência e legitimidade a determinadas decisões, mobilizou recursos, definiu agendas políticas e temas de pesquisa. Pode-se notar também que este enfoque da mídia brasileira na epidemia do ZIKV serviu para evitar que o debate recaísse sobre as iniquidades sociais, visto que a cartografia da epidemia coincidiu com os grandes bolsões de pobreza urbana no Nordeste (RIBEIRO et al., 2018).

Com a exposição repetida de imagens de crianças com microcefalia, a mídia “objetificou” o vírus, justificando a seriedade do ZIKV sobre outras epidemias com o intuito de atrair a atenção do público feminino, que se tornou o principal foco de audiência. Desta forma, observou-se que houve o “enquadramento” da epidemia como responsabilidade da mulher no que concerne à prática do sexo seguro (RIBEIRO et al., 2018; BARDOSH, 2020; SOUZA et al., 2018).

No Brasil, observou-se que as informações da epidemia do ZIKV foram difundidas de forma multidirecional. Seguiram de pesquisador para pesquisador; mas também de pesquisadores para gestores de saúde; gestores de saúde para população; gestores de saúde para profissionais; profissionais para gestores; profissionais para pesquisadores, e daí por diante (AVELINO-SILVA; KALLAS, 2018). De modo que, por meio da *web* e das mídias sociais, o conhecimento foi construído e capilarizado, através da publicação de documentos oficiais e compartilhamento de artigos científicos, artigos de revistas não especializadas, entrevistas disponibilizadas online, blogues, publicações em redes sociais, etc.

Sobre mídias sociais, que neste estudo refere-se a plataformas de compartilhamento de textos e imagens como blogs, Facebook®, Instagram® e Whatsapp®, sabe-se que podem ter um papel importante também na atualização profissional. A exemplo disso, Pinto e Rocha (2016) realizaram um estudo descritivo sobre o impacto da implementação em 2009 de Observatórios de Tecnologias de Informação em Serviços de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (OTICS-RIO). A principal ferramenta utilizada foram blogs, mantidos pelos próprios profissionais das ESF (Estratégia de Saúde da Família) e um espaço virtual (portal).

O conjunto de OTICS gerou uma rede, que permitiu a disponibilização materiais audiovisuais com informações técnicas produzidos para os trabalhadores, além de um espaço de *download/upload* de textos, de modo a facilitar a troca de informação entre os profissionais da rede básica, bem como entre os profissionais e os gestores. Além disso, foram realizadas campanhas de apoio a eventos específicos, como campanhas de vacinação, através de

“twittaços” (disseminação em massa dentro da plataforma Twitter® através de “*hashtags*”), com grande participação da população (PINTO; ROCHA, 2016).

Assim, diante desse contexto, questiona-se de que maneira a grande mídia e as mídias sociais influenciaram o processo de atualização profissional sobre a SCZ na cidade do Recife durante e depois do surto e como elas foram utilizadas por profissionais de saúde para se manter atualizados? Questiona-se também como aconteceu o processo de atualização profissional acerca da Síndrome Congênita do Zika na perspectiva dos médicos e enfermeiros da cidade do Recife.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

No intuito de responder à pergunta condutora deste estudo, bem como aos objetivos geral e específicos, realizou-se um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório transversal, que buscou conhecer e analisar o processo de atualização profissional entre médicos e enfermeiros que atuam na atenção básica de saúde, emergências pediátricas e em sala de parto em relação à SCZ e ao ZIKV.

3.2 TEORIA FUNDAMENTADA EM DADOS

Existem várias formas de se construir uma pesquisa qualitativa, porém, o presente estudo teve como referencial teórico-metodológico a Teoria Fundamentada em Dados (ou *Grounded Theory*) de Strauss (STRAUSS; CORBIN, 2015).

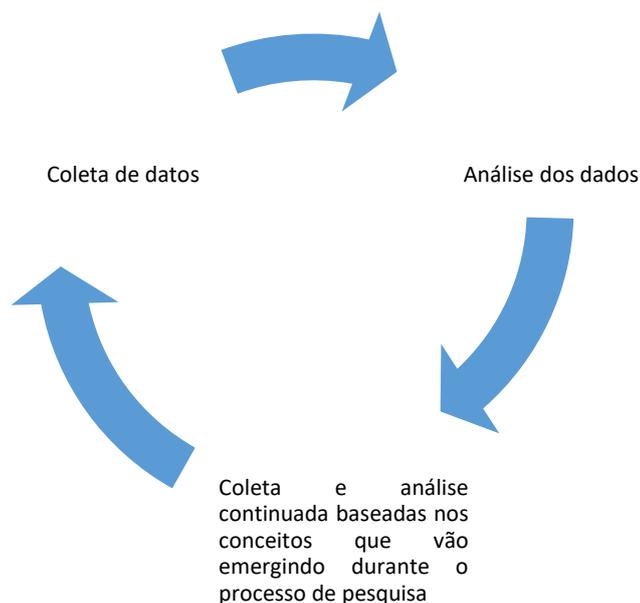
Essa abordagem consiste em um método de pesquisa criado por Glaser e Strauss em 1967 com o propósito de construir teorias baseadas nos dados coletados. Trata-se de uma metodologia única, visto que permite que a teoria surja após a análise dos dados (e não antes, como é usual em outras modalidades de pesquisa) levando ao desenvolvimento de explicações teóricas para fenômenos ainda não compreendidos (CRESWELL, 2014).

A teoria fundamentada em dados (TFD) foi escolhida porque sua função é compreender como indivíduos (ou grupos de indivíduos) vivenciam determinadas experiências, extraindo uma explicação teórica e lógica a partir da análise dos dados coletados (STRAUSS; CORBIN, 2015). Portanto, a escolha da TFD está em consonância com o objeto desse estudo; ou seja, a vivência da epidemia do ZIKV e da SCZ e o processo de atualização profissional em relação a esse fenômeno, cujas consequências são inéditas no universo científico.

Existem duas correntes interpretativas dentro da TFD: a interpretação pragmática de Strauss (1967) e a construtivista de Charmaz (2006). Segundo Creswell, Strauss utiliza procedimentos analíticos sistemáticos, procurando encontrar uma explicação teórica sobre um determinado processo; enquanto que Charmaz dá maior destaque às interpretações, valores, crenças, emoções, pressuposições e ideologias dos indivíduos reflexivos (CRESWELL, 2014).

Falando sobre a coleta de dados, considera-se como fontes possíveis na TFD recursos audiovisuais, documentos, observação e entrevistas; sendo as últimas as formas utilizadas nesta pesquisa. A TFD pressupõe que a análise e a coleta sejam feitas concomitantemente como ilustra a figura 2 a seguir.

Figura 2. Processo de Pesquisa na Teoria Fundamentada em Dados



Técnicas e Procedimentos para Desenvolvimento da Teoria Fundamentada em Dados. Adaptado de : Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, Juliet Corbin and Anselm Strauss, 4. Ed. p.7

A análise na TFD tem algumas características, sendo a primeira aquela que já foi abordada acima, isto é, de que a coleta e a análise devem ser feitas concomitantemente. O segundo aspecto trata sobre o processo de codificação dos dados. Codificar significa atribuir um sentido interpretativo a um segmento de informação dentro de um contexto de pesquisa qualitativa. Fazendo isso, a pesquisadora foi capaz de agrupar conceitos com características semelhantes sob um mesmo código.

O terceiro aspecto é que o processo de codificação em si, isto é, o desencadeamento de ideias que gerou o código, deve estar registrado em memorandos. Fazendo isto, a autora pôde voltar aos dados coletados (entrevistas) e comparar suas impressões tanto com outras fontes de informação (outras entrevistas coletadas previamente), bem como comparar os conceitos desenvolvidos com novas entrevistas, tornando a coleta-análise um processo dinâmico.

Outra característica da análise da TFD é que para que se chegue ao sentido que é traduzido pelo código, a pesquisadora realizou a técnica da microanálise descrita por Juliet Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2015) — principalmente nas primeiras entrevistas. Desta maneira a pesquisadora foi capaz de extrair os códigos iniciais, com menor nível de abstração, de modo que os dados “crus” foram trabalhados gerando códigos que traduzem conceitos básicos na hierarquia de abstração.

Em seguida, códigos “de base” foram organizados em categorias. Uma categoria reúne códigos que apontam no sentido de uma determinada ideia. Em outras palavras, conceitos com propriedades semelhantes são agrupados sob uma mesma categoria; sendo assim, as categorias constituem um nível superior de abstração quando comparadas com os códigos (STRAUSS; CORBIN, 2015).

Além de possuírem uma organização hierárquica, as categorias devem relacionar-se entre si e com a categoria central, isto é, a declaração (em poucas palavras) do tema central que permeia a teoria e é a essência do estudo. A organização da estrutura da teoria em níveis de abstração, sedimentada nos códigos “de base”, permite, segundo Juliet Corbin, que ela se torne “fundamentada nos dados” — origem do nome da metodologia (STRAUSS; CORBIN, 2015).

A TFD orienta que o pesquisador busque o “caso negativo” do seu estudo, que é aquele que não se encaixa no padrão. A análise do caso negativo é válida porque ele pode adicionar explicações alternativas à teoria, ressaltando que os processos mentais, assim como a vida, não obedecem a uma fórmula matemática (STRAUSS; CORBIN, 2015).

Embora a abordagem pragmática de Strauss empregue técnicas e procedimentos de análise que trazem a sensação de impor certa rigidez ao pensamento do pesquisador, ela permite que haja fluidez e flexibilidade, próprias da pesquisa qualitativa, de modo que pode-se demonstrar como os sentimentos e a lógica se misturam dentro de um certo padrão de comportamento apresentado por um grupo de pessoas (CRESWELL, 2014).

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos três níveis de assistência, dentro do território do Distrito Sanitário III (DSIII), da cidade de Recife, Pernambuco: i) primária, com Equipes de Saúde da Família (ESF); ii) secundária, emergência pediátrica do Hospital Maria Lucinda (HML) e, iii) terciária, na sala de parto do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) que detém uma maternidade de alto risco.

O DSIII foi escolhido por possuir notificações de casos confirmados de microcefalia por SCZ e por contar com todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário) no estudo, além da maternidade de alto risco permitindo uma modelagem mais completa

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídos na amostra enfermeiros vinculados à ESF, médicos pediatras que realizem consultas na emergência pediátrica supracitada e médicos pediatras que exerçam

assistência em sala de parto. O número de profissionais foi definido de acordo com a saturação teórica.

Foi realizada também uma amostragem teórica, procedimento que permite que o pesquisador busque as informações nos locais (ou com as pessoas) em que há maior probabilidade de maximizar a extração de dados relevantes sobre o objeto de estudo (STRAUSS; CORBIN, 2015).

Optou-se inicialmente por estudar as percepções dos médicos e enfermeiros porque se supôs que houve possibilidade de que eles poderiam se deparar, durante sua atividade laboral, com crianças que foram expostas ao ZIKV durante o período fetal e poderiam desenvolver a SCZ (com ou sem microcefalia).

Ressalta-se que o motivo de que apenas os enfermeiros terem sido incluídos na pesquisa (no contexto da ESF) deve-se ao fato de que são os profissionais responsáveis pela assistência à criança desde o nascimento até o segundo ano de vida, e por este motivo, supõe-se que eles vivenciaram os dois primeiros anos da epidemia de forma mais intensa — que coincide com o período de maior incidência.

Além disso, no intuito de desvelar o processo de atualização profissional sobre a SCZ, e seguindo a amostragem teórica, a pesquisadora sentiu a necessidade de incluir na amostra as chefias responsáveis pela ES. Portanto, as chefias da Neonatologia do HAM, da Emergência Pediátrica do HML, da Diretoria Executiva de Gestão em Trabalho e Educação em Saúde (DEGETES) da instância municipal e da Diretoria Geral de Educação em Saúde (DGES) da instância estadual. Além disso, tornou-se necessário entrevistar um pesquisador da equipe da força-tarefa estabelecida no início da epidemia do ZIKV, a fim de elucidar alguns pontos.

As entrevistas se realizaram em local e horário de escolha do profissional, de acordo com sua conveniência, de forma a deixá-lo à vontade quanto à sua disponibilidade de tempo, bem como à escolha do local, de modo que estes fatores apresentassem influência mínima nas respostas obtidas.

Para a entrevista com os enfermeiros das ESF foi estabelecido um contato telefônico prévio para agendamento, de acordo com orientação da chefia da Educação na Saúde do DSIII. Todos eles escolheram ser entrevistados no próprio local de trabalho. A entrevista de médicos pediatras que atuam na emergência pediátrica do HML foi realizada também no local de trabalho. Porém, nesse caso, foi feita uma abordagem direta com os candidatos, após autorização da chefia, e a coleta de dados se deu nos horários de descanso do setor. Semelhantemente, os médicos pediatras que atuam na sala de parto da maternidade do HAM

foram também abordados através de contato direto, e as entrevistas se deram dentro da própria maternidade após a autorização da chefia do setor.

As chefias entrevistadas não estavam previstas inicialmente na metodologia do projeto de pesquisa, portanto, foi necessário solicitar outra carta de anuência da DEGTEs. Após o aceite, foi agendada a entrevista via aplicativo de mídia social Whatsapp®. Já a chefia da DGEs foi contactada por e-mail, e foram marcados horário e local de acordo com a conveniência do profissional.

Para a definição do tamanho da amostra dos profissionais foi utilizada a saturação teórica, seguindo os pressupostos de Strauss e Corbin para a abordagem qualitativa da teoria fundamentada em dados (STRAUSS; CORBIN, 2015). Comumente, se define a saturação como o ponto na pesquisa em que não há mais surgimento de novos códigos, porém, a TFD considera que se atinge a saturação quando não há mais surgimento de categorias, e a teoria está bem estruturada do ponto de vista de nível de abstração e coerência entre as categorias (STRAUSS; CORBIN, 2015).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de 24 de abril a 5 de julho de 2019, sendo iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme detalhado na seção de aspectos éticos.

Foram realizadas entrevistas individuais com apoio de um roteiro composto por questões norteadoras (Apêndice C) elaborado pela pesquisadora. Duas entrevistas piloto foram conduzidas para análise. Após averiguação, o roteiro mostrou-se útil para o propósito da pesquisa, sendo assim, as entrevistas piloto foram incorporadas no estudo. Vale salientar que algumas perguntas, que não estavam previstas inicialmente, foram inseridas na entrevista, de acordo com metodologia da Teoria Fundamentada em Dados (STRAUSS; CORBIN, 2015).

Como exemplo, cita-se que à medida que os dados foram analisados, a pesquisadora identificou a necessidade de inserir perguntas acerca da mídia dentro do roteiro da entrevista.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas em profundidade para captar todas as ideias contidas nas falas dos participantes. Salienta-se que logo após a coleta, a pesquisadora realizou notas escritas ou gravadas (notas de campo) para registro de suas impressões pessoais.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Durante a análise, preservou-se o anonimato dos participantes da seguinte maneira: o primeiro profissional enfermeiro foi denominado de “Enf 1”, o segundo, de “Enf 2” e assim por diante. Seguindo a mesma lógica, os pediatras foram denominados de “Ped”, os neonatologistas de “Neo”, as chefias de “Chef” e o pesquisador de “Pesq”. Ressalta-se que neste estudo, a transcrição das falas dos entrevistados será apresentada em letras minúsculas, enquanto que a pesquisadora será identificada com letras maiúsculas.

A teoria fundamentada propõe uma forma peculiar de analisar os dados coletados. Diferentemente das outras metodologias qualitativas, a TFD se utiliza da técnica de comparação constante, que nas palavras de Dra. Juliet Corbin significa (2015, p.7) (tradução livre):

“Realizando comparação constante, a informação é quebrada em pedaços manejáveis, em que cada pedaço é comparado procurando similaridades e diferenças. Informações que são similares em sua natureza (referente a algo cujo conceito é similar, mas não necessariamente a repetição da mesma ação ou do mesmo incidente) são agrupados dentro do mesmo título conceitual.”

Para cada fragmento de informação contida nas entrevistas (denominado de citação) foi realizada uma nota de citação contendo os códigos aplicáveis àquela citação, além de reflexões, impressões e questionamentos da pesquisadora. Exemplo de nota de citação está apresentado no Quadro 1:

Quadro 1. Exemplo de nota de citação

<p>Código 1: Resgatando vivências/ dúvidas na época do início da epidemia Código 2: Posicionando o início da epidemia na linha de tempo pessoal Código 3: Posicionando a epidemia no passado</p> <p>“ME CONTE SOBRE A PRIMEIRA VEZ QUE VOCÊ OUVIU FALAR SOBRE O VÍRUS ZIKA.</p> <p>Na epidemia que teve aqui em Recife, até então não tinha não, só livro mesmo...</p> <p>CERTO, AÍ VC TEM ALGUM PARENTE QUE FOI INFECTADO...</p> <p>Não</p> <p>VOCE TAVA TRABALHANDO ONDE?</p> <p>Aqui no HAM, em UPA, mas na UPA eu não tinha pego nenhum caso de zika, nem da síndrome congênita nem do vírus.”</p> <p>Nessa entrevista, a terceira, a entrevistada fala sobre sua vivência com o zika em um dos vínculos empregatícios durante a epidemia. Mais uma vez os profissionais <u>colocam os verbos no passado</u> como se a epidemia tivesse acabado. Ela fala ainda que só tinha tido contato com o zika em livros, o que eu acho muito difícil ter acontecido, por que o zika vírus não havia sido detectado nas Américas anteriormente.</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Após a codificação de um grupo de entrevistas (duas inicialmente), um relatório com as notas de citação foi criado com o propósito de ser analisado, para que a pesquisadora pudesse ter uma ideia abrangente do processo que acontecia nas entrevistas. Além disso, a análise dos relatórios possibilitou a elaboração de inúmeros outros memorandos — memorandos metodológicos.

Os memorandos metodológicos (Quadro 2) continham a descrição detalhada de todo processo de codificação, bem como registro de adequações da codificação (renomeação, agrupamento ou divisão de códigos) de maneira que os códigos apresentados traduzissem ao máximo as informações contidas na entrevista e as impressões da pesquisadora registradas logo após a coleta.

Quadro 2. Fragmento de memorando metodológico

Memorando metodológico 1

Analisando os códigos e os comentários, eu resolvi condensar o código: "Posicionando o início da epidemia na linha de tempo pessoal" com o código: "Resgatando vivências na época da epidemia". Assim, eu achei que tudo fica mais arrumado num nível de abstração maior.

Também organizei os códigos:

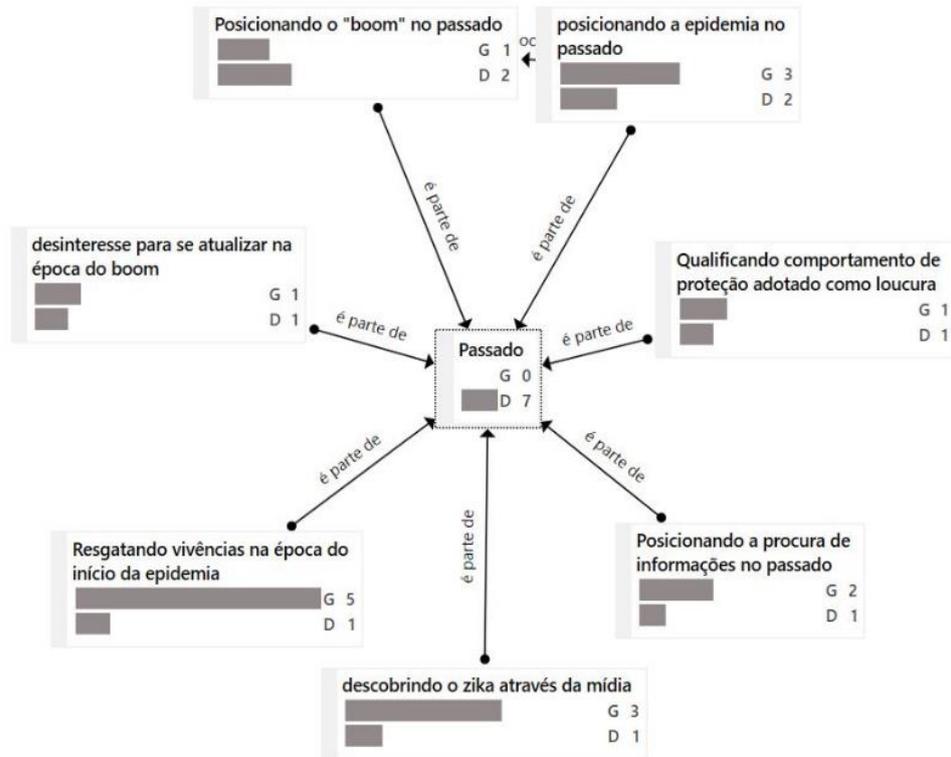
1. posicionando epidemia no passado
2. descobrindo zika através da mídia
3. desintresse para se atualizar na época do boom
4. posicionando a procura de informações no passado
5. posicionando o boom no passado
6. qualificando comportamento de proteção como loucura
7. resgatando vivências na época do início da epidemia

Hierarquicamente abaixo de um código livre denominado "Passado"

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

A pesquisadora sentiu também necessidade de realizar diagramas (Figura 3), de maneira que as ideias ficassem encadeadas de maneira lógica, ajudando assim, na compreensão da essência do processo de atualização profissional sobre a SCZ.

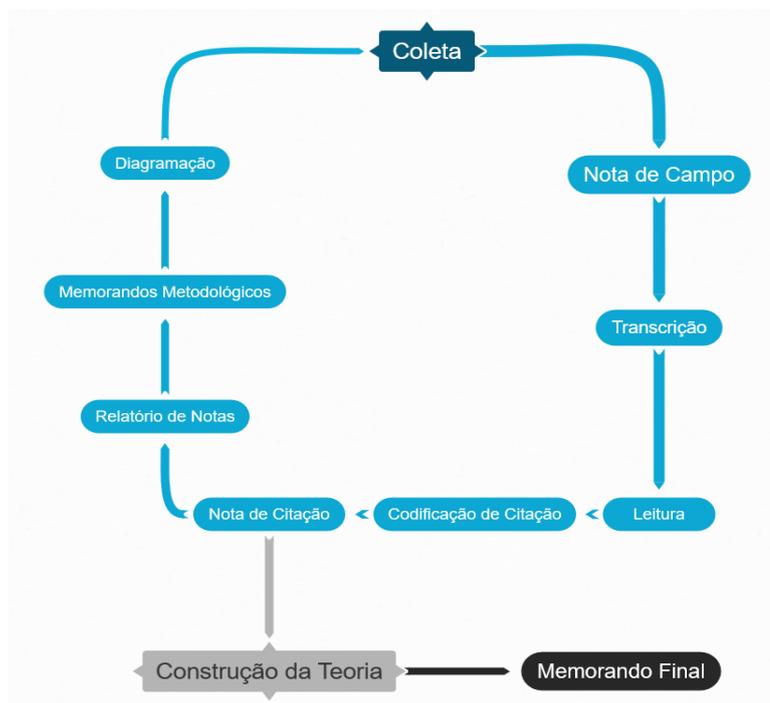
Figura 3. Exemplo de diagrama



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Concomitantemente à análise dos dados, pesquisadora construiu várias versões da teoria (disponíveis no Apêndice A). Os dados foram analisados no *software* Atlas.TI®, versão 8.4.19, simultaneamente à coleta conforme o diagrama a seguir.

Figura 4. Percurso do processo da Teoria Fundamental em Dados



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, cujo CAAE é: 07535118.3.0000.5197, que data do dia 28 de março de 2019.

Após o aceite em participar da pesquisa, os entrevistados foram orientados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Compromisso e Confidencialidade, disponíveis nos apêndices A e B, respectivamente. Neste momento foram oferecidos esclarecimentos sobre o propósito da pesquisa e questões éticas como sigilo e anonimato.

Ressalta-se que após o encerramento da pesquisa, os dados coletados através das entrevistas ficarão armazenados em computador da pesquisadora, sob responsabilidade da mesma, no endereço informado no TCLE, pelo período mínimo de 5 anos. O estudo, portanto, foi conduzido obedecendo os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Além da disponibilidade da pesquisadora para esclarecer qualquer dúvida e fornecer orientações e informações, quando solicitado.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 21 profissionais: 7 enfermeiros, 12 médicos, 1 psicólogo e 1 nutricionista, sendo os dois últimos, parte dos quatro chefes de setor dos três níveis de assistência, que foram incluídos posteriormente na amostra. Oito desses profissionais prestavam assistência no nível primário, 7 no nível secundário e 6 no terciário. A maior parte dos entrevistados tinham entre 31 e 40 anos e apenas dois entrevistados eram do sexo masculino, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Dados Demográficos da Amostra

Sexo	
Masculino	2
Feminino	19
Idade	
20-30	1
31-40	10
41-50	6
51-60	2
>60	2
Graduação	
Enfermagem	7
Medicina	12
Nutrição	1
Psicologia	1
Nível de Assistência	
1°	8
2°	7
3°	6

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

4.2 INTRODUÇÃO À TEORIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE SOBRE SCZ: INCONGRUÊNCIAS ENTRE O SABER E O FAZER.

4.2.1 Apresentação da Teoria de Atualização Profissional sobre SCZ: Incongruências Entre O Saber e o Fazer.

O processo de análise descrito anteriormente culmina com a construção da teoria e a identificação do código central da teoria, “Incongruências entre o saber e o fazer” (Figura 5).

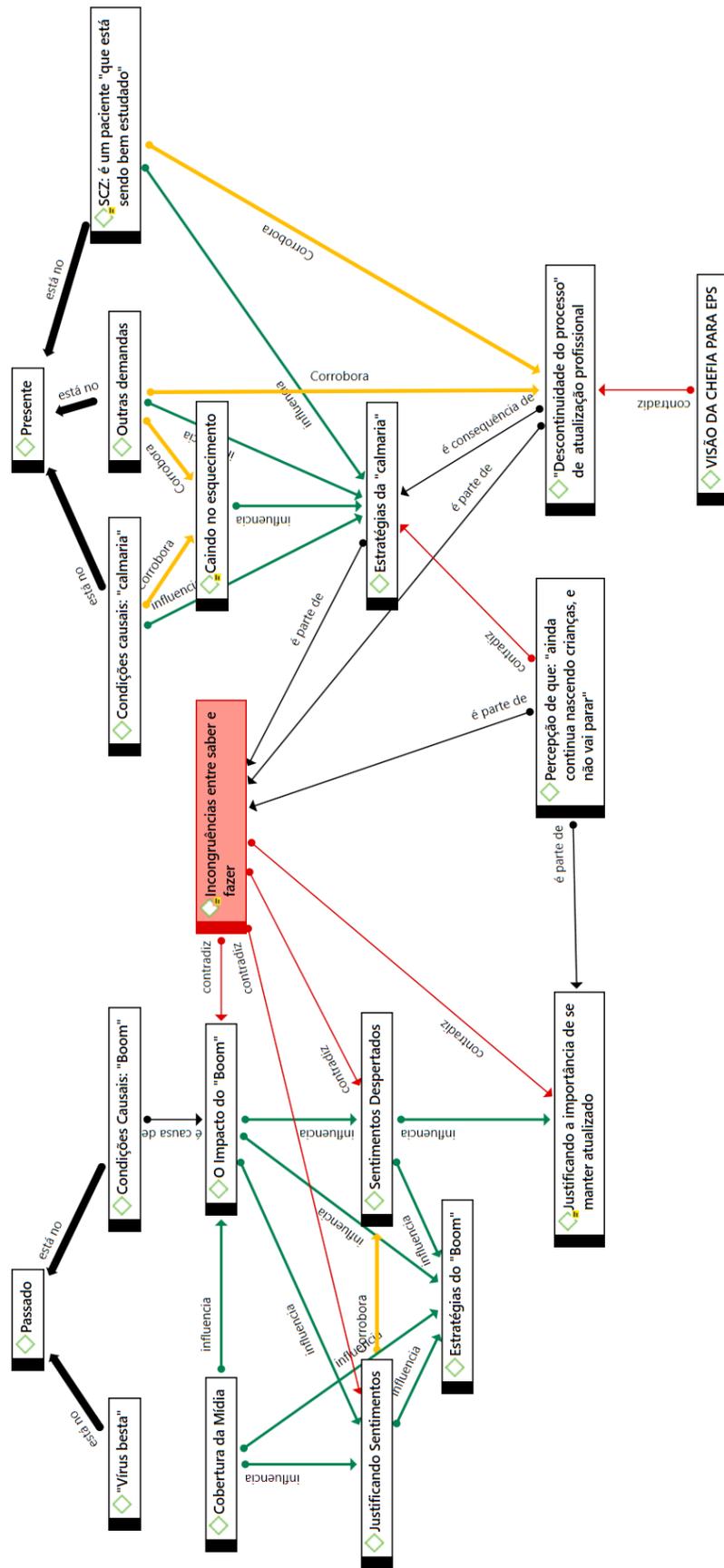


Figura 5. Diagrama da Teoria Fundamentada em Dados: Incongruências Entre o Saber e o Ser.

Identificou-se que, apesar de todos os profissionais qualificarem como “necessária” e “importante” a atualização profissional sobre SCZ, classificarem o seu próprio conhecimento como “insuficiente” e pontuarem que a epidemia não vai passar, permaneceram passivos em relação à busca do conhecimento. A exemplo, citamos a fala do profissional Neo 3:

[...]eu não li muito sobre o quadro não... foi mais assim, o que passou na televisão, eu acho que eu li um ou outro artigo científico, mas muito pouco na época.[...]
 E PRA VOCE É IMPORTANTE SE MANTER ATUALIZADO NO ASSUNTO?
 Sim
 POR QUE?
 Porque... sobre a zika?
 HUM-HUM
 Sobre a zika, já que é um vírus, e pode vir a acontecer de novo, e a gente tem que tentar evitar novos casos, já que é uma doença que pode ser evitada. [...]

Observou-se que os entrevistados dividiam o processo dicotomicamente em “Passado” (durante a epidemia) e “Presente” (após a epidemia) e percebeu-se que a experiência da epidemia do ZIKV variou conforme a linha de tempo (as estratégias do “Passado” não se repetiam no “Presente”, como veremos mais adiante).

Assim que surgiu, o ZIKV foi classificado como um “Vírus Besta” pelos profissionais.

Ped4-Eu lembro que vinha muita gente pra atender lá. E a gente não dava muita importância não. [...]
 TU LEMBRA COMO É QUE TAVA A EMERGÊNCIA NESSA ÉPOCA?
 Lotada! Era muita gente. A gente só sabia dizer que era um vírus, que era zika, que ia passar... que era um vírus besta...

Entretanto, houve um aumento inesperado dos casos de microcefalia, nomeado como “Boom”, como se vê na fala do entrevistado Ped 4: “Eu estava rodando no departamento da DIP, eu tava no departamento quando deu o “boom” da zika”. Posteriormente ligou-se o vírus às malformações, e a ideia de uma virose leve se revestiu de importância, desencadeando entre os trabalhadores uma série de sentimentos e emoções que foram codificados como “Impacto do ‘Boom’”.

O “Impacto do Boom” foi influenciado pela “Cobertura da Mídia”, como se vê na fala abaixo:

Enf 5- Assim, é, começo, é, pelas notícias na televisão. Porque infelizmente as notícias relacionadas a saúde, a gente ouviu primeiro na televisão, muitas vezes distorcida [...] aí realmente as primeiras notícias vieram através do noticiário da televisão, que estavam nascendo essas crianças com microcefalia. Principalmente no Nordeste e estavam suspeitando de Zika. Aí quando se noticiou, e foi muito amplo, e a prefeitura fez reuniões com as categorias para falar sobre o tema.

E estes dois aspectos juntos (“Impacto do Boom” e “Cobertura da Mídia”) influenciaram as justificativas dos sentimentos que esses profissionais sentiram (codificadas como “Justificando Sentimentos”). Classificou-se como justificativas, as afirmações que sustentaram e validaram os “Sentimentos Despertados” pelo “Impacto do ‘Boom’”. Como exemplo de justificativa dos “Sentimentos Despertados”, cita-se o profissional Neo1: “Ah sim, muito triste, né? Porque uma coisa que você pode prevenir e assim, com uma consequência desastrosa, terrível para as crianças, assim... e pros pais...pra vida toda”.

Neste caso, o sentimento foi de tristeza, e as justificativas foram duas: i) porque é uma doença prevenível, e, ii) com uma consequência desastrosa. Essas duas justificativas serviram como validação do sentimento de tristeza.

Os “Sentimentos Despertados” corroboraram com a percepção da importância de sempre procurar saber mais sobre o assunto (codificado como “Justificando a Importância de se Manter Atualizado”). Por exemplo, no fragmento de entrevista abaixo, vê-se que o sentimento “medo” gerou uma série de reflexões acerca do valor da ES para a melhor assistência às crianças com SCZ:

Ped 4- Sim. Não, com certeza, justamente por isso, porque na maioria das vezes a gente tem medo do que vai ver. E eu acho que a gente tem que ter sabendo das atualizações justamente que essas crianças vão desenvolvendo e os estudos que vão sendo feitos com essas crianças.

Né, enfim, sequelas neurológicas, essas questões de disfagias que envolvem as crianças, que podem bater na emergência por causa de vômitos e a gente sem saber o porquê. Se é uma coisa que faz parte deles, saber o que é que a gente pode fazer, e o que é que a gente não pode fazer. [...] As crianças convulsionam, se chegar fazendo, e aí? Como é que é? Entendeu? Acho que a maioria é de difícil controle. Acho que é por aí.

Assim, sentimentos e suas justificativas foram determinantes para que os profissionais estabelecessem estratégias para lidar com a situação. As estratégias identificadas foram tanto de atualização profissional quanto de auto proteção, nomeadas como “Estratégias do ‘Boom’”:

Neo 2- Porque o que eu vi, por exemplo, na minha gravidez, ano passado, foi que só eu que me protegia. As outras grávidas tudo de saia, tudo de vestido e eu feito uma louca, porque eu moro numa região, na Várzea, que eu acho que foi uma das regiões que mais teve casos e tal.

Já no “Presente”, houve diminuição da incidência de microcefalia, que os profissionais nomearam de “calmaria” (“Condições Causais: ‘Calmaria’”). Essa calmaria foi a razão da diminuição de contato dos trabalhadores com as crianças portadoras de SCZ em seu dia-dia laboral, bem como a ausência de abordagem sobre o tema na mídia. A falta de convivência (no

cotidiano e na mídia) foi codificada como "Eu não tenho visto quase nenhum, que chegou pra mim...".

Enf 3- Na época que a gente está envolvida, a gente vai procurar, a gente sai procurando. Mas depois, assim, é como se tivesse é... acabado aquela explosão, não que os casos não aconteçam, mas é de uma proporção menor. Aí a mídia não fala tanto, as pessoas não investem tanto e as pessoas ficam naquela, quem trabalha com isso tá sempre pesquisando. E quem não trabalha fica ali, só esperando aparecer. Se aparecer alguma novidade a gente lê, mas que não é um campo de pesquisa contínua meu.

Adicionalmente, os entrevistados relataram que houve a necessidade de desviar a atenção para outras questões, codificadas como “Outras Demandas”, que contribuiu para que a SCZ caísse no esquecimento (“Caindo no Esquecimento”):

Enf 7- Porque assim, é tanta demanda, eu acho que até podem ter falado [sobre SCZ]. Ter tido uma reunião, mais informativa, pra diagnóstico, talvez, de orientar um fluxograma de encaminhamento. Talvez tenha tido assim, uma reunião de organizar um processo de fluxograma, mas algo explicando realmente, de onde veio, a causa, o que acarreta no sistema como um todo, especificamente assim eu não lembro mesmo não. Se teve eu não lembro (risos)

Esses três fatores conjuntamente — “Condições Causais: ‘Calmaria’”, “Outras Demandas” e “Caindo no Esquecimento” — influenciaram as “Estratégias da ‘Calmaria’”, que se resumem à flexibilização do comportamento auto protetivo e à suspensão da ES sobre SCZ:

Neo 4- “QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ LEU SOBRE O ASSUNTO? Rapaz... faz tempo, viu? Eu acho que esse ano eu ainda não sentei para ler artigo sobre isso não”.

Adicionalmente, identificou-se entre as falas a ideia de que a criança portadora de SCZ estava sendo bem acompanhada e bem estudada nos centros de pesquisa especializados, que foram formados como resposta emergencial durante o início da epidemia. A este código denominou-se “SCZ: ‘é um paciente que está sendo bem estudado’”.

Desta maneira, a pouca convivência com a SCZ, as “Outras Demandas” e a percepção de que “SCZ: ‘é um paciente que está sendo bem estudado’” foram três fatores que contribuíram para que a ES sobre SCZ fosse descontinuada (“‘Descontinuidade do Processo’ de ES”), e isso contradiz a visão de ES das chefias.

Identificou-se que as chefias responsáveis pela ES seguem a PNEPS, isto é, consideram que esse processo deve ser um contínuo, cíclico e voltado ao dia-dia do trabalhador. Em outras palavras, os chefes acreditam que a ES deve seguir os preceitos da EPS.

Chef 4- Então, o que se espera em termo de desenvolvimento de atividades de educação permanente, ou de educação na saúde[...]. Isso é sempre um horizonte, isso é sempre, o nosso intuito é sempre fortalecer a educação permanente como uma política orientadora e transversal dentro do sus.

Chef 1- Assim, eu acho que existem dois caminhos. Primeiro todo e qualquer profissional ele deve se atualizar independente de ser oferecido ou não. Porque hoje a gente tem acesso a internet e a gente tem tudo à mão. Então, tou com uma dúvida no paciente, então eu pego e paro, saio cinco minutinhos, procuro, dou uma busca e acho a informação. Mas independente disso, eu acho que todo serviço, quem coordena deve estar procurando temas para atualização.

Chef 3- Mais transversal. a educação permanente transversal. Transversalizar ela porque o conceito de educação permanente é esse. É formar pelo trabalho, a partir do trabalho, a partir das necessidades do cotidiano de saúde. Então não adianta eu estar aqui com capacitação disponibilizando curso sem a relação com o a realidade do trabalhador.

Chef 2- [...] de discussão de protocolo que a gente sabe que tem que discutir protocolo, dieta, a gente precisava modificar algumas coisas. Como a gente usa o protocolo todo dia, a gente sabe quando ele precisa ser mudado. A gente compara com os trabalhos e aí a gente diz, eita, tá precisando mudar.

Observou-se que todas as chefias desenvolveram ações de atualização profissional (discutindo o dia-dia, a partir das necessidades do profissional) durante o pico da epidemia (“Passado”). A maioria dos profissionais das ESF relataram ter participado de treinamentos e capacitações, já entre os profissionais entrevistados do segundo e terceiro nível de assistência, poucos participaram de atividades educativas, mas, por outro lado, procuraram se atualizar sobre o assunto através de artigos científicos e noticiários.

Porém, esses profissionais relataram que o tema foi difícil de ser encontrado, como se observa na fala do profissional Ped 5: “Hum... não. Não é tão fácil, não tem tanta informação” e Ped 3- “ Não, acho que não tem muita gente estudando isso não...”. Por outro lado, as chefias relataram que houve dificuldades nas estratégias de atualização profissional, devido à baixa adesão dos profissionais de saúde nos momentos educacionais oferecidos:

Chef 1- A gente até passou um tempo grande tendo aula semanal. O que que acontece? O coro era baixíssimo. Quase ninguém vinha, quase ninguém! Quem comparece mais são os residentes e os doutorandos porque basicamente são obrigados, mas o que a gente oferecia pra equipe da emergência vinha 1, 2 pessoas num universo de 26. Entendesse?

Chef 4- Por mais que ele seja chamado, convidado, liberado, digamos assim, que haja um reconhecimento de que naquele momento ele não está na unidade todo mundo sabe o porquê?
ELE NÃO VAI?
Ele não vai!

Chef 2- Assim... na reunião científica a gente consegue puxar as pessoas, mas você veja que a adesão do plantão é baixa. E nem [os profissionais da] diária eu consigo 100%.

Portanto, eles lançaram mão de outras formas para contornar a o absenteísmo nas estratégias de EPS. Uma delas foi a utilização de ferramentas tecnológicas, como mídias sociais e outras alternativas, como se pode observar nas falas abaixo:

Chef 1- E o que a gente faz mais é mandar pelo whatsapp. Então assim, ontem eu mandei. Sempre que tem uma atualização, aí eu mando por whatsapp. Você sabe que aí todo mundo vai ter acesso, vai ver, não é uma questão de tempo né? Porque às vezes a pessoa choca com horário de um plantão de outra atividade, não é, a noite tá cansado, porque geralmente a gente faz à noite. Tá cansado, e aí não tem oportunidade de vir, mas através de mídia, a pessoa só não lê se não quiser, porque mesmo que não possa agora, pode ter um momento que a pessoa pode ter acesso. Então assim, hoje em dia, pra equipe da emergência, porque a gente tem as atividades da residência, dos doutorandos, que aí elas são fixas e aí acontecem independente de qualquer coisa. Mas pra emergência, é, eu sempre mando através de whatsapp.

Chef 2- A gente já fez, ah! Tipo um aplicativo, assim, não um aplicativo. O de hipotermia a gente já fez um “quiz”, no tablet.
É O KAHOOT?
Não ela montou um questionário, aí eu vi na UCI e na UTI as meninas respondiam, [...] Desse jeito, o “quiz” elas adoraram por que foi rápido[...]

Outra estratégia utilizada foi a realização de intervenções educacionais no local de trabalho:

Chef 2-Aí então, o que é que eu vejo que funciona mais educacional aqui, as oficinas curtas. Aí a gente já fez é... Montando leito, tipo, a gente já fez posicionamento. A gente bota aqui no meio da uti, bota uma incubadora
WORKSHOP?
Isso, workshop, é o que funciona, em loco. [...] Aí a gente traz para dentro do setor o que a gente quer fazer. Aí faz, plantão do dia, plantão da noite. Não pode demorar, é 10 minutos estourando. Aí a gente já fez, posicionamento botando um colchão no chão com as técnicas [de enfermagem] sentadas pra elas verem como é ruim ficar deitada trunxo. [...] Aí essa estratégia de fazer tanto botando elas, tanto como uma vivência, deitada, venda os olhos, sacudir, pegar sem ela saber o que vai fazer... pra sensibilização, a gente já fez essa.

Chef 4- Então vamos fazer o seguinte, vamos marcar como web conferência. Eles vão estar em horário de plantão deles, dentro da unidade, a gente vai fazer essa web conferência quatro vezes em dias e horários diferentes para garantir a maior participação dessas pessoas.
MAS A IDEIA É ELES NO PLANTÃO OU FORA DO PLANTÃO?
No plantão. Então eu sou o plantonista hoje de segunda-feira, aí vai ter a web de uma e meia, então eu vou sair rapidinho vou pra sala, fico lá um tempo...

Além das dificuldades com a participação dos profissionais, as chefias relataram outras, como a estrutura inadequada para ES no local de trabalho:

Chef 4- A gente percebeu que a gente não tava tendo efetividade no sentido de que a gente não tinha um suporte técnico satisfatório. Então, por exemplo, teve unidade que no dia ficou de fora da formação porque a internet não funcionou.

Bem como a ausência de uma plataforma disponível para que os profissionais acessassem as estratégias educativas:

Chef 4- E A QUESTÃO DE VOCÊ DEIXAR AQUELA WEBCONFERENCIA DISPONÍVEL DEPOIS?
Aonde? Entendeu? Aonde?
NA PLATAFORMA QUE NÃO EXISTE...
Isso! Entendeu?

Adicionalmente, a ausência de um profissional que faça a intermediação entre a gestão e os centros de estudos nos hospitais terciários foi outro entrave citado:

Chef 3- [...] vê, é os próprios centros de estudo de educação permanente dos hospitais. SIM...
Que aqui eu faço até uma avaliação, na educação permanente, a gente antes tinha uma figura que era o apoiador institucional hospitalar ligado à esta diretoria. Então ele tinha esse papel junto aos centros de estudo e NEPS de apoiar ele nessa questão dos profissionais de nível hospitalar. [...] só que aí, isso a gente perdeu. Então pernas, né?

Foi citada também a escassez de recursos como dificuldade no processo de EPS (Chef 3): “A gente precisa também formar, apoiar e ver como, e aí também com poucos recursos ou quase nenhum... então isso é um dos desafios”; bem como a burocratização dos processos dentro de empresas públicas:

Chef 3- [...] se tivesse sido implantado como tinha se pensado, [...], talvez isso tivesse mais... mas aí acaba que é outra secretaria executiva, outra coisa, então isso são dificultadores administrativos. [...]Burocratizado... cada um nas suas caixinhas, nos seus poderes etc., etc., isso é fato.

Como foi referido, as chefias e um pesquisador foram incluídos nesse estudo para elucidar alguns questionamentos. Diante do achado de que os profissionais romperam com a ES sobre SCZ, questionou-se: i) porque ZIKV e SCZ não estavam na programação de atualização profissional dos serviços; ii) por que as informações sobre as pesquisas não estavam chegando aos profissionais da assistência; e, iii) onde os pacientes de SCZ estavam sendo atendidos.

Assim como os profissionais, percebeu-se que o ZIKV e a SCZ foram classificados pelas chefias como um tema que não está no dia-dia do trabalhador e, portanto, não se qualifica como um tema importante para a EPS.

Chef 1- Pronto, ontem eu tava lendo sobre anemia falciforme. A gente tá com um paciente internado, geralmente é assim. Se tem um paciente e... quando eu abro o artigo aí ele já dá. [...] a gente não internou nenhum outro paciente com zika.

Interessante. [...] eles estão sendo orientados a procurar serviços específicos, por que que esses pacientes existem, existem. Em grande número, mas aqui a gente não tem recebido.

Chef 2-[...] não tive mais casos. Aí eu fiz uma reunião científica, com o protocolo novo pra equipe, a gente divulgou o protocolo, colocou o protocolo novo, esse da secretaria de saúde nas pastinhas, tudo mais. E mantém essa orientação. Aí a equipe assim, é... teve essa reunião, e depois eu voltei, também não teve mais casos. Tá uma fase tranquila, entendeu?

Do mesmo modo, a chefias 3 e 4 acharam que o tema é importante, porém, diante da diminuição de incidência de microcefalia, outros temas do cotidiano do trabalhador tornaram-se mais urgentes, como se vê na fala do profissional Chef 3: “É... bom, realmente, depois que diminuiu os casos a gente, é... isso fica, se dilui mais.” e do Chef 4:

[...] 2016 a gente parou. A gente teve que parar. A gente ó, os profissionais tem necessidade de discutir, sei lá, um tema aí qualquer, Hanseníase, tá ok, a gente vai discutir[...]Então, foi um ano, 2016 foi um ano realmente que as arboviroses foram o foco central, e isso teve efeito na rede de outra forma, de modo que por exemplo, a gente deixou de cuidar de alguma coisa, deixou de, não é que deixou de cuidar, mas a gente deixou de fazer algumas ações que também eram importantes na época também, mas que não tinham viabilidade naquele momento. Ne? E aí depois tivemos que correr atrás, agora, ó, a gente tem que reconhecer que teve falhas aqui em alguns momentos, agora a gente tem que dar conta.

Já o profissional Pesq entende que os profissionais estão participando de ações de EPS: “Esse de educação, pro profissional, sempre tá tendo. Pela secretaria de saúde, eles estão indo nos interiores, eles fazem, às vezes videoconferência, ministram aulas, capacitações, fazem capacitações ao longo do ano, várias, várias.” E reage com surpresa quando é dito que os trabalhadores entrevistados nesta pesquisa não participam dessas ações há algum tempo: “Ai, meu Deus!”

Quando questionado sobre como as informações das pesquisas estão sendo divulgadas o profissional Pesq refere:

[...] assim, a gente continua. Agora, é... ao longo do mundo, eu tenho no twitter, o twitter da zika. O meu twitter não é de fofoca, não, ele é só pra ver artigos novos, enfim. Então tem o zika aliança, tem outros, que, assim, todo dia mandam novos artigos, entendeu? Mas assim, a gente tá continuando a produzir artigos, pesquisar artigos. [...] Mas eu acho que isso, pra população mais cientista, mais, que tem acesso a revista, ISSO, ISSO, Por que os artigos na maioria são em inglês, né? Quiçá tem um em espanhol, eu não sei. Mas a maioria é em inglês.

Questionou-se também sobre o fluxograma de atendimento dos pacientes portadores de SCZ, o profissional Pesq explica:

Eles tão vindo assim... não. Os pacientes que estão lá, que estão acompanhando comigo desde o início eles continuam. Né? Acompanha a cada 2, 4, 6 meses, dependendo das complicações que esses pacientes apresentam. Alguns são mais frágeis, outros são mais fortes. Eu até brinco que uns não tem saudade de mim, outros têm mais saudades... assim imensa (sorriso)

Acerca do atendimento emergencial das crianças com SCZ o Pesq refere:

MAS AÍ UMA QUESTÃO, VOCÊ FICA FAZENDO ATENDIMENTO AMBULATORIAL. SE O PACIENTE, QUE PRECISA DE EMERGÊNCIA? QUAL EMERGÊNCIA QUE ELES VÃO?

Primeiro que eles podem ir para qualquer emergência. O problema é que as pessoas não sabem o que fazer com os bebês. Né? Tratar os bebês como qualquer outro bebê, mas aí eles sempre dizem o bebê de zika, ele é do HUOC, então vai pro HUOC.

ENTÃO O ATENDIMENTO AMBULATORIAL VIRA EMERGÊNCIA TAMBÉM?

Vira emergência. E muitas vezes ali no HUOC não tem um suporte de um exame, como é uma UPA [...]

Desta maneira, observou-se que as chefiãs consideram o ZIKV um tema importante, porém que no momento das entrevistas não mais fazia parte do cotidiano do trabalhador, e, considerando que há outras questões a serem atendidas, as ações de atualização profissional foram descontinuadas. Adicionalmente, identificou-se que os pacientes estavam sendo assistidos no âmbito dos ambulatórios de profissionais especializados, mesmo em demandas que caberiam à assistência primária ou secundária, e que a informação, produto das pesquisas científicas, estava sendo divulgada em revistas especializadas de acesso restrito.

Assim, a descontinuidade do processo de atualização profissional faz parte da categoria central da teoria que é “Incongruências entre o Saber e o Fazer”. Esta categoria traduz uma ideia que explica o processo de ES em SCZ entre médicos e enfermeiros do DS III da cidade do Recife, que é o objetivo geral deste estudo.

Identificou-se que os profissionais classificavam como “importante” e “necessário” a ES sobre a SCZ e o ZIKV, porém, quando perguntados se eles tinham buscado informação sobre o assunto nos últimos dois meses, a resposta foi, com apenas uma exceção, negativa.

Sendo a categoria central, “Incongruências entre Saber e Fazer” conecta as categorias principais da teoria, isto é, “Passado” e “Presente”. A incongruência foi encontrada quando se analisou as “Estratégias da ‘Calmaria’” e a “Descontinuidade do Processo de EPS” com a experiência vivida com o “boom”, as “Estratégias do ‘Boom’”, os sentimentos gerados por essa experiência, bem como suas justificativas.

Como parte dos objetivos específicos deste estudo, identificamos que os profissionais de saúde utilizaram diversas plataformas para atualização profissional. A primeira delas foi o

compartilhamento de publicações científicas através de mídias sociais, em especial, pelo aplicativo Whatsapp®:

Chef 1- QUAIS FORAM AS MEDIDAS PARA OBTER INFORMAÇÃO QUE VOCÊ TOMOU NAQUELE MOMENTO PARA SABER MAIS SOBRE A SCZ?

Basicamente era o que a gente recebia através de mídia social.

QUE MÍDIA SOCIAL?

Whatsapp. A gente hoje recebe hoje em dia muito conteúdo através de whatsapp. Então quando tem uma publicação, uma portaria, enfim, que aí, as pessoas da área elas tem acesso, aí elas tendem a repassar em grupos, pra aquelas pessoas de mesmo interesse, né?

HUM... AÍ É GRUPOS DE TRABALHO?

Grupos de trabalho.

QUE TIPO DE INFORMAÇÕES?

Acho que é mais artigo, livro não... nem artigo em si, era mais, assim, publicações no sentido de esclarecer que era um vírus novo, que, as repercussões... era mais nesse sentido, era mais alertas, entendeu? Dando esclarecimento geral, não era nada muito profundo não.

Os profissionais médicos relataram ainda outras plataformas como: o site da SBP, o programa de educação à distância PRORn® e PROPED®, da empresa SECAD, a ferramenta de educação profissional UpToDate®, (todas de acesso restrito; a última em língua inglesa) e a leitura impressa de artigos (geralmente na língua inglesa). Apenas dois entrevistados referiram usar o site do Ministério da Saúde para adquirir informação.

Dois enfermeiros referiram que utilizavam as plataformas Telesaúde e UnaSUS como estratégia educacional em nível individual, porém, a maioria dos enfermeiros entrevistados referiram que a estratégia de educação ideal para eles deveria agregar toda equipe de saúde:

Enf 1- Eu acho que você poderia tar trabalhando com a equipe. No serviço. É interessante, por que a equipe toda estaria voltada, né? Se comprometendo no assunto. Na problemática. A gente já teve essa experiência e foi bastante valiosa

Enf 3- Uma capacitação, quando ela é uma patologia que abrange uma população, né? Que muitas pessoas cuidam dessa população, essa capacitação deve ser em conjunto. Médico, dentista e enfermeiro. Tá? Porque os três cuidam dessa população, tou falando de nível superior, por que nós três cuidamos dessa população.

Enf 6- Por exemplo, enquanto estratégia de saúde da família, eu gosto mais quando a estratégia envolve a equipe. Por que o que é que eu vejo dentro da equipe de saúde da família? Não adianta o profissional ir se capacitar e os outros não irem, porque ele fica tentando mover uma montanha sozinho. E quando ele chega, os colegas não vão ter a mesma receptividade que teriam indo para o campo da informação. Então assim, quando todo mundo sai, todo mundo ouve, todo mundo volta mais motivado, eu posso dizer assim. E quando um vai, é como se aquele universo, por mais que você tente passar, é muito difícil

Enf 4- A melhor coisa que tem pra tudo isso é trabalhar a sua sugestão com a equipe. E não individualmente por profissão. Tá entendendo? A gente tem que trabalhar, vai eu, vai minha médica, vai a dentista... pra mesma capacitação. Entendeu?

Alguns profissionais narraram que a participação em grupos de estudo com colegas era um fator motivador da atualização profissional, entretanto, muitos referiram preferir aulas no modelo tradicional de ensino:

Enf 1- Eu me adapto melhor ao presencial. Online eu não consigo. Já me inscrevi em alguns, mas aí na hora do trabalho mesmo que eu diga tal dia, mas sempre ó: alguém tá chegando, aí você para, resolve uma coisa. Em casa tem a família, dificilmente você também consegue reservar aquele tempo para sentar.

Mas alguns adotaram a educação à distância por que não conseguiam comparecer em estratégias presenciais, (Ped 3): “Eu prefiro presencial, mas, assim, o problema é que a gente nunca tem tempo. De juntar todo mundo.”

Houve críticas no que se refere às estratégias de atualização profissional. Alguns entrevistados apontaram que a mesma estratégia educacional não poderia ser utilizada em todos os níveis de assistências:

Enf 2- Eu acho assim, que seja direcionado. Eu acho que não pode ser uma coisa geral. Se não você não pode fazer algum informativo, algum material de educação que seja geral para as emergências e para a saúde da família, porque a nossa realidade é outra. Nosso, o que a gente tem de acesso e outro completamente diferente das emergências. Então eu acho que isso deveria ser assim, o material, teria que ser direcionada para os profissionais, porque a nossa realidade é outra.

Condições de trabalho foram também citadas como impedimentos para a aplicação do conhecimento na prática profissional:

Enf 5- Ano passado teve uma atualização de infecção urinárias em gestantes, e se lançou um protocolo de medicação e a medicação de escolha que antes era a cefalexina, modificou. Ótimo, a outra é melhor e se justificou por que isso, por que isso... Mas é uma medicação que não tem na farmácia. Tem; se a gente pedir, e a farmácia mandar. Mas não fica aqui. Eu disse, a gente vai esperar Deus sabe quando ter um carro, né? Que mande a medicação pra gestante começar o tratamento? Não. Continua-se com a cefalexina.

Além disso, houve críticas sobre a estratégia de oferecer atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde de maneira isolada:

Enf 4- Porque as vezes o distrito diz o seguinte: capacitação tal, ou vai o médico ou o enfermeiro, no outro dia também, tá entendendo? Então eu acho que deveria ir os dois profissionais juntos, entendeu? Por que são eles que pedem as coisas, solicitam os exames, são eles que fazem o diagnóstico, tudo bem, eu não posso fazer diagnóstico, mas eu posso sugerir um diagnóstico, né verdade? Então a gente aqui trabalha assim. E eu acho que toda equipe deveria ser assim também, entendeu? E se eu me capacitar junto com ela a gente tem condições de numa reunião, de explanar para a equipe toda.

Porque eu tenho uma opinião, ela tem outra, e a gente fazendo as coisas juntos, a gente tem condições de fazer muita coisa.

Outra crítica refere-se à dificuldade do deslocamento do local de trabalho até o local marcado pela chefia:

Enf 5- Até porque esses encontros da prefeitura são muito longe, então as reuniões do distrito III normalmente são no centro da cidade, são muito longe, [...]então, fica muito distante, é um empecilho. Aí eles não procuram organizar um espaço que tenha lugar pra estacionar, e a gente tem essa preocupação, tem o estresse de ir, de pegar trânsito, estresse de voltar, estresse de pegar estacionamento [...]

Por outro lado, sugestões surgiram no intuito de melhorar a ES. Destaca-se que os profissionais recomendaram que uma estratégia educacional ideal deveria incluir os aspectos sociais da realidade do paciente:

Enf 2-[...] a realidade daquela família, o que aquela família passa, muitas vezes é outra completamente diferente do que ela relata aqui dentro de uma sala no posto. Então eu acho que incluir isso, a vivência com a família, a vivência domiciliar, eu acho que é muito importante, né?

Enf 3- É... o acolhimento, a compreensão dessa mãe. A mãe, meu Deus do céu, principalmente da mãe. Porque assim, a criancinha tá ali, tá posta, ele vai ter que trabalhar tudo que a gente puder trabalhar e tudo que ela puder alcançar. Mas a mãe, olhe, eu fico, acho que essa mãe precisa de um acolhimento maior do que tudo e todos. Porque é uma mãe que passa por muitas dificuldades.

Enf 7- Porque a realidade do diferente hoje é muito peculiar. A pessoa que chegar pra dizer hoje que trata todo mundo igual 100%, me desculpa dizer, mas é mentira. Porque você às vezes não sabe como agir. Então às vezes não é nem por maldade, mas o seu não saber como agir faz com que você trate diferente, não diferente porque tá excluindo, mas por que você não sabe como agir. Então por exemplo a pessoa chega na unidade de repente e ela tem um problema desse e você às vezes até quer ajudar, dar um lugar melhor, e às vezes a pessoa nem quer aquilo ali. Às vezes ela quer realmente só ser uma mãe normal. Às vezes ela só quer ser tratada como uma mãe que as outras não comentem, e fuxiquem, e apontem, ela às vezes quer saber que ela tem um filho com uma dificuldade como um outro que tem um braço quebrado, que tá com na cadeira de rodas. É difícil esse olhar diferente...

Neo 2- Eu acho que você além de ir atrás da parte científica tudinho, tem que entrevistar as mães, é muito importante... é um grupo de mães de uma geração que pode ser que tenha outra geração e pode ser que não tenha... e aí acho que isso é importante.

COLOCAR ESSE CONTEÚDO?

Até para sensibilizar os profissionais também, né? Por que isso é voltado para os profissionais, e aí um grupo de mães para sensibilizar os profissionais para poder eles é... continuarem a educação...

Outra sugestão muito referida concerne à objetividade do conteúdo a ser abordado: (Ped1) “Pode ser aulas, palestras, assim, que seja curto o tempo, sabe? E bastante divulgação de material eletrônico, é? Tipo assim, de rápido acesso”

Neo 1- Assim, logicamente com baseamento científico, ter um linguajar mais didático, nada de caquear muito, eu odeio aula caqueada, eu acho que todo mundo...Um linguajar fácil, isso facilita muita gente, estimula, motiva... entendeu? Fazer uns slides mais animadinhos, com poucas palavras, uma coisa mais sucinta.

Recomendaram também a disponibilização de material de acesso à informação impressos bem como em plataformas online: (Neo1) “É... que seja online ,que seja atualizado e que seja fácil (risos). Alguma coisa online que fica mais prático, né? Com certeza.”

Enf 5- Acho , acho... e essa proposta se você fizesse um material, um protocolo, mesmo que fosse a nível municipal, por que aí a gente passaria a debater esse protocolo, que a gente pudesse debater e ver as situações que a gente pudesse trazer, por que a gente seguiria um roteiro bem direitinho.

HUM-HUM... VOCÊ SENTE FALTA DO FLUXOGRAMA, DO PASSO-A-PASSO?

Isso, impresso pequenininho, mas que tivesse online que facilidade dentro da unidade, então é... as duas formas seriam bem-vindas.

Modalidades mistas (online e presencial) foram também sugeridas:

Neo 4- Importante ser viável para a gente, acho que online seria mais adequado, mas somente online fica mais difícil a questão da pessoa ter disciplina pra estar seguindo aquilo ali. Então acho que seria interessante ser online e presencial em alguns momentos.

Ped 4- Eu acho que essa parte assim, mais a distância é uma coisa boa. Eu concordo que, assim, capacitação de emergência, mas também de assistência básica, eu acho importante. Eu acho que nesse sentido seria bom presencial, mas seria bom fazer uma parte a distância. Porque a gente sabe a nossa realidade, então eu acho que é uma coisa de fácil acesso, então a pessoa com tempo livre, mesmo sozinho, consegue estudar.

Sobre o conteúdo programático um profissional médico sugeriu que haja abordagem sobre o manejo das drogas dos pacientes:

Ped 3-[...]a maioria dos pacientes com microcefalia usam muitas drogas. Então a gente tem que saber manusear drogas, saber o que está usando. Porque as vezes o paciente chega na consulta, com a queixa que talvez esteja relacionada ao uso da droga, e você não sabe como conduzir, isso... eu acho que o uso de drogas mesmo, farmacológico. É por que essa semana mesmo eu atendi um que usava risperidona e usava uma droga que eu nunca ouvi... aí você fica, que droga é essa, o que é isso?

Um profissional sugeriu que a criança acometida com SCZ tenha um cartão com informações de saúde sobre ela, dessa forma, os três níveis de assistência teriam acesso à informação, e dúvidas sobre condutas seriam mais bem esclarecidas.

Assim, observamos que os profissionais criticaram algumas estratégias educacionais e sugeriram melhorias. Por outro lado, as chefias elucidaram as dificuldades na captação do profissional para as estratégias de ES e na execução dessas estratégias.

Após esta explicação geral da teoria, será realizada uma explanação mais aprofundada com o propósito de que haja melhor entendimento, por parte do leitor, acerca do modelo conceitual sobre o processo de atualização profissional de médicos e enfermeiros da rede básica e hospitalar sobre Síndrome Congênita do Zika no DSIII da cidade do Recife, que é o objetivo geral deste estudo.

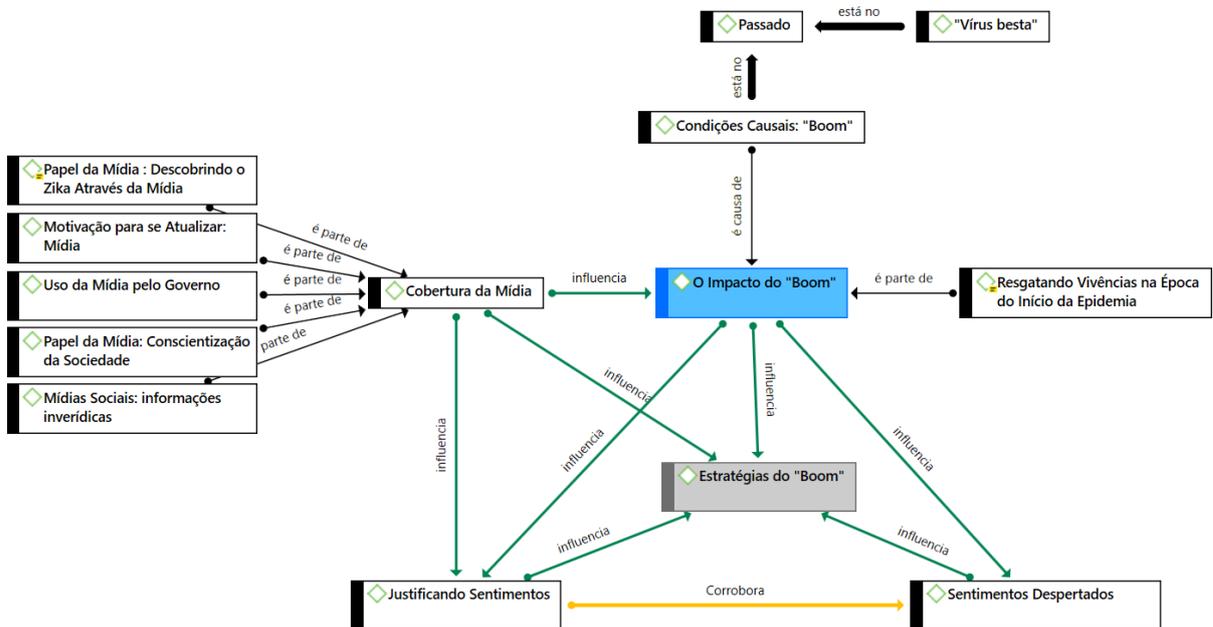
4.3 DETALHANDO A TEORIA

Nesta seção, a teoria será detalhada com a ajuda de diagramas; neles os códigos estão dentro de retângulos, ligados entre si por setas que sinalizam ideias. Em cada subtítulo há uma figura referente à porção da teoria a ser relatada na subseção correspondente, e em determinadas situações, há mais de uma imagem dentro de cada subtítulo.

Ressalta-se que o código central da figura estará sinalizado na cor azul, enquanto, que o próximo diagrama a ser abordado terá como tema central o código sinalizado na cor cinza, como se pode ver na Figura 6 a seguir.

4.3.1 Impacto do “Boom”

Figura 6. O Impacto do “Boom”



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Quando questionados sobre a experiência vivida durante os primeiros anos da epidemia do ZIKV, os profissionais trouxeram à memória não só informações laborais (como lugar de trabalho ou rodízio dentro do programa de residência médica ou de enfermagem), mas também procuraram posicionar o início da crise na sua linha de tempo pessoal.

Entre os episódios relatados pelos profissionais (como marcos de história de vida pessoal ocorridos durante a epidemia do ZIKV) o mais frequente esteve ligado ao período gestacional da entrevistada ou de algum parente próximo. Assim, observou-se que a experiência gestacional dentro do período de surto do ZIKV esteve ligada a sentimentos negativos como “medo” como se observa na fala das profissionais: Neo4 “Eu era residente de pediatria e tava rodando no Oswaldo Cruz, eu estava gestante...”

Chef 2: [...] Meu Deus, é pau. Aí foi realmente de angústia, de desespero. De medo. De medo. [...] Então, foi exatamente quando eu tava gestante, porque me filho, eu tava gestante na época. Meu filho nasceu uns 2 meses antes, aí na época do boom, eu estava de licença gestação.

Ped 4- [...] me senti aliviada porque eu já tinha tido os meus meninos. Eles já tinham nascido. E realmente, ainda era pequenininho, mas eu já tinha tido. Comecei a ter receio pelas pessoas que estavam ao meu redor, e pelas gestantes que, que eu sabia que iam engravidar, ou que queriam engravidar.

Percebeu-se que a mídia teve um papel peculiar no “Impacto do ‘Boom’”, primeiro porque foi através de notícias televisionadas e escritas que a maioria dos profissionais teve conhecimento da epidemia de microcefalia:

Ped 5- A primeira vez que eu ouvi falar no vírus zika... é ... mulher... especificamente eu não me lembro... mas eu acho que foi alguma reportagem, alguma coisa que vi na televisão não foi nem aqui, no âmbito não, foi quando começou a mídia divulgar. Aí, enfim, a gente trabalha num hospital de referência, eu comecei a ver casos aqui. Mas a ideia em si do vírus mesmo acho que foi pela televisão.

Em segundo lugar, o impacto se deu porque a mídia foi referida como uma importante fonte de conhecimentos atualizados sobre a nova doença, como observa-se na fala do profissional Neo 2: “Eu acho que por artigo... mas eu não li muito sobre o quadro não... foi mais assim, o que passou na televisão [...]”

Ped 3- [...] porque assim, a gente vive nas crianças e assim, a gente ficou vendo na televisão[...] e assim, triste, né? Que a gente não tinha como saber nem como evitar, né? E a gente fica mais atenta, só assim, pra repassar os cuidados para os pacientes, enfim, pra evitar contaminação, só isso...

Adicionalmente, observou-se que a cobertura midiática foi também um fator influenciador para que as “Estratégias do ‘Boom’” acontecessem, pois, através da exposição às histórias das crianças portadoras da SCZ (principalmente em programas televisivos), os entrevistados se sentiram motivados a buscar mais informações sobre o assunto inusitado (“Motivação para se Atualizar: Mídia”).

Os profissionais citaram que esse canal unidirecional de comunicação foi utilizado pelas diversas instâncias do poder executivo para expor ações que estavam sendo desenvolvidas no intuito de enfrentar a emergência (“Uso da Mídia pelo Governo”) e classificaram a mídia como sendo também uma importante ferramenta na conscientização e integração dos pacientes e sua família na sociedade (“Papel da Mídia: Conscientização da Sociedade”):

Enf 7- Isso, sim, isso uma vez que fosse difundido nas redes sociais, na televisão, essas pessoas se sentiriam mais incluídas realmente, sentiriam menos peso, talvez. Porque a realidade do diferente hoje é muito peculiar [...] Mas são situações que são novas. Mas quando é uma coisa que é falada muito mais, fica mais natural

Notou-se que a mídia já era um meio de comunicação bem estabelecido entre os gestores e os profissionais antes da epidemia do ZIKV:

Enf 5- Assim é, começo, é, pelas notícias na televisão. Por que infelizmente as notícias relacionadas a saúde, a gente ouve primeiro na televisão, muitas vezes distorcida, por

exemplo, vacina, a gente muitas vezes tem o informe na televisão pra depois a gente fazer uma reunião sobre... aí realmente as primeiras notícias vieram através do noticiário da televisão

Na fala dos trabalhadores, identificou-se que além das grandes mídias, as mídias sociais (Whatsapp®, Facebook®) tiveram também importante papel na difusão de informações científicas e epidemiológicas entre colegas.

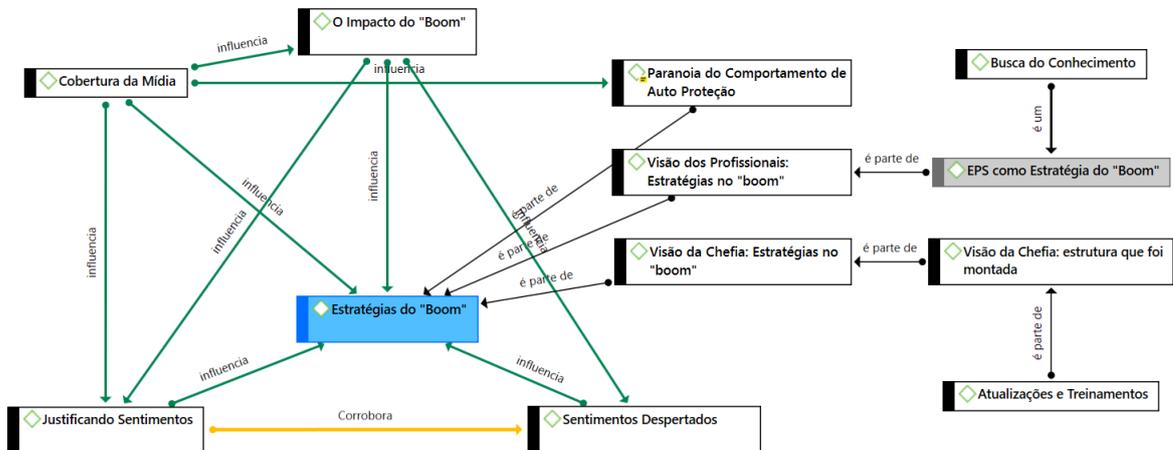
Chef 1-QUAIS FORAM AS MEDIDAS PARA OBTER INFORMAÇÃO QUE VOCÊ TOMOU NAQUELE MOMENTO PARA SABER MAIS SOBRE A SCZ?
Basicamente era o que a gente recebia através de mídia social.
QUE MÍDIA SOCIAL?
Whatsapp. A gente hoje recebe hoje em dia muito conteúdo através de whatsapp. Então quando tem uma publicação, uma portaria, enfim, que aí, as pessoas da área elas tem acesso, aí elas tendem a repassar em grupos, pra aquelas pessoas de mesmo interesse, né?

Entretanto, observou-se que além de receber informações científicas pelas mídias sociais, houve também a difusão de dados imprecisos e inverídicos, que foram difíceis de serem esclarecidos, uma vez que estavam capilarizados dentro da comunidade na qual esses profissionais pertenciam, como se vê nas falas: (Enf 6) – “[...] com aquele boato que foi uma vacina, mas especificamente a dtPa[...]”, (Pesq 1) – “Mas aí ficava aquela coisa: é o zika mesmo? Não foi um agrotóxico? Não foi um remédio? Não foi a vacina? E aí começaram os boatos, as *‘fake news’*”.

Assim, o “Impacto do ‘Boom’ influenciou os “Sentimentos Despertados” e suas justificativas (“Justificando Sentimentos”), que por sua vez influenciaram as “Estratégias do ‘Boom’” (Figura 7).

4.3.2 As “Estratégias do ‘Boom’”

Figura 7. Estratégias do “Boom”



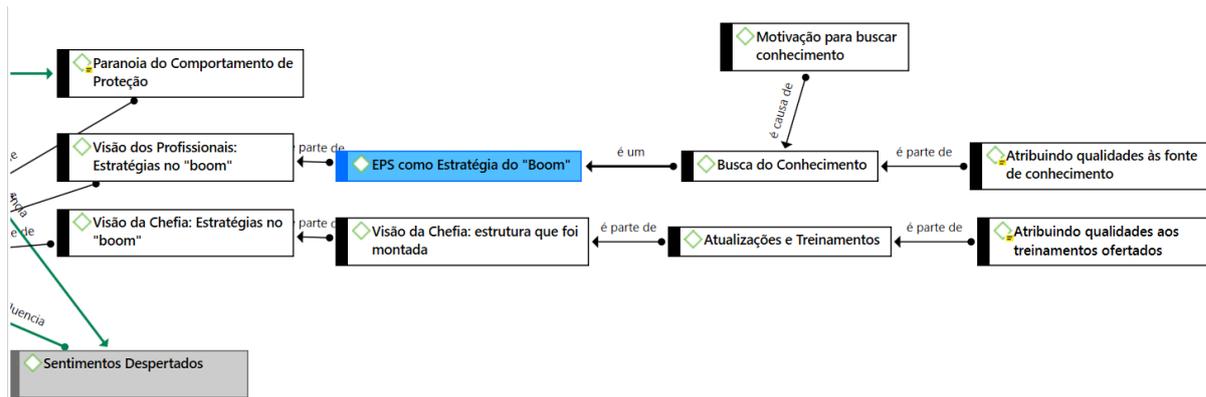
Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Observou-se que os profissionais desenvolveram algumas estratégias para lidar com “Impacto do ‘Boom’” (Figura 6). Uma delas foi a adoção de um comportamento auto preventivo desmedido através de uso de repelentes e roupas de mangas longas. Essa conduta foi codificada como “Paranóia do Comportamento de Auto Proteção” já que, segundo os relatos dos entrevistados, houve um exagero nesse comportamento, como por exemplo, corrida nas farmácias para comprar repelente de insetos de determinada marca ou uso de repelente em crianças fora da faixa etária recomendada. Percebeu-se que esse comportamento foi influenciado pela disseminação de informações imprecisas bem como pela cobertura midiática.

Outra estratégia para lidar com o “boom” de microcefalia foi a de buscar informações sobre esta nova doença (“EPS como Estratégia do ‘Boom’”, Figura 9). As fontes para obtenção da informação foram a internet —através de buscadores em sites aleatórios, ou em sites especializados, como do Ministério da Saúde ou UpToDate® — e a procura de artigos científicos online.

Os profissionais referiram também que liam artigos compartilhados via grupos sociais, e, principalmente, procuravam estar sempre informados através de programas televisivos de notícias, como foi dito acima.

Figura 8. EPS como Estratégia do “Boom”



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Os entrevistados atribuíram algumas qualidades às fontes de conhecimento. As qualidades negativas foram: “desatualizadas”, de “acesso restrito”, “difíceis de encontrar”, “divergentes”, “sem objetividade”, “desinteressantes”, “superficiais”, “escassas” e “pouco confiáveis”. Por outro lado, dois profissionais citaram que as fontes de conhecimento que eles tinham costume de utilizar para estudar sobre SCZ e ZIKV eram “confiáveis” e “fáceis de achar”.

Observou-se que as mudanças no protocolo de classificação de microcefalia (através do PC) foram bastante recorrentes quando os profissionais falavam sobre as fontes de conhecimento:

Chef 1- Não, a gente fazia, era basicamente assim: tem que prestar muita atenção, vigiar PC, qualquer coisa, e tinha que botar nas curvas, e ver o desvio. Porque eu acho que na verdade na época não tinha nem essa história de desvio. Os primeiros protocolos era um número absoluto, 33,2...32, num sei o que. Era número, não era curva. Então menor que isso acendeu a luz vermelha e pede todos os exames, e chamar e abrir e tal, tal, tal, tal, tal.

Os profissionais relataram que se sentiam motivados a procurar conhecimentos quando refletiam sobre a rapidez com que as informações são renovadas na área da saúde. Além disso, o impacto emocional que o contato com pacientes portadores de SCZ causou, dúvidas sobre condutas de pacientes com SCZ ou o aparecimento na mídia da SCZ foram outros fatores motivadores que desencadearam o processo de atualização profissional.

Enf 1- Sim, por curiosidade, principalmente quando no plantão eu atendia uma criança, né, portadora, no outro dia havia esse interesse de conhecer um pouco mais e aí através da internet mesmo, no site do MS. É... tava buscando informações

Alguns entrevistados relataram ter participado de treinamentos ou capacitações na época do “boom” (“Atualizações e Treinamentos”).

Ped 3- Ah, eu acho que eu tive uma palestra lá na secretaria de saúde, uma palestra na secretaria de saúde, que tem ali no Bongi, é o que? Estadual de saúde. Cê, de vez em quando tem umas palestras, você não tem tempo de ir porque é de dia, mas sempre, pelo menos lá na Upa de Torrões você tem sempre informativos e você é convidado a participar. Foi uma palestra da secretaria de saúde a encaminhar os pacientes pra onde poderiam ir fazer tratamento... mas aí já era tratamento, não era mais prevenção.

Esses treinamentos foram ofertados pelo Município do Recife, pelo programa de residência médica, pelo Ministério da Saúde, pelo IMIP ou pela própria chefia e estiveram dentro do código “Atualizações e Treinamentos”, que faz parte do código “Visão da Chefia: estrutura que foi montada”. Houve relatos de alguns profissionais que não participaram de nenhum evento educacional (palestra, capacitação ou treinamento), como exemplo, cita-se o profissional Neo 2: “Não, nunca tive treinamento formal...”

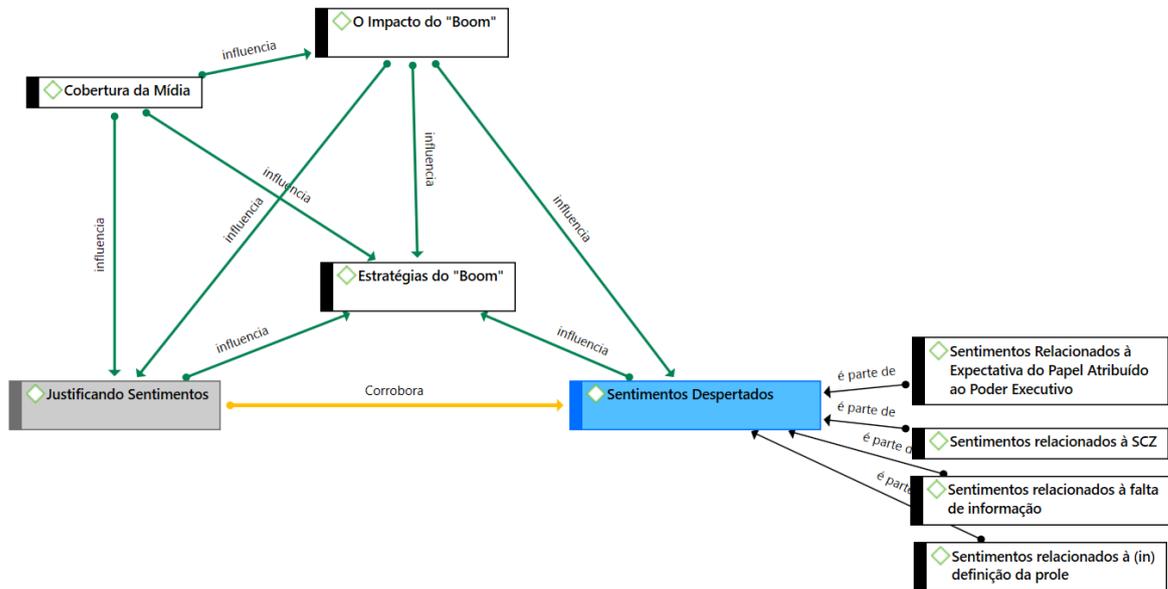
Sobre os treinamentos oferecidos, os profissionais citaram qualidades negativas como treinamentos apenas para “apagar fogo”, “superficiais”, divulgados com menos de 24 horas do início, ofertados apenas sobre assuntos de demanda imediata, “vagos”, que “começam com atraso”, apenas para um profissional por vez dentro da ESF (médico ou enfermeiro) e com poucas vagas. Já as qualidades positivas dos treinamentos foram: “válidos”, que “proporcionaram olhar amplo” e “multiprofissional”.

Adicionalmente à oferta de treinamentos, as chefias citaram como estratégias de enfrentamento do ZIKV a montagem de uma estrutura emergencial e o estabelecimento de um fluxograma de ações para atendimento das crianças, além disso, as chefias pactuaram acordos de cooperação e apoio mútuo com objetivo de enfrentar o novo desafio.

Chef 3- E aí foi como começou então foi assim que a gente aqui enquanto secretaria, enquanto vigilância tava em todo aquele processo a gente aqui discutindo aqui também como é que a gente fazia para apoiar regiões de saúde dos municípios, inclusive financeiramente, para execução, elaboração de planos de ação e apoio para formação dos profissionais.

4.3.3 Sentimentos Despertados e suas Justificativas

Figura 9. Sentimentos Despertados



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Com o “Impacto do ‘Boom’”, vários sentimentos (majoritariamente negativos) foram despertados (Figura 9). Os sentimentos foram categorizados segundo ao que se relacionavam; assim, sentimentos de “decepção”, “frustração”, “impotência”, “indignação”, “surpresa”, “tristeza”, “angústia” e “chateação” estiveram relacionados à expectativa do papel atribuído ao poder executivo do governo brasileiro pelos profissionais, conforme se pode observar na fala abaixo, cujo sentimento foi de decepção:

Chef 3-[...]foi um processo bem impactante no sentido de que a gente... na verdade o sentimento meu foi muito mais inclusive com essas mães e essas crianças. Como se fosse uma relação de algo grave, é... de uma doença que poderia ser evitada, [...] Olha de modo bem decepcionante mesmo[...]

Os profissionais apontaram que o poder executivo de maneira geral era responsável pela falta de infraestrutura sanitária e a desigualdade social, referidos pelos profissionais como sendo os fatores causais para que houvesse a conjuntura perfeita (“*perfec storm*”) em relação ao surgimento da crise do ZIKV (Neo 2):

“Eu fiquei assim, impressionada, né? Como o novo vírus, ao mesmo tempo um pouco chateada por que se ocorresse um saneamento, um controle do Aedes, teria se evitado, por que se descobriu que a transmissão era pelo Aedes [...]

Também se nota na fala do profissional Ped 1:

[...] é triste, tipo assim, um problema social se transformar num problema de saúde pública assim tão grave.

MAS POR QUE VOCÊ ACHA QUE É UM PROBLEMA SOCIAL?

Pelo saneamento básico, cê vê, as famílias mais acometidas são famílias de baixa renda, são mais vulneráveis, os, até ter acesso a proteção também é algo que limita muito, usar repelente, usar formas de prevenção de contato... Uma sensação de vulnerabilidade, assim, tá todo mundo....

Os sentimentos também foram fruto do impacto emocional do diagnóstico de microcefalia, que foi magnificado, à medida em que muitas mães (e profissionais) só descobriram o diagnóstico na sala de parto. Como vemos na fala do Enf 4, uma explicação para isso seria que muitas gestantes apresentaram a forma oligo/assintomática da doença :

Com microcefalia, inclusive essa gestante foi acompanhada por mim, e ela nunca referiu nada. De mancha no corpo, nada, nada, nada. Entendeu? E quando a criança nasceu que teve o diagnóstico, as consultas que ela fez de acordo com encaminhamento, realmente eu não lembro nem onde foi, é que a gente encaminhava, não sei se era o HC, não sei se era o HUOC, aí lá foi que ela disse que teve um episódio de dengue. Mas não me referiu, foi entre um pré-natal e outro na certa, então ela esqueceu de relatar.

Outra explicação seria a de que o acesso a USG (Ultrassonografia) obstétrica é difícil no SUS, como explica o Pesq 1:

[...] essas mães fizeram ultrassom naquele período de 4 meses, né? Que não dá tempo de ver que há parada do crescimento, né? Então você faz o ultrassom, e o que é que aconteceu? Normal. Né? Em muitas mães não tiveram sintomatologias da zika, por que 80% em média não tem sintomas. Poderia também ser confundido, confundido com alergia, como uma coisa, ou como uma dengue porque era época da dengue, mais leve. Então, as mães chegavam lá e quando os bebês nasciam, elas não sabiam que o bebê tinha algum problema. Tinham feito USG, USG tudo normal, ela não teve nada na gestação.

Outros sentimentos estiveram relacionados à falta de informação durante a epidemia do ZIKV, que foram “frustração” e “insegurança”:

Enf 3-Não, ficou um mistério na realidade, né? Assim a gente ficava, foi um tempo que ninguém sabia na realidade o que era, eram vários estudos, a gente não sabia até onde ia. Né? Até quando a criança que nascesse vítima, né? Não sabia até onde ela ia.

Já os sentimentos ligados ao planejamento familiar foram “desespero”, “angústia”, “medo” e “alívio”:

Chef 3- Então desde já isso já foi chocante, entendeu? E como é que a gente continua, dengue tá assim... então a gente como mãe, né? É uma situação que eu já passei com a minha primeira filha até relacionada a isso assim, a minha primeira filha faleceu por questões neurológicas, daí então você se coloca né? No lugar, então você conhece colegas que estavam grávidas, que queriam engravidar, então todo aquele movimento né? Na vida, então você como profissional, um profissional que luta, que trabalha já

a algum tempo né? Pela saúde pública... então acho que o sentimento é um pouco isso, essa mistura, né?

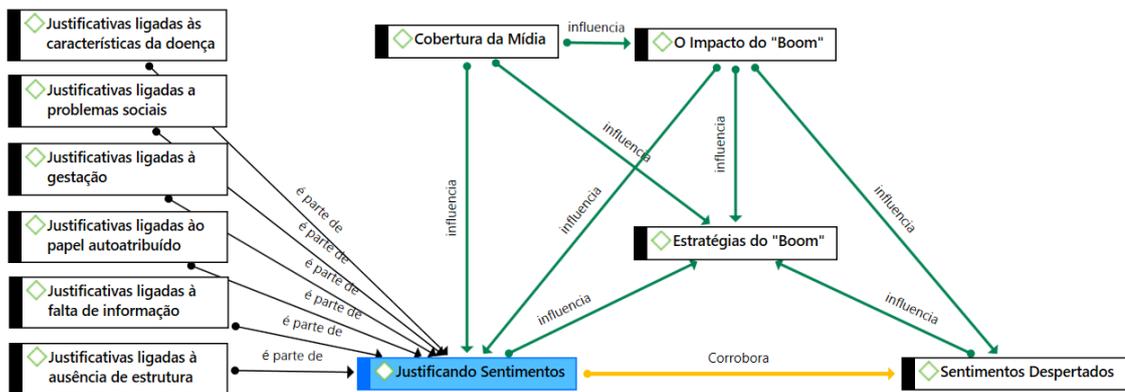
Enf 6- Né? Assim, é tão maravilhoso ser mãe, é tão maravilhoso você planejar o seu filho, você ver seu filho crescer, você ver seu filho conquistar espaços na vida e você seguir. Meu filho tá seguindo e eu tou seguindo, e ali nem elas podem ver a realização dos filhos, nem elas podem ter a realização delas enquanto pessoas, profissionais, ne, seres humanos, ne, enfim, eu sinto muita angústia

Ped 2- Desespero. Desespero total.
 POR QUÊ?
 Primeiro por que eu quero ser mãe, né?

Ped 5- [...] eu fiquei com medo, com receio e que com medo e me senti aliviada porque eu já tinha tido os meus meninos. Eles já tinham nascido. E realmente, ainda era pequenininho, mas eu já tinha tido. Comecei a ter receio pelas pessoas que estavam ao meu redor, e pelas gestantes que, que eu sabia que iam engravidar, ou que queriam engravidar.

Pode-se dizer que alguns fatores influenciaram os sentimentos e emoções relatadas acima, que foram as chamadas justificativas. Como explicado, a justificativa valida e apoia, adicionando uma ideia de causalidade aos sentimentos relatados. As justificativas relatadas estiveram agrupadas em seis códigos, conforme vê-se na Figura 10.

Figura 10. Justificando sentimentos



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Os profissionais ampararam os sentimentos sob justificativas de que a SCZ é uma doença grave, como se vê na fala do Ped 1: “[...] é triste, tipo assim, um problema social se transformar num problema de saúde pública assim tão grave.” Além disso os entrevistados se mostraram preocupados com a possibilidade de um novo surto (Chef 2): “Porque eu não tou tranquila de que não vai acontecer de novo”.

Outra justificativa ligada às características da SCZ é o fato de que, além de se tratar de uma doença grave, é também de difícil diagnóstico (quando não se apresenta com microcefalia), cujos testes laboratoriais para diagnósticos estão indisponíveis para a assistência:

Chef 2- Porque deixou de ser só microcefalia, não é microcefalia, é SCZ. É grande. Às vezes é até meio inespecífico, assim. E aí é isso que me preocupa. Esses outros... foi quando eu tava nessa reunião assistindo eu fiquei, meu Deus. Micro é uma coisa mais objetiva. Mas a síndrome... micro mediu, acabou, a pessoa já tá preparada praquilo. Mas a sensibilização e capacitação para os outros aspectos da síndrome, aí eu acho que a gente precisa fazer... porque aí pode começar de outra forma. E eu sei? Pode ser que não comece como micro. Aí a gente precisa... eu acho que é importante, foi daí que surgiu todo esse, essa minha preocupação

Enf 5- E também por ser uma doença relativamente nova pra gente, também ser uma questão de notificação. Então as testagens, fica complicado de se identificar na clínica, né? E tem que fazer exame laboratorial que comprove. Então tudo isso foi fatores preocupantes para identificar. Até por que a gestantes também quem atende sou eu, então teve essa preocupação, né?

Percebeu-se que as consequências sociais da SCZ (codificadas no código “Justificativas ligadas a problemas sociais”) causaram um grande impacto nos profissionais, como se observa na fala do profissional Chef 2: “[...] mas eu vivi aqui as histórias, pai que vai embora, deixa a mãe sozinha[...] ”; do Enf 5: “A fórmula que a criança come, meu Deus do céu. É uma coisa absurda, uma pessoa que tem uma renda boa não consegue manter”, bem como do Enf 6:

[...]Porque a gente tem mães que são sequeladas junto com seus filhos. Mães que enterraram seus sonhos. Que tiveram a realização de ser mãe e tudo morreu ali entre aspas. Porque a vida delas é ali. Elas não confiam em deixar aquele filho com tantas necessidades com outras pessoas, e aí assim, todos os desarranjos que houveram dentro das famílias, por que assim, o que poderia ter sido feito para ter sido diferente. E a gente percebe que assim, o quanto que o homem ainda não assume a sua paternidade, né, por que o que mais a gente viu na época foram os homens abandonando esses lares, ne, esses filhos, essas mulheres, desestruturando ainda mais essas mulheres que estavam numa situação extremamente vulnerável, extremamente sensível, ne, se sentindo muitas vezes até abandonadas pela própria sorte[...]

Identificou-se que os profissionais se sentiram angustiados e impactados com a falta de suporte social que essas famílias tinham:

Enf 7- [...] que é a minha maior angústia, porque assim, eu não imagino, eu não imagino como vai ser a vida dele de estudo, de aprendizado, eu não imagino como vai ser a interação dele numa escola, numa creche. Então assim, eu realmente não consigo ver. É até angustiante, que você fica realmente de mãos atadas, e você entrega ao Pai e você realmente diz assim ‘ajuda-nos a dar força a essa família’, porque assim, tem toda a questão familiar, [...]. Porque geralmente eu vejo a mãe assim, bem só. Geralmente a mãe mesmo, né? Porque às vezes o pai tem q trabalhar pra manter o mínimo que seja, e realmente a carga é muito grande. Mesmo esse pai que tem que trabalhar, também tem que ter um olhar pra ele, porque ele não pode ser escanteado

do processo. Então é essa questão mesmo de família, de envolver o núcleo familiar como o todo e também de tentar uma forma de assistência considerando a faixa etária da criança em termos de inclusão. Não apenas de televisão, de dizer que está sendo incluso. Porque hoje em dia se fala tanto da inclusão, da acessibilidade... mas na prática não é muito que acontece.

Além das consequências socioeconômicas da SCZ, os profissionais citaram como justificativas as condições de moradia da população, que, contribuem para a reprodução do mosquito. Os entrevistados refletem que se a situação tivesse sido sanada na ocasião em que a dengue ainda era uma epidemia, o ZIKV não teria acometido tantas pessoas, e que, portanto, a extensão da gravidade tinha como causa a raiz social do problema.

Chef 1- O principal, é, você fica triste de ver que a nossa realidade, é, principalmente aqui no Brasil, de estrutura, de estrutura básica mesmo, por que a gente sabe que tudo é transmitido através de um mosquito, que a gente pode prevenir, então, saneamento básico, é, algumas condições, que continua sendo tão pobre ao longo dos anos, que a gente tem agravos desse tipo, né?

Observou-se também que as justificativas dos sentimentos verbalizados estiveram relacionadas com planejamento familiar ou gestação. Neste ponto do estudo, identificou-se o caso negativo.

Julgou-se que o caso negativo é a entrevistada Ped 2. Ela estava constantemente se atualizando sobre a SCZ. Na explicação sobre as motivações, encontrou-se uma situação que destoava de todas as outras entrevistas: o desejo de ser mãe; enquanto muitas das outras entrevistadas já tinham prole definida, ou não tinham esse desejo.

Ped 2--QUAIS FORAM OS SENTIMENTOS QUE VOCÊ EXPERIMENTOU QUANDO VOCÊ TEVE O PRIMEIRO CONTATO COM NOTÍCIA COM A SURTO DE BEBÊS PORTADORES DE MICROCEFALIA PELO ZIKAV?
Desespero. Desespero total.
POR QUÊ?
Primeiro por que eu quero ser mãe, né?

Assim, observou-se que fatores da vida pessoal do profissional foram importantes no desenrolar da atualização profissional sobre ZIKV. Na entrevista, a Ped 2 demonstrou domínio desde o começo da entrevista de que a SCZ não se resume apenas à microcefalia e que os conhecimentos ainda estão sendo construídos, a exemplo da fala encontrada na entrevista com o sujeito Pesq 1:

Ped 2—[...] é uma coisa totalmente nova, e assim, acho que a gente está na ponta do iceberg. Tem muita coisa pra se descobrir ainda, acho que não descobriu nem um terço ainda do que pode ser causado. Acho que tem muita coisa ainda pra ser descoberto.

Pesq 1--É, isso aí ainda não tá fechado porque o “n” é pequeno e o tempo é pouco

Observou-se que a profissional Ped 2 também posicionou o homem no papel de corresponsabilidade em relação à prevenção da SCZ:

[...] E falar principalmente da parte do pai, porque, é o que todo mundo esquece, todo mundo esquece. Por que se ele for contaminado, claro que pode ser que ele não transmita para ela, mas e se? Oxi, eu falo direto para ele: você use repelente também, por que não adianta só eu ficar usando repelente não, viu? Você se encha, se entupa de repelente, por que vai que... né? Tem possibilidade, então a gente tem que contar com isso, não tem jeito!

Vale salientar que o parceiro sexual não foi referido em nenhuma outra entrevista, quando se falava na questão da prevenção da SCZ.

De volta às justificativas, uma questão importante foi o papel autoatribuído. Os entrevistados referiram que a função do profissional de saúde era reduzido em “dar apoio”, “dar esperança”, “conscientizar a população” e “repassar as informações”.

Entretanto, por se tratar de uma síndrome nova, os profissionais relataram a insegurança que sentiram no fato de que não havia informação suficiente, e, verbalizaram o medo do que poderia acontecer no futuro, como se nota nas falas a seguir:

“Chef 2- Porque eu não tou tranquila de que não vai acontecer de novo. Sei que a gente não vai poder mudar muita coisa. Do tipo, depois que já nasceu a gente é a ponta da confusão...”

Enf 7- Na verdade é bem assustador, porque, eu, na verdade, comecei a pensar, assim, numa mudança de perfil epidemiológico de vida de todo mundo. Porque até então, a gente que eu digo, é todo mundo, por que nós todos não tínhamos um preparo com uma alteração que possivelmente tava sendo tão comum, tão nova que ninguém sabia nada a respeito, nem a gente que teoricamente devia saber a respeito, não sabia. E quem não era da saúde sabia menos ainda, então eu comecei meio que pensar a longo prazo. Eu pensei, meu Deus, como vão ser os próximos 5 a 10 anos? Eu nem fiquei tão angustiada com o momento. Fiquei, mas a minha, se você perguntar, o que você associava? Eu associava ao pós.

Além do medo do futuro, os profissionais relataram que se sentiram incapazes para lidar com a situação à época. Foi observado que a sensação de incapacidade esteve ligada ao fato de não haver cura para a SCZ e pouca possibilidade de alívio dos sintomas da criança. Por outro lado, houve também uma sensação de incapacidade relacionada ao suporte que as crianças precisavam ter:

Enf 1- Não, eu não me sinto capacitada para assumir uma criança na puericultura sozinha, até mesmo porque aqui eu faço puericultura sem acompanhamento conjunto com o médico. E como eu disse, eu peço sempre a Deus para não ter nenhum caso, por que pelo que eu me conheço eu vou até sofrer por não saber como lidar com a situação. No caso, uma criança na urgência, que tá ali o médico, e a gente sabe os

cuidados que a gente vai ter que prestar. Já na atenção básica é um cuidado contínuo, é para vida inteira, e aí eu não me sinto capacitada não, para esse cuidado contínuo, até porque eu me sinto muito sozinha.

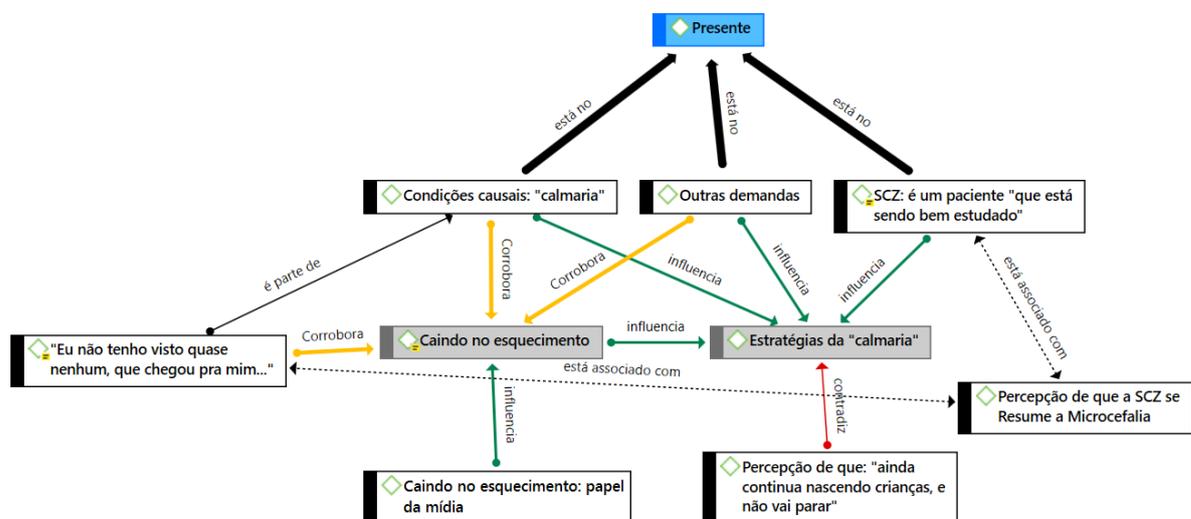
4.3.4 O Tempo Presente

Observou-se que no “Presente” (Figura 11) os entrevistados vivenciavam o que foi codificado como “calmaria” (termo extraído da fala de um profissional). Esse código traduz a interpretação dos profissionais para a diminuição da incidência da microcefalia e está ligado à percepção que os pacientes portadores da SCZ, mais especificamente os pacientes portadores da microcefalia, não mais fazem parte do dia-dia dos entrevistados — codificado como “Eu não tenho mais visto quase nenhum, que chegou pra mim”, como exemplo cita-se profissional Enf 1:

Na urgência, a gente, até hoje, às vezes, a gente recebe um número bem menor. Acho que num ano a gente recebe dois, três. Pelo menos nos meus plantões, mas já teve uma época que a gente teve casos frequentemente, de pacientes com microcefalia.”

A conjuntura de três fatores: i) a diminuição da incidência de microcefalia (“calmaria”); ii) o fato de que esses pacientes não mais estão fazendo parte do convívio dos profissionais e, iii) outras demandas do dia-dia dos profissionais foram fatores que corroboram para que a SCZ caísse no esquecimento (“Caindo no esquecimento”).

Figura 11. O Tempo Presente



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Identificou-se que os trabalhadores e chefes tinham o entendimento de que as crianças portadoras da SCZ estavam sendo “mapeadas” e “bem estudadas” por profissionais capacitados no âmbito dos centros de pesquisa de SCZ, como se observa na fala do Chef 1:

Bem, eu não sei se esses pacientes especificamente, como eles são todos catalogados e acompanhados, né? Então é um grupo que está sendo bem estudado. Então eu não sei se por isso eles têm uma assistência específica para a patologia maior, eles estão sendo abarcados, a não ser que a pessoa não procure, mas se procurar vai ter seguimento, assistência e tudo, com uma equipe multidisciplinar.

Observou-se também que os entrevistados não se percebiam como profissionais importantes dentro da rede de cuidados desses pacientes, e essa percepção contribuiu com as estratégias da “calmaria”:

Enf 7-A gente acompanhou dentro do que podia, porque assim, eu mesma dizia pra própria mãe: só venha pra cá se você não tiver uma outra atividade no dia. Por quê? Por que o posto tá aqui todo dia. Então a hora que ela chegasse a gente iria acolhê-la lógico.

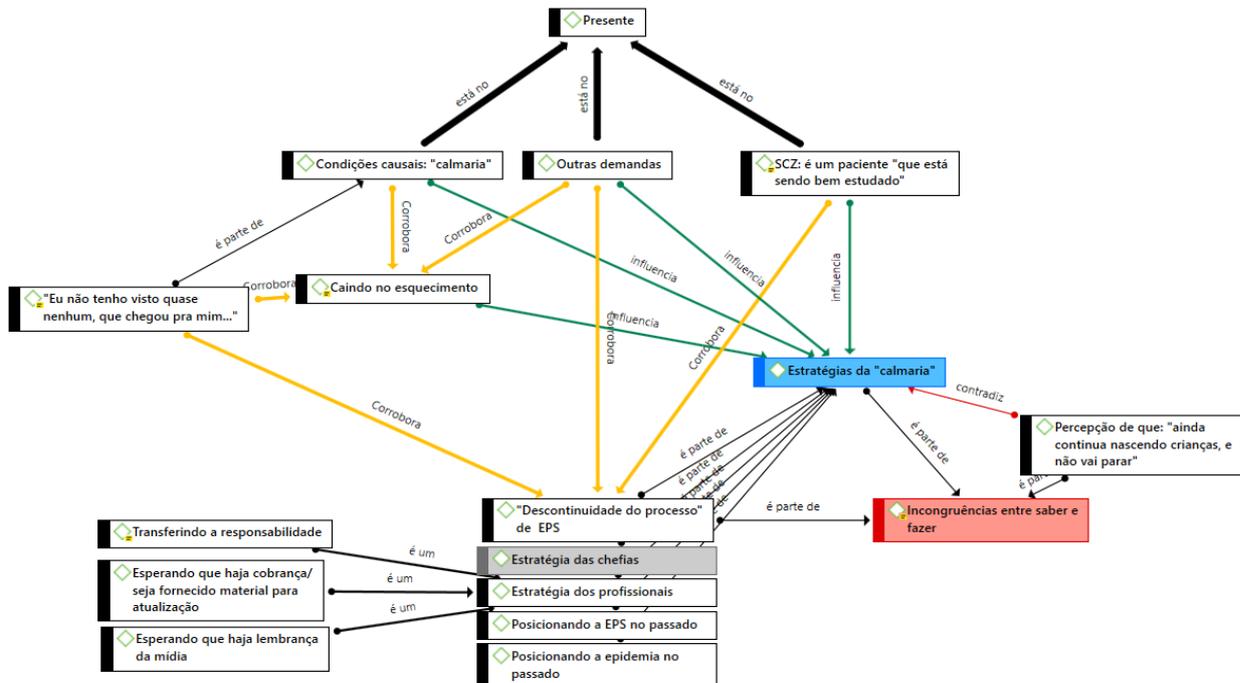
Adicionalmente, observou-se na fala da maioria dos entrevistados que a microcefalia dominou entendimento sobre SCZ, que foi codificado como “Percepção de que a SCZ se Resume a Microcefalia”, que está associada com o código “Eu não tenho visto quase nenhum, que chegou pra mim...”.

O fato de que a SCZ está “Caindo no esquecimento”, esteve influenciada também pela diminuição da exposição da mídia sobre o assunto:

Ped 2- Por que eu acho que isso, como eu falei, é a ponta do iceberg, acho que apesar de ter saído da mídia, por que eu acho que saiu da mídia, e assim, claro que diminuíram os casos e tudo mais, mas assim, não diminuiu, existe ainda, continua nascendo crianças. Assim, não tá nascendo como nascia antigamente, tipo aquele boom que foi. Mas ainda continua nascendo crianças, e não vai parar. Entendeu?

As estratégias identificadas nas entrevistas que os profissionais utilizaram para lidar com a vivência da “calmaria” foram (Figura 12): “Estratégias das chefias”, “Estratégias dos Profissionais” “posicionando a EPS no passado” e “Posicionando a epidemia no passado”.

Figura 12. Estratégias da “calmaria”



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Observou-se que quando falavam sobre a SCZ, os profissionais e chefias utilizavam verbos conjugados no pretérito, posicionando tanto a epidemia quanto a ES no passado, como se o problema tivesse sido resolvido. Encontrou-se que os profissionais lidaram com a diminuição dos casos de microcefalia passivamente, “Transferindo a responsabilidade” da atualização profissional para as chefias, como se vê na fala de Enf 4 que espera receber material educativo: “[...] Esse ano eu ainda não li nada, não recebi nada a respeito desse assunto.”

Além do mais, os profissionais justificaram que a lembrança da mídia fazia com que eles buscassem estratégias de educação (Ped 5: “E através da mídia é que a população busca informações. Então eu acho que acaba forçando a gente a estudar e se atualizar naqueles assuntos por aquela cobrança, né?”) Assim, foi identificado que houve uma descontinuidade no processo de atualização profissional.

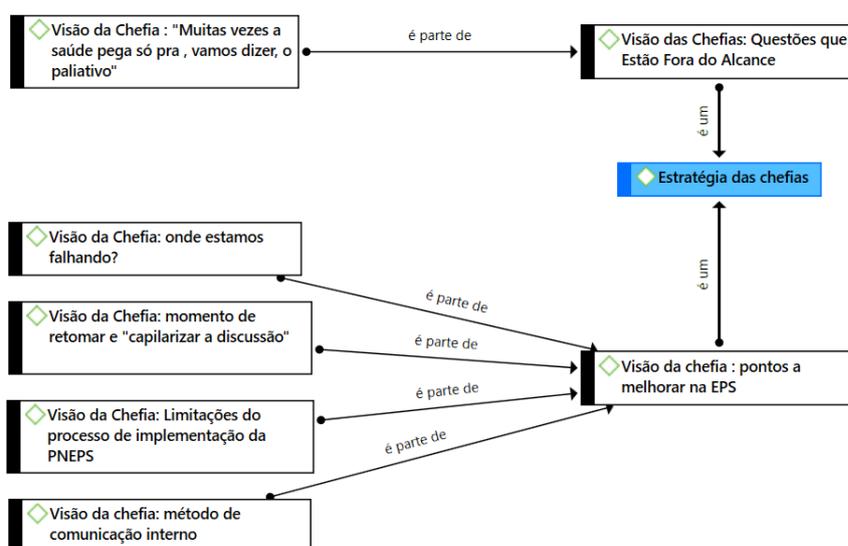
Além do novo perfil epidemiológico, as estratégias foram influenciadas também pelo aparente “esquecimento” da população e dos próprios profissionais, conforme o entrevistado Neo2:

[...] ninguém mais tava preocupado, e é uma doença que você sabe que não vai sumir. As pessoas têm impressão que se resolveu, e aí eu acho que até os médicos também, já não tão mais, os médicos e os profissionais da área de saúde, já não tão mais também divulgando dizendo “olhe faça isso, se proteja”... você nota que diminuiu a preocupação...

Já dentro das “Estratégias das chefias” (Figura 13), observou-se que os chefes se sentiram frustrados com as questões que estão fora de alcance de ação, concernentes a outras instâncias (superiores) ou a setores outros que não a saúde:

Chef 3- [...] são questões que são além da saúde, que é questões de situação mesmo de, falando do Aedes, né? Que é onde tudo começa, é... questões de outros setores, né? E condições de vida, de educação, então a gente tem né? Essa visão de que não fica só restrita a saúde, muito pelo contrário. Muitas vezes a saúde pega só pra , vamos dizer, o paliativo, é o pra controlar o que já chegou num nível de, que é matar o mosquito, que é fazer visita domiciliar, mas o que chegou até a quilo ali são condições socioeconômicas e as condições que a nossa população vive, que a gente vive no Brasil.

Figura 13. Estratégias das chefias



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Observou-se também que as falas das chefias no “Presente” estavam voltadas para identificar as falhas e limitações da atualização profissional, bem como na necessidade de retomar a discussão sobre SCZ:

Chef 3- E eu acho que teve esse processo de descontinuidade, é... aqui quando teve esse processo montou inclusive um núcleo , inclusive dentro da secretaria o núcleo...estratégico de acompanhamento da zika, que fica ligado ao gabinete, e algumas ações foram feitas inclusive com a escola de saúde pública, na CREFITO, no NASF e tal , com a universidade federal de Pernambuco, e essa ação inclusive está sendo retomada pra ser feita, está sendo discutida, então, eu acho que está no momento inclusive de capilarizar essa discussão.

Assim, conforme foi dito, o código “Incongruências entre o saber e fazer” foi identificado como sendo o código central da teoria que foi detalhada nesta seção. Foi identificado que o resultado desse processo de incongruência gera sentimentos de “culpa” e “constrangimento” entre os profissionais e as chefias. Nas falas percebeu-se que houve um movimento de justificação por parte dos entrevistados quando questionados qual a última vez que eles haviam lido sobre o assunto:

Chef 3- HUM-HUM. E QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ ESTUDOU SOBRE O ASSUNTO?

É... bom, realmente, depois que diminuiu os casos a gente, é... isso fica, se dilui mais. A gente na gestão da política a gente tava colocando, justamente discutindo o novo plano de educação permanente em saúde[...]

Enf 6- Mas enfim, realmente a leitura ficou pra trás. Porque tem outras leituras que me consomem mais, eu tou muito junto da formação, né, junto da universidade, faço parte de preceptoria, de tutoria, de residência, então assim, é muita coisa pra tar lendo e produzindo, aí acabou que esse lado ficou meio que esquecido.

Ped 1- Não, é importante... ainda mais por isso que a gente tem a sensação hoje de que, né? O risco diminuiu e a gente vê isso. A população acaba também se despreocupando mais também com relação assim, ao zika e é obrigação nossa também, conscientizar, né? O paciente, enfim, a população, de que o risco continua, de que o risco existe. Para ser tomadas as medidas...

QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ LEU SOBRE O ASSUNTO?

Nossa! Faz mais de seis meses ou mais...

Ped 4- QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ LEU SOBRE O ASSUNTO?

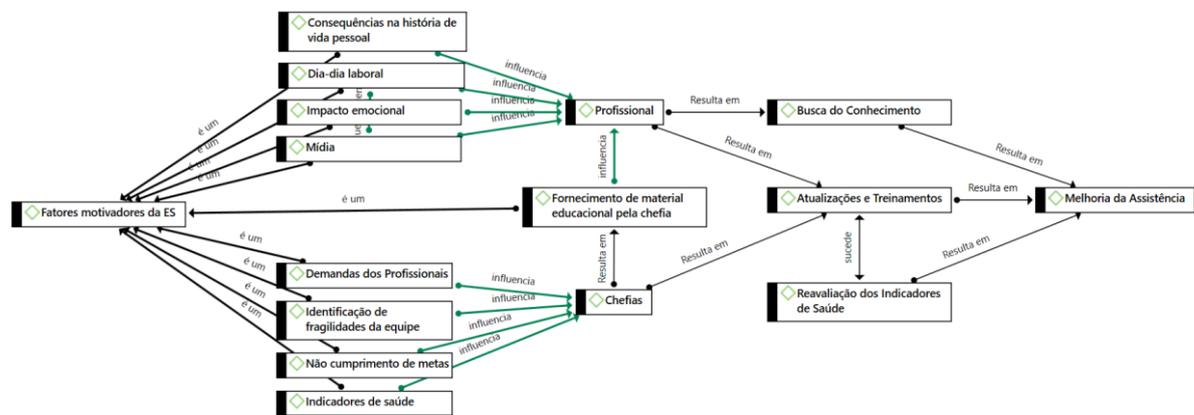
Rapaz, faz tempo, eu confesso que faz tempo... o último contato que eu tive assim, foi uma das preceptoras que fez mestrado em refluxo das crianças com microcefalia do zika. Que é acompanhado lá no HC, eu acho que foi o último contato.

Desta maneira, a construção da teoria fundamentada em dados sobre o processo de atualização profissional de médicos e enfermeiros da rede básica e hospitalar sobre SCZ identificou uma fragmentação neste processo. Observou-se que os profissionais eram motivados e influenciados por questões referentes ao dia-dia, e que as chefias procuravam atender às diferentes demandas: relativas ao cotidiano dos trabalhadores, a indicadores de saúde e a demandas de núcleos internos (vigilância à saúde, por exemplo).

Além disso, identificou-se que a grande mídia exerceu um papel importante no comportamento auto protetivo e no desenvolvimento de estratégias educativas por parte dos profissionais.

Portanto, diante das estratégias de atualização profissional que os profissionais e chefias lançaram mão diante da epidemia do ZIKV e da SCZ, construiu-se um modelo conceitual (Figura 14) que reflete esse processo:

Figura 14. Modelo conceitual sobre como a ES acerca da SCZ se desenvolveu



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019

Conforme foi elaborado no detalhamento da teoria, as histórias de vida pessoal e as possíveis (ou reais) consequências que a doença traria (ou trouxe) para os entrevistados, contribuíram para o impacto emocional dos profissionais, que conjuntamente influenciaram as estratégias de atualização profissional. Esses fatores pessoais estiveram ligados principalmente à gestação (própria ou de alguém próximo).

Adicionalmente, o contato com pacientes portadores de microcefalia causada por SCZ (tanto no cotidiano do trabalho quanto mediado pela mídia), foi um fator motivador para que os profissionais procurassem buscar conhecimento sobre a doença.

Já as chefias identificaram como fatores desencadeantes das estratégias de ES as demandas dos profissionais por atualizações ou treinamentos em determinado assunto, mas também a identificação de fragilidades na equipe (déficit de formação em determinada área, como por exemplo, dificuldade em um diagnóstico específico que tenha sido identificada pelas chefias).

A maioria dos gestores relataram que havia metas, e que o não cumprimento delas acarretaria no desenvolvimento de estratégias educativas com o intuito de sanar as possíveis dificuldades. Outra forma de motivação de atualização profissional muito relatada pelas chefias foi a análise de indicadores de saúde, ou seja, dados de vigilância epidemiológica e dados da qualidade da assistência (como por exemplo, taxa de permanência de hospitalar, taxa de infecção hospitalar, índice de sífilis congênita, entre outros).

Outra estratégia de atualização profissional adotada pelas chefias consistiu na formulação de materiais educacionais próprios ou no compartilhamento de publicações (artigos, *guidelines*), que foram fornecidos aos profissionais como materiais impressos ou via redes sociais. Esses materiais foram identificados como um dos fatores motivadores que deflagrou o processo de atualização. Ademais, as chefias procuraram fornecer estratégias educacionais e treinamentos com as mais variadas metodologias (tradicional ou não).

Observou-se que reavaliações dos indicadores ou metas eram constantemente realizadas e que tal conduta poderia deflagrar novas estratégias educativas, e identificou-se que o objetivo final dessas estratégias, tanto por parte dos profissionais quanto das chefias, foi a melhoria da qualidade da assistência.

Identificou-se que os profissionais de enfermagem receberam, com uma exceção, oportunidade de participar de alguma atividade educativa, providas pelas instâncias municipais ou estaduais, no formato de treinamentos. Em contrapartida, apenas metade dos profissionais médicos participaram de alguma estratégia educativa, sendo que a maioria foi fornecida pelos programas de residência no momento em que eles eram residentes, e que portanto se configuraram em atividades de caráter obrigatório.

Observou-se também que quase todos os profissionais médicos tinham acesso a plataformas de ensino de acesso restrito, como UptoDate®, SBP ou estratégias da empresa SECAD® (PROPED e PRORN), e que mais da metade dos profissionais estudados buscaram sanar necessidades educacionais na internet, em buscadores como o *Google*®.

Por outro lado, dentro da amostra, cinco profissionais (três enfermeiros e dois médicos) relataram procurar informações em plataformas tecnológicas gratuitas como o site do MS, e apenas dois profissionais de enfermagem relataram que utilizavam as plataformas do Telesaúde e UnaSUS. Curiosamente, notou-se que os únicos médicos que consultavam o site do MS eram os mais idosos da amostra, e que os profissionais mais jovens preferiram as plataformas pagas relatadas acima.

Percebeu-se que a maioria dos entrevistados do nível primário de assistência relataram que preferiram estratégias educacionais que unissem todos os integrantes da ESF em torno dos mesmos objetivos de ensino. Enquanto que a maioria dos profissionais do nível secundário e terciário disseram preferir estratégias individuais (presencial ou à distância).

Muitos profissionais relataram que artigos científicos foram compartilhados em grupos de trabalho da plataforma Whatsapp® e que na maioria das vezes, essa foi a única informação que eles tiveram acesso. Já os profissionais da rede básica de saúde receberam material

informativo impresso da secretaria de saúde municipal, porém consideravam que o material não despertava o interesse, como observamos na fala do profissional Enf 2:

Então, dependendo do material que eu me depare, as vezes eu acho um saco por que o material não é nada objetivo. Um negócio que divaga muito para chegar no que a gente precisa: que é a sintomatologia, que é a conduta, enfim, um negócio que divaga muito, é... quando é uma coisa mais objetiva, é uma coisa que me interessa e me deixa motivada de estar estudando

Observou-se também que o fornecimento de material educacional impresso foi considerado como sendo uma forma de cobrança das chefias, e foi um dos fatores que motivaram o processo de atualização. Porém, durante o tempo “Presente” o fornecimento de material educativo cessou e isso serviu de justificativa para que o profissional não buscasse estratégias educativas autonomamente no período de “calmaria”:

QUAL FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ LEU SOBRE O ASSUNTO?

Faz tempo também, acho que faz mais de seis meses. Acho que foi ano passado. Esse ano eu ainda não li nada, não recebi nada a respeito desse assunto.

5 DISCUSSÃO¹

O propósito deste estudo foi construir uma teoria fundamentada em dados sobre o processo de atualização profissional de médicos e enfermeiros da rede básica e hospitalar sobre a Síndrome Congênita do Zika no DSIII da cidade do Recife. Ademais, esta pesquisa teve como objetivo responder à pergunta: como se deu o processo de atualização profissional acerca da Síndrome Congênita do Zika na perspectiva dos médicos e enfermeiros da cidade do Recife? Desta maneira, utilizando a metodologia da TFD, nós geramos uma teoria e um modelo conceitual sobre a questão.

A teoria que emergiu dos dados coletados revelou que o processo de atualização na população estudada estava fragmentado. No “Passado”, isto é, durante a epidemia do ZIKV e da SCZ, os atores (profissionais e gestores) uniram forças para enfrentar a crise através de estratégias educativas e estratégias de autoproteção. Porém, com a diminuição dos casos de microcefalia, no tempo “Presente” (após a epidemia), a atualização profissional foi deixada de lado devido à percepção de que o “problema havia se resolvido” conjuntamente com a necessidade de canalização de esforços para atendimento de outras demandas assistenciais, o que levou a uma incongruência entre “saber” que é necessário continuar o processo atualização e não o “fazer”.

Considerando o modelo conceitual, nossa discussão seguirá dois eixos principais, a saber: pesquisa médica translacional em emergências de saúde pública e os fatores influenciadores da atualização profissional.

5.1 PESQUISA MÉDICA TRANSLACIONAL EM EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

Nesta seção, discutiremos como a pesquisa médica translacional se desenrolou durante a epidemia do ZIKV à luz dos resultados encontrados. Ressalta-se que as figuras são semelhantes a Figura 1, que representa as etapas da pesquisa médica translacional, exceto pelo fato de que as etapas que não aconteceram estão sinalizadas na cor cinza.

O modelo conceitual (Figura 17) demonstra quais fatores que influenciaram/desencadearam o processo de atualização profissional por parte dos gestores e por parte dos trabalhadores. Ademais, mostra também que a melhoria da qualidade na

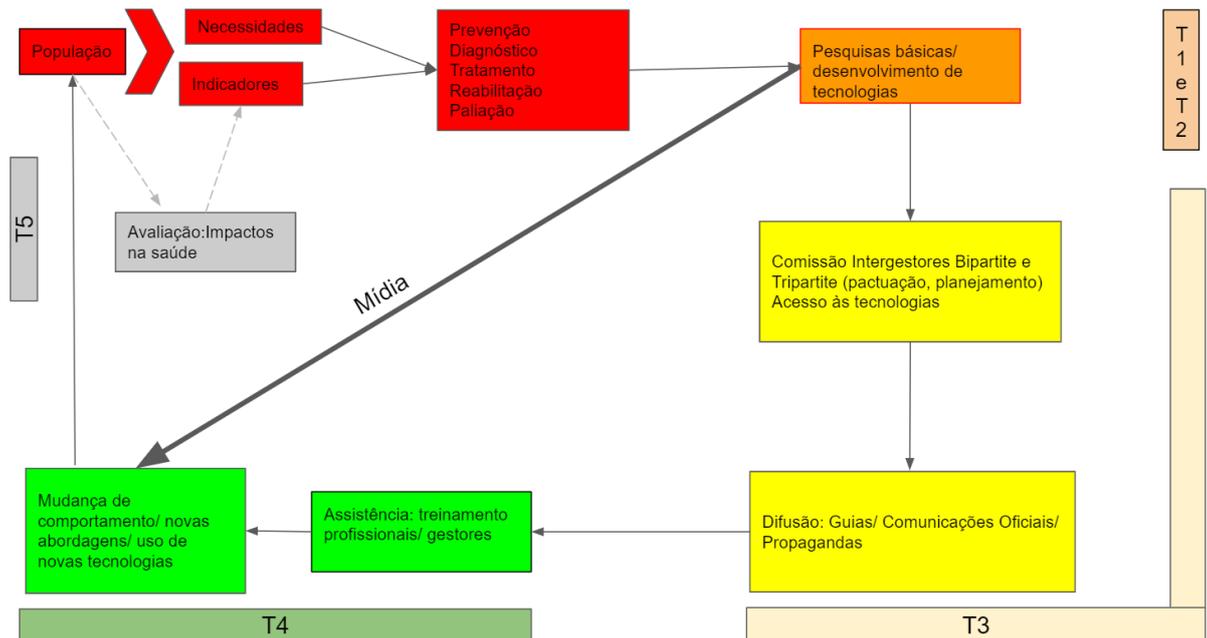
¹ Esta seção será relatada na voz ativa para evitar quaisquer dubiedades de interpretação; nela, discutiremos questões importantes para o entendimento da atitude dos trabalhadores frente à epidemia da SCZ.

assistência em saúde é o objetivo final das estratégias educativas utilizado à época pelos entrevistados.

Identificamos que o processo translacional durante a epidemia (“Passado”- Figura 16) deu-se de maneira acelerada, isto é, as necessidades da população instigaram o surgimento de informações do processo T1 em centros de pesquisa e universidades, porém, algumas etapas do processo T2 (ensaios clínicos, sínteses e metanálises) não aconteceram (TROCHIM et al., 2011).

Em vez disso, órgãos governamentais traduziram as informações das pesquisas preliminares diretamente em guias de práticas que foram difundidos entre os profissionais (T3), o que causou dificuldades no entendimento, visto que esses guias foram sendo atualizados à medida que novas informações eram geradas. Adicionalmente, observou-se que o encurtamento no T2 facilitou o surgimento e difusão de informações inverídicas principalmente em mídias sociais, que foram posteriormente elucidadas.

Figura 15. Etapas da Pesquisa Médica Translacional durante o surto - “Passado”



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019. Baseado em Lupatini et al., 2019.

Percebemos que as informações geradas em T1 foram rapidamente incorporadas na prática laboral (T4) dos profissionais com a difusão da mídia através de entrevistas com pesquisadores e pronunciamentos oficiais.

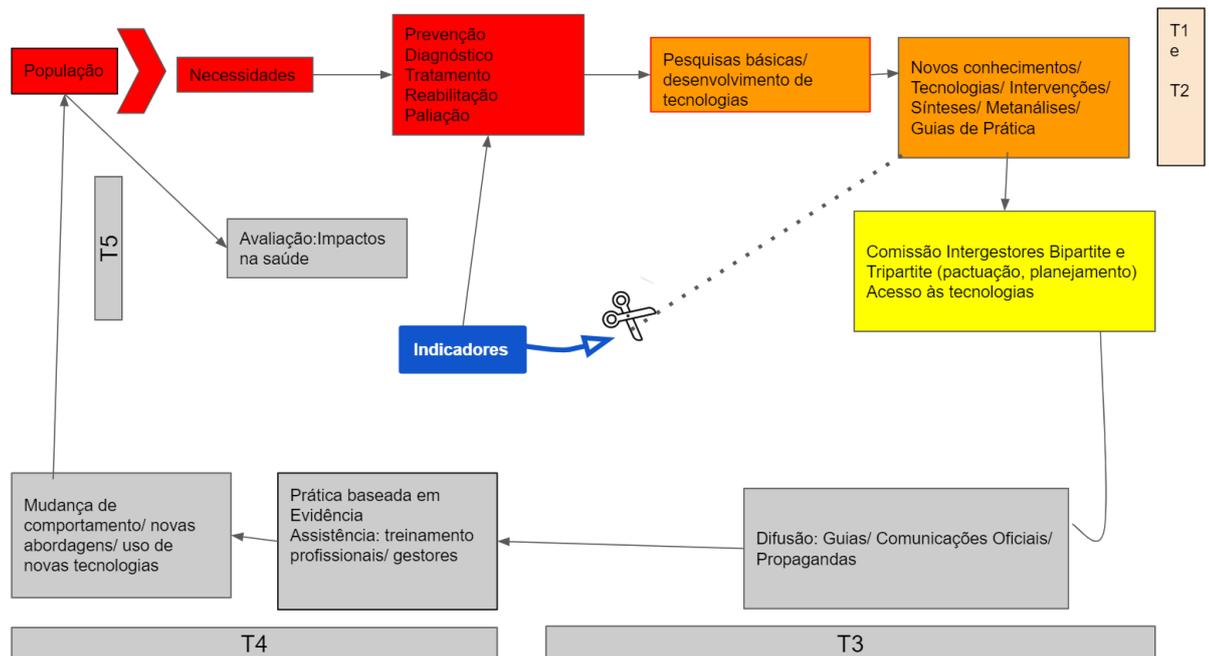
Os profissionais (que à época estavam altamente motivados devido ao contato com as crianças portadoras de microcefalia) lançaram mão de estratégias de busca do conhecimento ou

procuraram participar em eventos educativos fornecidos pelas chefias dos serviços. Além disso, com ajuda da mídia, as informações de T1 também foram rapidamente incorporadas nas práticas auto protetivas.

Adicionalmente, observamos que as atividades de T5 (avaliação dos impactos na saúde) não aconteceram e, que, curiosamente, os indicadores de saúde (que no modelo conceitual de Lupatini - Figura 1 são alimentadores da geração de conhecimento em T1), foram o fator principal para que a atualização profissional fosse fragmentada.

Assim, no “Presente” (Figura 17), percebemos que os indicadores de saúde (mais especificamente a diminuição da incidência de microcefalia) foram determinantes para que o processo de translação se mantivesse na fase T3, pois a melhoria dos indicadores trouxe duas consequências: i) perda do interesse dos canais de comunicação midiáticos; e conjuntamente com a perda do contato com o paciente no cotidiano do serviço, levou à ideia de que houve ii) aparente resolução do problema.

Figura 16. Etapas da Pesquisa Médica Translacional após o surto - “Presente”



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019. Baseado em Lupatini et al., 2019.

Assim, uma das conclusões deste estudo, é a verificação de que os dados gerados sobre SCZ nas etapas T1 e T2 foram entregues aos profissionais no T4 através da mídia. Já no “Presente”, as informações sobre SCZ e ZIKV vêm seguindo o fluxo normal da pesquisa médica translacional, portanto, estão na esfera inicial de T3 (Figura 17).

Conforme o fluxo padrão da pesquisa médica translacional indica, esse processo de transferência de conhecimento relacionado a questões de saúde normalmente aconteceria nas 5 etapas (T1 a T5) demonstradas na figura acima, que apesar de durarem em média 17 anos (SLOTE MORRIS; WOODING; GRANT, 2011). Este processo é o meio pelo qual as informações científicas que se tornam confiáveis são distribuídas através de canais oficiais e de estratégias de atualização profissional são incorporadas na prática assistencial (LUPATINI et al., 2019).

Um achado desta pesquisa é que o “atalho” da mídia na pesquisa médica translacional e a consequente entrega de informações não amadurecidas e (às vezes) dissonantes, fomentou o aparecimento de sentimentos de “vulnerabilidade” e deixou os profissionais inseguros.

Belfroid e colaboradores em trabalho que relatou a experiência de preparação do sistema de saúde na cidade de Nova Iorque para uma possível chegada do vírus Ebola, ressaltaram que o repasse de informações ambíguas causou estresse e confusão nos profissionais de saúde (BELFROID et al., 2018)

Por outro lado, profissionais que receberam informações claras, se mostraram calmos e seguros do papel a ser desempenhado por eles dentro da equipe de saúde (BELFROID et al., 2018). Além disso, os trabalhadores referiram que treinamentos simulados demonstraram ser um meio eficaz para que eles se sentissem preparados, porém, os indivíduos do estudo sentiram falta de suporte emocional. (BELFROID et al., 2018; VARMA et al., 2017)

A necessidade de suporte emocional para os profissionais em preparação para atuação na emergência do Ebola corrobora os achados do nosso estudo, que identificou a importância do fator emocional entre os entrevistados durante a epidemia do ZIKV.

Contudo, ressaltamos que embora os estudos de Belfroid et al (2018) e Varma et al (2017) ilustram como cidades programaram e efetivaram ações de preparação para desastres, faz-se necessário que a comparação com a realidade brasileira, considerando sociedades nas quais o sistema de saúde seja de acesso gratuito e universal, a espelho do SUS. Portanto, sugerimos que sejam realizados estudos de como países que detêm um sistema de saúde semelhante ao SUS (como Canadá ou Reino Unido) se preparam em termos de AP no contexto de situações de desastre.

Uma possível explicação para o atalho que a mídia fez na pesquisa médica translacional reside no fato de que a crise pública da epidemia do ZIKV demandou ações rápidas de todos os atores envolvidos. Os pesquisadores apressaram-se a formar redes de pesquisas, os gestores trataram de estabelecer fluxos de atendimentos, além de terem acelerado o repasse de

informações via canais de comunicação em massa e os profissionais procuraram adquirir o máximo de conhecimento para atuação na assistência

Porém, como é esperado no decorrer do processo de construção do saber científico, seguindo o ritmo do avanço das pesquisas, informações que antes eram verdadeiras podem ser descartadas, novos fatos podem ser descobertos e o que já foi desconsiderado pode voltar a ser o foco das atenções.

Nós entendemos que esse achado (“atalho”) pode ser extrapolado para outras emergências de saúde pública dentro do contexto brasileiro, em termos de doenças infecciosas. Como se observou na epidemia do H1N1 em 2014 e atualmente na pandemia do Sars-Cov-2. Informações científicas foram disseminadas sem o amadurecimento necessário devido à urgência da epidemia.

No caso do ZIKV, alguns autores sugeriram que houve uma pressão da mídia para que respostas fossem dadas, sem no entanto, considerar que àquele momento, conclusões científicas ainda eram inexistentes (AGUIAR; ARAUJO, 2016). Já na atual pandemia do Sars-Cov-2, a urgência de publicar conclusões iniciais faz com que haja um “atropelo” nos procedimentos de revisão, que podem chegar ao ponto disseminar informações incompletas ou mesmo inverídicas até mesmo nos jornais científicos mais respeitados (IOANNIDIS, 2020).

5.2 FATORES INFLUENCIADORES DA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Como foi apresentado na seção dos Resultados, na TFD produzida identificamos que o código “Incongruência entre saber e fazer” foi o código central do estudo. Esse fato é exemplo de um fenômeno bem conhecido na literatura científica, de que embora a informação seja uma parte fundamental da mudança de comportamento, ter conhecimento sobre algo é bem diferente de aplicar esse conhecimento na prática (SLADEK; MCALLISTER; WALSH, 2019).

No caso do ZIKV, sendo Recife o “epicentro” da SCZ, observamos que todos os profissionais entrevistados tiveram contato (laboral e/ou familiar) com pacientes portadores de microcefalia, esse contato por si só, porém, não foi suficiente para motivá-los na continuidade da busca por atualização profissional após o pico de casos.

Neste sentido, o trabalho de Harapan et al. aferiu conhecimentos sobre ZIKV em 2017 na Indonésia, advogando que o contato laboral dos profissionais com casos de Zika fez com que os entrevistados tivessem maiores índices de conhecimento, quando comparados com indivíduos que não foram expostos ao Zika na sua prática profissional, o que corrobora com os achados de nossa pesquisa (HARAPAN et al., 2017). Entretanto, esse fato não explica a causa

da fragmentação no processo de atualização profissional, já que o ZIKV não deixou de circular em nosso meio.

Além do contato com os pacientes infectados pelo ZIKV, observamos que o impacto emocional foi um fator que impulsionou as estratégias educacionais na época da epidemia.

Portanto observamos que tanto a extensão quanto a gravidade das consequências da epidemia influenciaram respostas dentro da esfera emocional e que essas respostas refletiram, em parte, a comoção da comunidade científica internacional (MUSSO; KO; BAUD, 2019).

Estudos sobre as consequências emocionais causadas pela assistência de crianças portadoras de SCZ não estão disponíveis, portanto, nesta discussão, vamos traçar um paralelo com pesquisas que investigaram profissionais que cuidam de crianças com paralisia cerebral, dada à similaridade no comprometimento motor e cognitivo entre a SCZ e a paralisia cerebral.

Vicentic et al (2016) estudou a prevalência de doenças mentais entre trabalhadores que prestam assistência a crianças com paralisia cerebral, considerando que esse cuidado envolve uma carga emocional que se intensifica de acordo com o grau de comprometimento do pequeno paciente. O estudo encontrou que, quando comparado por um grupo controle composto por profissionais que cuidam de outras patologias dentro da pediatria, os trabalhadores da equipe de paralisia cerebral tiveram maiores índices de doenças mentais como ansiedade e depressão (VICENTIC et al., 2016).

Nosso estudo não se propôs a medir as consequências emocionais que a SCZ trouxe aos entrevistados, porém, observamos que do contato com as crianças (laboral ou através da mídia) afloraram relatos de emoções negativas como “desespero”, “medo” e “vulnerabilidade”, se aproximando dos resultados encontrados na pesquisa de Vicentic (2016).

Nos questionamos se o impacto emocional registrado foi amplificado pelo fato de que quase todos os entrevistados trouxeram à tona suas próprias vivências familiares como forma de tentar aproximar a realidade vivida pela SCZ com suas experiências pessoais. Além disso, sabe-se que o trabalho com atendimento pediátrico demanda grande envolvimento emocional do profissional com as crianças e seus cuidadores.

Dentro da história de vida pessoal, destacamos em particular da ocorrência da gestação. Observamos que a incongruência (código central da teoria) foi encontrada em todas as entrevistas, exceto com a profissional Ped 2, que expressou o desejo de gestar uma criança.

Sobre isso, percebemos que há uma clara interação entre os conceitos “gestação”, e tudo que este evento representa dentro da vida de uma mulher, e “microcefalia”, contribuindo para o surgimento de sentimentos como “medo”. Com isso, podemos extrapolar esse pensamento e inferir que provavelmente o medo da microcefalia pela SCZ entre as mulheres em idade fértil

foi o fator motivador da redução de aproximadamente 10-15% na taxa de natalidade no Brasil (CASTRO et al., 2018; MUSSO; KO; BAUD, 2019).

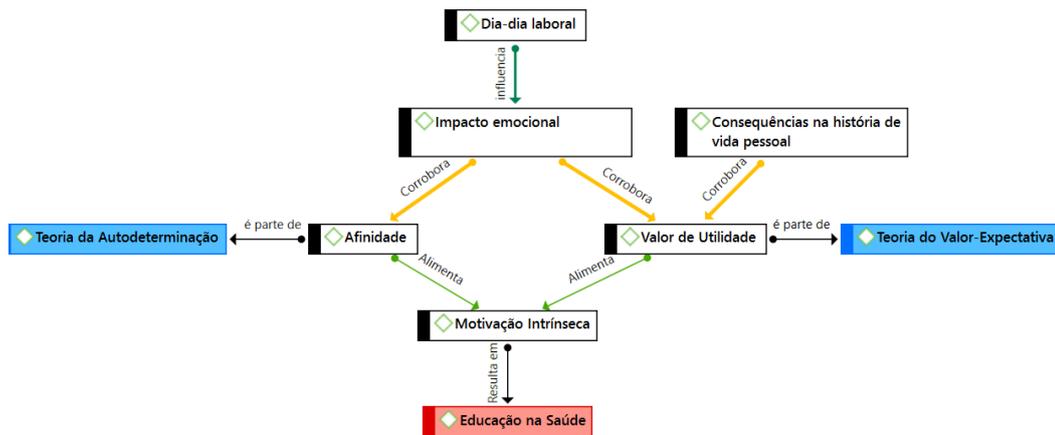
Dentro do contexto estadunidense, foi realizado em 2018 um estudo sobre níveis medo ligado ao ZIKV; observou-se que mulheres gestantes ou que estavam planejando uma gestação pontuaram níveis mais altos de medo quando comparadas a mulheres com prole definida (YANG; DILLARD; LI, 2018). Estes dados corroboram com os achados de nossa pesquisa, onde observamos que a experiência do surto de microcefalia trouxe sentimentos positivos como “alívio” por já ter definido prole e não desejar mais gestar, mas principalmente, esteve ligado a sentimentos negativos como ansiedade e medo. Essa equação (gestação + ZIKV = medo) foi percebida em quase todas as entrevistas, entretanto, a profissional Ped 2 foi mais enfática do que os outros indivíduos quando perguntada sobre seus sentimentos (“Desespero. Desespero total”).

Assim, identificamos que fatores da história de vida pessoal do profissional, mais especificamente, o desejo de uma gestação, foi um dos pontos mais importantes para a manutenção de estratégias de atualização profissional. Como consequência da continuidade das atividades educacionais, observamos que a profissional Ped 2, foi a única entre os entrevistados que não se referiu à SCZ como sendo sinônimo de microcefalia e vice-versa; portanto, achamos que a profissional Ped 2, estava mais preparada para detectar oportunamente as alterações mais sutis da SCZ, dentro da sua prática profissional.

Assim, identificamos que os achados do nosso estudo estão em consonância com as teorias de motivação para aprendizagem de Eccle et al. e Decy e Ryan (teoria do Valor-Expectativa e Autodeterminação, respectivamente). Encontramos que durante o “Presente” os profissionais foram impactados emocionalmente através do contato com as crianças portadoras de SCZ, impacto esse magnificado pela extensão do comprometimento motor e cognitivo, a exemplo de crianças com paralisia cerebral.

O impacto emocional foi uma das molas propulsoras das estratégias de atualização profissional, encaixando-se no “valor da utilidade” dentro da teoria do Valor-Expectativa bem como na “afinidade” da teoria de Autodeterminação (Figura 17).

Figura 17. Teoria da Autodeterminação e Teoria do Valor-Expectativa e sua relação com a Atualização Profissional - Impacto Emocional



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019. Baseado na Teoria da Autodeterminação e na Teoria do Valor-Expectativa (DECI; KOESTNER; RYAN, 1999; ECCLES, 2005)

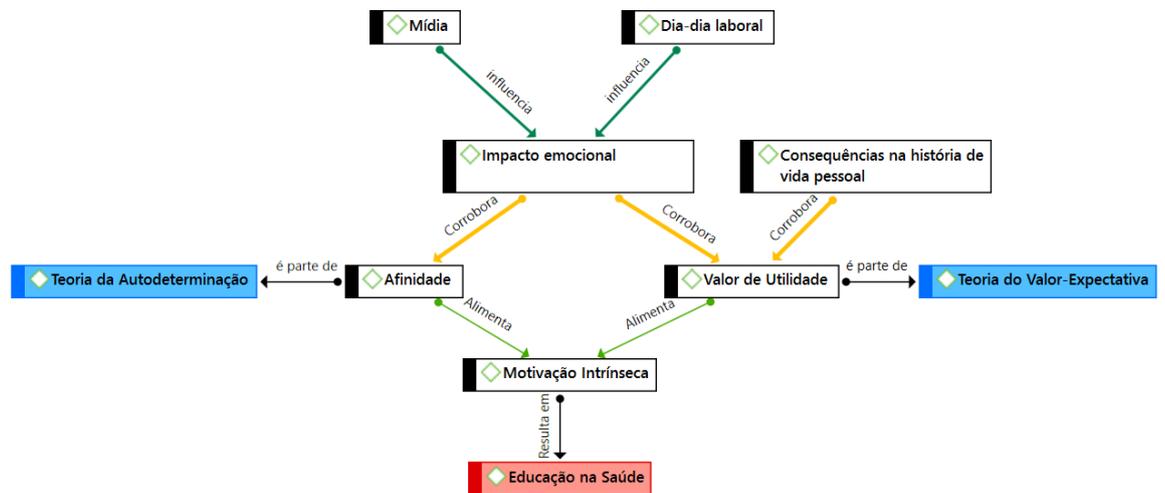
Além disso, identificamos que a história de vida pessoal do entrevistado, em especial a gestação e o valor atribuído a este evento dentro da perspectiva de cada indivíduo esteve em conformidade com a Teoria do Valor-Expectativa, dentro do fator “valor de utilidade”. Assim, observamos que o conteúdo a ser aprendido (SCZ) teve valor na medida em que a profissional posicionou seu planejamento familiar dentro do contexto da epidemia.

Adicionalmente, ficou claro que os entrevistados consideraram a mídia como uma forma de entrar em contato com a realidade das crianças acometidas e suas histórias de vida. Desta maneira, achamos que a mídia se tornou, além de uma fonte de aquisição de conhecimentos, um outro fator motivador das estratégias de educação e atualização.

Entretanto, julgamos que a exposição midiática repetida juntamente com o enfoque dado ao ZIKV e SCZ, exacerbou os sentimentos de ansiedade e medo que foram encontrados nas falas dos profissionais. Outro exemplo desse fenômeno tem sido observado atualmente durante a pandemia do Sars-Cov-2, onde achou-se que a mídia esteve ligada ao aumento de distúrbios alimentares (RODGERS et al., 2020), bem como ao aumento dos índices de suicídio (DSOUZA et al., 2020).

Dentro desse contexto, considerando as teorias de motivação supracitadas (Valor-Expectativa e Autodeterminação), observamos que a mídia se apresentou como outro fator influenciador dentro da esfera emocional, e que, portanto, corroborou com os fatores de “afinidade” e “valor de utilidade” (Figura18).

Figura 18. Teoria da Autodeterminação e Teoria do Valor-Expectativa e sua relação com a Atualização Profissional - Mídia



Fonte:Elaborado pela pesquisadora, 2019. Baseado na Teoria da Autodeterminação e na Teoria do Valor-Expectativa (DECI; KOESTNER; RYAN, 1999; ECCLES, 2005)

Acreditamos que por ter a capacidade de difusão de informação em larga escala e em um curto espaço de tempo, a mídia foi utilizada pelos gestores para comunicar as notícias mais atualizadas sobre a nova doença à população. Entretanto, percebemos que profissionais de saúde também foram consumidores dessas informações, e que a televisão se apresentou como uma das principais plataformas utilizadas para aquisição de informação durante a epidemia do ZIKV.

O uso da televisão tem sido identificado como fonte de conhecimento entre estudantes na área da saúde (HOFFMAN et al., 2018) bem como na população em geral (GOLLUST; FOWLER; NIEDERDEPPE, 2019), (BRIGGS; HALLIN, 2016). Porém, nos surpreendeu o peso que a mídia televisionada teve no processo de atualização profissional, e achamos que este fato se deva ao papel que a televisão tem dentro da cultura latino-americana, e principalmente brasileira.

Muito tem sido publicado em torno da influência televisiva no dia-dia de sociedades hispânicas em aspectos como consumo de produtos (GLASCOCK, 2001), representatividade racial (JOYCE, 2012) e no cotidiano e no “pertencimento” (LA PASTINA; REGO; STRAUBHAAR, 2003). No entanto, não encontramos estudos que analisassem a relação televisão x educação profissional em saúde dentro do contexto de uma emergência de saúde pública. Entretanto, no nosso estudo achamos que há uma forte conexão.

Segundo o estudo de Ribeiro et al (2018), houve uma seleção de enfoque das notícias por parte da mídia (denominada de “enquadramento”) e assim, através de exibições repetidas de imagens das crianças malformadas, a mídia fez delas a “cara” da doença (RIBEIRO et al., 2018).

Neste cenário, analisando à luz da teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel (AUSUBEL; FITZGERALD, 1962), a frequência das reportagens e as imagens dos bebês com microcefalia contribuíram para a incorporação da SCZ no arcabouço cognitivo dos profissionais e, como decorrência dessa abordagem, achamos que isso esteja ligado ao fato de que os profissionais utilizaram SCZ e microcefalia como se fossem sinônimos nas entrevistas.

Desta maneira, quando se referiram a SCZ, compreendemos que os profissionais trouxeram à tona também pacientes microcéfalos por outras etiologias, demonstrando que a SCZ foi ancorada ao conceito previamente aprendido de microcefalia.

Ainda sobre o enfoque dado pela mídia, alguns autores trazem à tona o fato de que a cobertura midiática do ZIKV foi direcionada ao público feminino, contribuindo com a construção de uma percepção machista de que a mulher era a única responsável por medidas de proteção (BARDOSH, 2020; RIBEIRO et al., 2018; SOUZA et al., 2018). Esse fato se aproxima dos achados de nossa pesquisa, pois nenhum dos entrevistados (exceto a Ped 2) citou o papel masculino na prevenção da doença.

Entendemos que o enfoque de “biomilitarismo” dado pelos meios de comunicação de massa contribuiu para a sensação de medo e vulnerabilidade dos entrevistados, sendo um fator que justificou o comportamento de autoproteção exagerado que foi relatado pelos profissionais.

Além disso, sabemos que de acordo com a Teoria do Agendamento de McCombs (MCCOOMBRS, 2014), a mídia tem o poder também de direcionar a opinião pública através da mobilização de certos assuntos para dentro ou fora da agenda de notícias. Contudo, não sabemos até que ponto a instabilidade política vivida no país na época da epidemia influenciou na seleção da SCZ para a pauta de notícias importantes a serem discutidas e lembradas.

Observamos portanto, que, tanto o enfoque dado, isto é, fazer das crianças microcéfalas sinônimo de SCZ, quanto a repetição da exposição das crianças dentro da pauta de notícias, contribuiu com fatores emocionais dos profissionais, tendo sido este, como mencionado anteriormente, um dos principais motivadores do processo das estratégias educativas.

Conseqüentemente, identificamos que à medida que a incidência diminuiu e a microcefalia saiu da pauta dos meios de comunicação de massa (no tempo “Presente”, pós-epidemia), o fator “impacto emocional” deixou de existir, e, portanto, deixou de alimentar a motivação intrínseca da atualização profissional. Portanto, achamos que restou apenas a

motivação do “valor de utilidade”, que fomentou a motivação intrínseca da profissional Ped 2, que ainda não tinha prole definida.

Se por um lado, o enfoque do biomilitarismo foi observado na epidemia do ZIKV no Brasil, atualmente, observamos que a pandemia do Sars-Cov-2 (COVID-19) tem sido pano de fundo para manobras de cunho político ao redor do globo (BISCOP, 2020).

Assim, enquanto o ZIKV foi uma bandeira usada para unir a população em torno de um “inimigo” comum durante um momento de instabilidade política, o COVID-19 tem dividido opiniões e acentuado a polarização política no Brasil e no mundo (LEÃO, 2020).

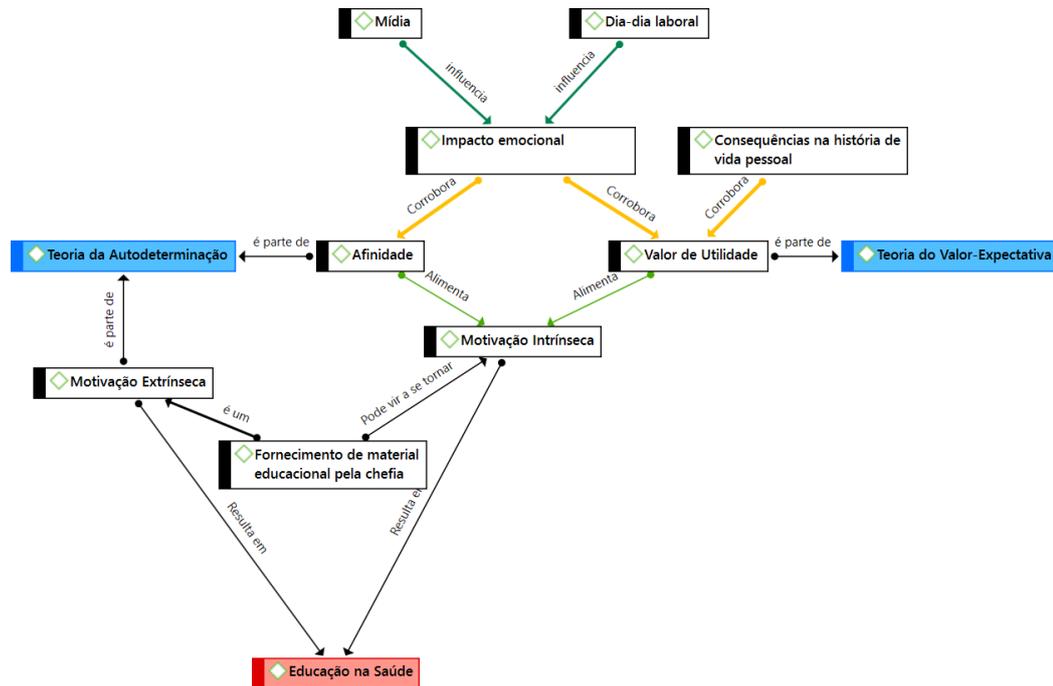
Portanto, percebemos que o (re)surgimento de epidemias que possuem a capacidade de se tornarem pandemias são exploradas pela mídia e tornam-se epidemias midiáticas, sendo esse um fato recorrente. Porém não temos certeza se a mídia influencia a construção do saber científico. Para exemplificar, fizemos uma pesquisa informal da palavra “microcefalia” no site “Pubmed” e encontramos 3.377 artigos sobre o tema durante o período entre 1874 e 2010, o que dá uma média de 2 artigos por mês; a mesma pesquisa repetida entre 2011 até julho de 2020 traz 5.446 artigos, ou seja, mais do que 50 artigos por mês.

Deste modo, questionamos se além de pautar a agenda dos eventos de saúde pública e a atualização profissional, a mídia também influencia na agenda das pesquisas científicas em geral, visto que esse fato foi relatado durante a epidemia do ZIKV por Ribeiro (2018).

Observamos ainda que durante o surto de microcefalia, mídias sociais foram usadas na difusão do conhecimento entre os profissionais. Observamos que a utilização de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) já era costumeiro para compartilhamento de informação entre os profissionais entrevistados e que aplicativos como Whatsapp®, foram utilizados para capilarização de artigos científicos, contribuindo para o encurtamento do tempo de translação (lacuna translacional).

Além disso, mídias sociais foram também utilizadas por algumas chefias como forma de contornar o absenteísmo dos profissionais nas estratégias presenciais de atualização profissional, porém nosso estudo captou que essas ferramentas digitais não foram apropriadas pelas autoridades governamentais. Ao contrário, identificamos que os órgãos oficiais de saúde forneceram material físico (apostilas) e que esta oferta foi um fator de motivação extrínseca dentro da teoria da Autodeterminação, pois foi considerada como uma forma de cobrança. Neste caso, constituindo uma motivação fraca, porém, a depender da qualidade do material (fácil compreensão, direto, adaptado à realidade do profissional), esta motivação poderia tornar-se intrínseca (Figura 19).

Figura 19. Teoria da Autodeterminação e Teoria do Valor-Expectativa e sua relação com a Atualização Profissional - Fornecimento de Material Educacional



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019. Baseado na Teoria da Autodeterminação e na Teoria do Valor-Expectativa (DECI; KOESTNER; RYAN, 1999; ECCLES, 2005).

Portanto, o uso de mídias sociais, sinalizada como uma forma já estabelecida de divulgação de informações entre os profissionais, poderia ter sido uma estratégia eficiente de comunicação entre os órgãos oficiais e os profissionais, a exemplo da experiência relatada por Pinto e Rocha no estado do Rio de Janeiro (PINTO; ROCHA, 2016).

Além de fornecerem material educativo (estratégia que não foi considerada válida pelos profissionais) os gestores ofereceram atividades de atualização profissional que exigiam deslocamento físico, isto é, estratégias presenciais como aulas, palestras e treinamento. Curiosamente, observamos que os enfermeiros deste estudo tiveram a maior taxa de participação nas atividades educativas, mas esse dado provavelmente está atrelado ao fato de que médicos da rede básica de saúde não foram incluídos na amostra.

Por outro lado, observamos que os profissionais do nível secundário e terciário de assistência (médicos) não relataram terem participado de estratégias educacionais, exceto dentro da obrigatoriedade do programa de residência médica. Ademais, muitos profissionais médicos espelharam as preferências dos profissionais de enfermagem, no que concerne a atividades presenciais.

Achamos que a opção por métodos tradicionais de ensino repercute a metodologia que foi empregada por toda vida educativa dos indivíduos entrevistados, desde o ensino

fundamental até a universidade. Porém, Ikenwilo e Skåtun (2014) afirmam que uma das maiores barreiras à adesão em processos educativos dentre os profissionais de saúde estudados é a disponibilidade de tempo, o que está em consonância com os achados do nosso estudo. Por este motivo, observamos que os entrevistados valeram-se de estratégias à distância, o que denota resiliência e capacidade de adaptação aos novos desafios da vida profissional.

Através das entrevistas, descobrimos que o fluxo das informações técnicas produzidas pelos órgãos oficiais (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária) foram repassadas para as chefias (diretores médicos, gestores de distrito e centros de estudos de hospitais terciários), não havendo conexão direta entre o trabalhador de saúde e as fontes de informações oficiais.

Assim, identificamos que as chefias decidiam se vão, como vão e com quem vão compartilhar as informações, em sua maioria através de notas, ofícios e memorandos. Entretanto, algumas chefias utilizavam mídias sociais para difusão de conhecimentos técnicos. Este método de difusão foi classificado pelos profissionais como um canal efetivo para compartilhamento de experiências e esclarecimento de dúvidas, sendo bem recebido como alternativa às estratégias educativas mais tradicionais.

Nesse sentido, Burke (2016) defende que as mídias sociais possuem alto poder de capilarização de informação, e por isso devem ser utilizadas como ferramenta de comunicação e vigilância, além de servirem de “termômetro” para identificar a desinformação, oferecendo oportunidade para que inverdades fossem identificadas e corrigidas (BURKE, 2016).

Assim, consideramos que o comportamento viral diferente observado na epidemia brasileira não possibilitou uma preparação profissional prévia e, por isso, foi a causa do fato de que os entrevistados desta pesquisa, como atores pertencentes a um grupo que supostamente deveria deter a informação em saúde, se sentiram angustiados. Estes relataram o desgaste emocional de enfrentar uma emergência de saúde pública sem preparação, utilizando as mesmas informações desconhecidas que foram disponibilizadas para a sociedade em geral.

Portanto, sugerimos que seja desenvolvida uma ferramenta educacional que seja multiplataforma, propicie a aprendizagem móvel, em qualquer lugar, a qualquer tempo, em qualquer dispositivo tecnológico (celular, tablet ou computador). Nela os profissionais poderão encontrar materiais educativos que já são costumeiramente desenvolvidos pelas chefias (palestras, fluxogramas, cartazes, textos, calendários, entre outros), além da agenda das atividades educativas para que todos os profissionais possam comparecer presencialmente, se assim desejarem.

Outra especificação importante de uma ferramenta que atenda às necessidades dos profissionais de saúde é a disponibilidade destas atividades educativas online. Assim, os

profissionais terão acesso às informações a qualquer momento, a depender do cotidiano laboral e das necessidades da população, caso não consigam atender presencialmente.

Uma outra característica importante a ser incorporada na ferramenta de atualização profissional é a prospecção e recomendação inteligente de dados no intuito de disponibilizar aos profissionais de saúde informações confiáveis de maneira gratuita em língua portuguesa, a exemplo de ferramentas do tipo “*machine learning*”.

Por fim, salientamos que este tipo de ferramenta educacional possibilita contornar problemas de espaço e tempo, encontrados na diversidade de serviços de saúde brasileiros que se encontram sobrecarregados e com dificuldades estruturais. E que a aprendizagem móvel é uma estratégia educacional que deve ser considerada no Brasil, país que possui dimensões continentais.

5.3 INSERÇÃO DA SCZ NA AGENDA DA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Em nosso estudo, observamos que as estratégias voltadas para a SCZ foram substituídas por outras, de acordo com novas demandas de saúde da população. Considerando as especificidades da infecção congênita pelo ZIKV, isto é, i) dado que a minoria das gestantes afetadas apresentará sintomas; ii) dado que a minoria das crianças infectadas intraútero apresentarão alguma malformação no primeiro mês e bebês aparentemente normais podem desenvolver alterações graves dentro dos primeiros anos de vida; e, iii) dada a ausência de testes rápidos que possam ser aplicados às gestantes, entendemos que a SCZ é um tema que deve receber atenção diferenciada dentro da agenda de atualização profissional.

Como exemplo, citamos o autismo, uma doença da faixa etária pediátrica que ganhou grande enfoque nos últimos anos com desenvolvimento de campanhas educativas para profissionais e o estabelecimento do “mês do autismo”. Este enfoca não só no diagnóstico da doença, mas também em aspectos humanísticos como o acolhimento do paciente e da sua família dentro de um ambiente de respeito às diversidades.

Desta maneira, é de nossa opinião que estratégias semelhantes podem ser adotadas voltadas à SCZ, em primeiro lugar, para que o profissional de saúde responsável pelo atendimento das crianças (qualquer que seja o nível de assistência) esteja atento ao diagnóstico, até que um teste rápido possa ser aplicado na prática.

Ainda achamos que a inserção da SCZ na pauta de Atualização Profissional pode deflagrar um debate saudável sobre a SCZ, a exemplo do que a USAID recomenda para pessoas

acometidas por H1N1. Portanto, achamos que isso serviria para que as famílias sintam-se acolhidas nos serviços de saúde e na sociedade em geral.

5.4 LIMITAÇÕES

Uma das limitações deste estudo consiste na delimitação da amostra apenas no DS III da cidade do Recife. Embora este seja um limite importante, essa decisão foi tomada com base no tempo disponível para a realização do estudo. Portanto, por uma razão de completude, selecionamos, dentre os oito distritos sanitários da cidade do Recife, um dentre aqueles que registraram nascidos vivos com microcefalia por SCZ e abrangiam uma maternidade de alto risco, possibilitando que a coleta contemplasse diversos níveis de assistência no cuidado à SCZ.

Entretanto, acreditamos que esta é uma limitação aparente, pois uma amostra maior poderia prejudicar a profundidade da análise, e assim, gerar um modelo conceitual que não pudesse ser generalizado. Portanto, este estudo foi conduzido com cuidado metodológico de modo que o modelo conceitual construído contemplasse todos as esferas necessárias à generalização.

Outra limitação consiste na escassez de estudos sobre teorias de motivação da aprendizagem no âmbito profissional da saúde, pois a maioria dos estudos na área de saúde estão voltados para estudantes de graduação. Desta maneira, alguns conceitos das teorias motivacionais foram extrapolados dos estudos que abordam estudantes universitários para a esfera profissional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nós nos propusemos a construir uma teoria fundamentada em dados que explicasse o processo de atualização profissional de médicos e enfermeiros da rede básica e hospitalar sobre Síndrome Congênita do Zika no DSIII da cidade do Recife. Para tanto, foram realizadas entrevistas em profundidade que foram analisadas e codificadas. Vale salientar que a coleta e a análise foram realizadas concomitantemente, e as que as notas de campo com impressões da pesquisadora foram incluídas na análise. Participaram da amostra profissionais de enfermagem da ESF e pediatras do segundo e terceiro nível de assistência, que foram selecionados segundo a técnica de amostragem teórica.

Além de se propor a explicar o processo de atualização profissional, nosso trabalho procurou compreender as motivações dos médicos e enfermeiros, que atuavam na rede básica e hospitalar, que influenciavam o processo de atualização profissional sobre SCZ e também identificar os canais educacionais que os profissionais de saúde utilizavam para se manter atualizados.

Encontramos que os profissionais utilizavam os conceitos de SCZ e microcefalia como sinônimos e que posicionavam cronologicamente a epidemia do ZIKV no passado. Identificamos que a SCZ provocou um grande impacto emocional nos entrevistados e que as estratégias de atualização profissional realizadas durante a epidemia (no “Passado”) refletiram a adoção de um comportamento de autoproteção exagerado e o engajamento em estratégias educativas como participação em cursos e a procura de informações na internet. Já no “Presente” (pós-pandemia) caracterizado pela diminuição da incidência de microcefalia e pela ausência de contato com os pacientes, o processo de atualização profissional apresentou-se fragmentado.

Observamos que os principais fatores motivadores da atualização profissional foram o impacto emocional que a microcefalia causou através do contato laboral ou através da mídia, e a história de vida pessoal do profissional (em especial aquelas que passaram por um processo de gestação durante a pandemia). Esses fatores estiveram alinhados com as teorias de Autodeterminação e Valor-Expectativa de motivação para o aprendizado- explicar.

Identificamos que os profissionais utilizaram mídias sociais para compartilhamento de informações e que usavam plataformas de aprendizagem à distância (gratuitas ou não) como estratégias de atualização profissional durante o tempo “Passado”, porém muitos deles preferiam estratégias presenciais. A grande mídia também foi uma fonte de aquisição de

conhecimentos pois trouxe informações diretamente de pesquisadores e de centros de pesquisa através de notícias e entrevistas.

Dessa forma, considerando a pesquisa médica translacional, durante a emergência de saúde pública do ZIKV, a mídia contribuiu para o encurtamento do tempo de translação das informações geradas na academia. À medida que as informações eram alteradas com a descoberta de novos aspectos da doença, inverdades se disseminaram, ao mesmo tempo que deixaram os profissionais inseguros no cuidado à SCZ.

Considerando o cenário exposto anteriormente, sugerimos que haja o desenvolvimento de uma plataforma de comunicação efetiva entre os gestores e o profissional, e dos profissionais entre si, bem como seja desenvolvido um meio de atualização profissional com prospecção de informações e recomendação inteligente, no intuito de preparar os trabalhadores para necessidades futuras (tanto no caso de uma nova onda do ZIKV quanto no (res)surgimento de uma outra emergência de saúde).

Essa ferramenta informacional deverá ser adaptada à realidade brasileira, adequada às suas especificidades, de forma a estabelecer um canal de comunicação efetivo entre as autoridades de saúde e os trabalhadores da primeira linha, ou seja, da assistência à saúde. Desta maneira, autoridades e chefias terão condições de repassar informações técnicas e seguras com mais celeridade, se antecipando à difusão de notícias através da grande mídia.

De posse de informações provenientes de fonte segura, estima-se que os profissionais atuarão com mais confiança na prática da assistência em saúde, e, adicionalmente, um canal de comunicação direto, chefias-trabalhadores evitaria os vieses de entendimento, bem como o “enquadramento” e “agendamento” midiático.

Finalmente, a partir das respostas obtidas nesta pesquisa, sugerimos que a SCZ seja inserida na agenda da EPS a exemplo do autismo, com ações de atualização profissional não só preparando os profissionais para o diagnóstico precoce da doença, mas também para o acolhimento do paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R.; ARAUJO, I. S. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 1–15, 2016.
- AMAN, M. J.; KASHANCHI, F. Zika virus: A new animal model for an arbovirus. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 5, p. 1–3, 2016.
- ANTUNES, M. N.; OLIVEIRA, A. E.; REBOUÇAS, E. Zika e publicidade: reflexões sobre comunicação de risco e emergência em saúde na perspectiva das indústrias culturais e midiáticas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 2, p. 110–120, 2018.
- AUSUBEL, D. P. **Aquisição e Retenção de Conhecimentos : Uma Perspectiva Cognitiva**. 1.ed. ed. Ne: Plátano Edições Técnicas, 2003.
- AUSUBEL, D. P.; FITZGERALD, D. The role of discriminability in meaningful verbal learning and retention. **Journal of Educational Psychology**, v. 52, n. 5, p. 266–274, 1961.
- AUSUBEL, D. P.; FITZGERALD, D. ORGANIZER, GENERAL BACKGROUND AND ANTECEDENT LEARNING VARIABLES IN SEQUENTIAL VERBAL LEARNING. **Journal of Educational Psychology**, v. 53, n. 6, p. 243–249, 1962.
- AVELINO-SILVA, V. I. Is Zika virus outbreak a solved issue in Brazil? TT - O Zika vírus não é mais um problema em nosso meio? **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 1, p. eED4325–eED4325, 2018.
- AVELINO-SILVA, V. I.; KALLAS, E. G. Untold stories of the Zika virus epidemic in Brazil. **Reviews in Medical Virology**, n. June, p. e2000, 2018.
- BARDOSH, K. **Locating Zika: Social Change and Governance in an Age of Mosquito Pandemics**. 1° ed. Abingdon and New York: Routledge, 2020.
- BEAVER, J. T. et al. Evolution of two major Zika virus lineages: Implications for pathology, immune response, and vaccine development. **Frontiers in Immunology**, v. 9, n. JUL, 2018.
- BELFROID, E. et al. Preparedness and the importance of meeting the needs of healthcare

workers: a qualitative study on Ebola. **Journal of Hospital Infection**, v. 98, n. 2, p. 212–218, 2018.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. et al. Priorities and needs for research on urban interventions targeting vector-borne diseases: Rapid review of scoping and systematic reviews. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 5, n. 1, p. 1–6, 2016.

BESNARD, M. et al. Evidence of perinatal transmission of zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. **Eurosurveillance**, v. 19, n. 13, p. 8–11, 2014.

BHAT, S. Zika Knowledge Among Pregnant Woman in an Inner-City Urban Hospital. **Obstetrics and Gynecology**, v. 128, n. 5, p. 134–135, 2017.

BISCOP, S. Coronavirus and Power : The Impact on International Politics. **Egmont Royal Institute for International Relations**, n. 126, 2020.

BOYCE, M. R.; KATZ, R. Community health workers and pandemic preparedness: Current and prospective roles. **Frontiers in Public Health**, v. 7, n. MAR, p. 1–5, 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080** Brasil Presidência da República, Casa Civil, , 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2006.

BRASIL. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS [recurso eletrônico]**. [s.l: s.n.].

Disponível em: <https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/SaoFrancisco/pt-br/file/Fact_Sheet_Zika_Virus_Marco16.pdf%0Ahttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>.

BRASIL. Boletim Epidemiológico n° 23. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 85, p. 1–13, 2018.

BRASIL. Boletim Epidemiológico n°13. v. 50, p. 1–18, 2019a.

BRASIL. Boletim Epidemiológico n°08. v. 50, 2019b.

BRIGGS, C. L.; HALLIN, D. C. **Making Health Public: How News Coverage is Remaking**

Kedia, Medicine and Contemporary Life. New York: Routledge, 2016.

BURKE, R. V. Have Lessons Been Learned? Applications from Ebola to Zika Virus.

Disaster Medicine and Public Health Preparedness, v. 10, n. 5, p. 699, 2016.

CAMPOS, M. C. et al. Zika might not be acting alone: Using an ecological study approach to investigate potential co-acting risk factors for an unusual pattern of microcephaly in Brazil.

Plos One, v. 13, n. 8, p. e0201452, 2018.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; DE OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública:

Conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avancados**, v. 22, n. 64, p. 19–32, 2008.

CASTRO, M. C. et al. Implications of Zika virus and congenital Zika syndrome for the number of live births in Brazil. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 115, n. 24, p. 6177–6182, 2018.

CAVACA, A. G.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Doenças midiaticamente negligenciadas: Uma aproximação teórica. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 52, p. 83–94, 2015.

CAYLÀ, J. A. et al. La infección por virus Zika: una nueva emergencia de salud pública con gran impacto mediático. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 6, p. 468–471, 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975–986, 2005.

CHANDRASEKARAN, N. et al. 939: Knowledge and Perceptions of Zika in Pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 218, n. 1, p. S555–S556, 2018.

COOK, D. A.; ARTINO, A. R. Motivation to learn: an overview of contemporary theories. **Medical Education**, v. 50, n. 10, p. 997–1014, 2016.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens.** 3 edição ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2014.

DE ARAÚJO, T. V. B. et al. Association between microcephaly, Zika virus infection, and other risk factors in Brazil: Final report of a case-control study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 3099, n. 17, p. 1–9, 2018.

- DECI, E. L.; KOESTNER, R.; RYAN, R. M. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. **Psychological Bulletin**, v. 125, n. 6, p. 627–668, 1999.
- DEPOUX, A. et al. A multi-faceted pandemic: A review of the state of knowledge on the Zika virus. **Public Health Reviews**, v. 39, n. 1, p. 1–12, 2018.
- DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika Virus. **TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE**, v. 46, n. 5, 1952.
- DSOUZA, D. D. et al. **Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor** **Psychiatry Research**, 2020.
- ECCLES, J. S. Subjective task value and the Eccles et al. model of achievement-related choices. In: **Handbook of competence and motivation**. [s.l: s.n.]. p. 105–121.
- FIOCRUZ. **Isolamento do Vírus**. Disponível em: <<https://rededengue.fiocruz.br/noticias/33-isolamento-do-virus>>. Acesso em: 6 jul. 2018.
- FORMENTI, L. **Diretor do Ministério da Saúde Aconselha Mulheres de PE Adiem Planos de Gravidez**. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,diretor-do-ministerio-da-saude-aconselha-mulheres-de-pe-a-adiar-gravidez,10000001872>>.
- G1. **Ministério da Saúde confirma 8 casos de zika vírus no RN e 8 na BA**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/05/ministerio-da-saude-confirma-16-casos-de-zika-virus-no-brasil.html>>.
- GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. DE S. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: Bases Legais e Referências Teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747–763, 2016.
- GLASCOCK, J. Gender Roles on Prime-Time Network Television. **Journal of Broadcasting & Electronic Media**, v. 8151, p. 656–669, 2001.
- GOLLUST, S. E.; FOWLER, E. F.; NIEDERDEPPE, J. Television News Coverage of Public Health Issues and Implications for Public Health Policy and Practice. **Annual Review of Public Health**, v. 40, n. 1, p. 167–185, 2019.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? **The Journal of continuing education in the health professions**, v. 26, n. 1, p. 13–24, 2006.

GULLAND, A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 352, n. February, p. i657, 2016.

HARAPAN, H. et al. Healthcare workers' knowledge towards Zika virus infection in Indonesia: A survey in Aceh. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**, v. 10, n. 2, p. 189–194, 2017.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, A. et al. Utility of massive open online courses (MOOCs) concerning outbreaks of emerging and reemerging diseases. **F1000Research**, v. 6, n. May, p. 1–9, 2017.

HOFFMAN, B. L. et al. Use of fictional medical television in health sciences education: a systematic review. **Advances in Health Sciences Education**, v. 23, n. 1, p. 201–216, 2018.

IKENWILO, D.; SKÅTUN, D. Perceived need and barriers to continuing professional development among doctors. **Health Policy**, v. 117, n. 2, p. 195–202, 2014.

IOANNIDIS, J. P. A. Coronavirus disease 2019: The harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. **European Journal of Clinical Investigation**, v. 50, n. 4, p. 1–5, 2020.

JOHNI, T. J.; SAMUELL, R. Herd Immunity and Herd Effect : New Insights and Definitions
Author (s): T . Jacob John and Reuben Samuel Published by : Springer Stable URL :
<http://www.jstor.org/stable/3582376> Herd immunity and herd effect : new insights and definitions. **European Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 7, p. 601–606, 2000.

JOYCE, S. N. **Brazilian Telenovelas and the Myth of Racial Democracy**. Maryland: Lexington Books, 2012.

KATLER, Q. et al. Evolution of Knowledge, Awareness, and Practices regarding Zika Virus from 2016 to 2017. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, v. 2017, p. 1–13, 2017.

KNOWLES, M. S. Applications in Continuing Education R the Health Professions “ S. **Mobius: A Journal for Continuing Education Professionals in the Health Sciences**, v.

5(2), n. October, p. 80–100, 1985.

L. CASAPULLA, S. et al. Zika virus knowledge and attitudes in Ecuador. **AIMS Public Health**, v. 5, n. 1, p. 49–63, 2018.

LA PASTINA, A. C.; REGO, C. M.; STRAUBHAAR, J. The centrality of telenovelas in Latin America 's everyday life: Past tendencies, current knowledge, and future research. **Global Media Journal - Persian Edition**, v. 2003, n. 2, 2003.

LEÃO, J. C. Political polarization at the time of the Coronavirus: a Brazilian's view. **Oral Diseases**, n. April, p. 1–3, 2020.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: Educação ou gerenciamento permanente? **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016.

LUPATINI, E. DE O. et al. Medicamentos e Pesquisa Translacional: Etapas, Atores e Políticas de Saúde no Contexto Brasileiro. **Saúde Debate**, v. 43, n. 2, p. 181–199, 2019.

LYNCH, R. M. et al. Augmented Zika and dengue neutralizing antibodies are associated with Guillain-Barré syndrome. **Journal of Infectious Diseases**, n. August, p. 1–5, 2018.

MACARIO, E. et al. Preparing public health nurses for pandemic influenza through distance learning. **Public Health Nursing**, v. 24, n. 1, p. 66–72, 2007.

MANDELA, N. **Nelson Mandela Children's Fund: Nelson Mandela quotes about children**. Disponível em: <<https://www.nelsonmandelachildrensfund.com/news/nelson-mandela-quotes-about-children>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

MAVIGNER, M. et al. Postnatal Zika virus infection is associated with persistent abnormalities in brain structure, function, and behavior in infant macaques. **Sci. Transl. Med**, v. 10, n. April, p. 1–16, 2018.

MCCOOMBRS, M. **Setting the Agenda: The Mass Media and Public Opinion**. 2. edition ed. Cambridge: Polity Press, 2014.

MOORE, K. S. Assessing Nurse Practitioner Knowledge of Zika Virus. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 12, n. 10, p. 697- 703.e4, 2016.

MORAIN, S. R.; WOOTTON, S. H.; EPPES, C. A Devastating Delay - Zika and the

Implementation Gap. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 16, p. 1505–1507, 2017.

MUSSO, D.; KO, A. I.; BAUD, D. Zika Virus Infection — After the Pandemic. **The New England Journal of Medicine**, v. 381, n. 15, 2019.

OLIVEIRA MELO, A. S. et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: Tip of the iceberg? **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, v. 47, n. 1, p. 6–7, 2016.

PANIZ-MONDOLFI, A. E. et al. Alice in Wonderland syndrome: a novel neurological presentation of Zika virus infection. **Journal of NeuroVirology**, p. 1–4, 2018.

PERNAMBUCO. **Nota Técnica SEVS/DGCDA n.º 43/15**. Recife: [s.n.]. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_9dd502333c274e359226be4cd95598b7.pdf>.

PERNAMBUCO. **Nota técnica SEVS/DGCDA n.º 44/15**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_e10e1aec30d7450abeefddc251b0016c.pdf>.

PERNAMBUCO. **Nota Técnica SEVS/DGCDA n.º 47/15** Recife, 2015c. Disponível em: <https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-0ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_f14361c9ef9149389b4b2da382522167.pdf>

PERNAMBUCO. **Protocolo Clínico e Edpidemiológico- Microcefalia Versão 02**. Recife: [s.n.].

PERNAMBUCO. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco. **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde**, v. Pernambuco, p. 43, 2017.

PIERSON, J.; YERUVA, R. R.; EL-MALLAKH, R. S. Can in utero Zika virus exposure be a risk factor for schizophrenia in the offspring? **World Journal of Biological Psychiatry**, v. 0, n. 0, p. 000, 2018.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na atenção primária em saúde: O uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1433–1448, 2016.

POPE FRANCIS. **To the Children**. Chicago: [s.n.].

RAJIAH, K. et al. Zika outbreak emergency preparedness and response of Malaysian private healthcare professionals: Are they ready? **Microorganisms**, v. 7, n. 3, 2019.

RIBEIRO, B. et al. Media coverage of the Zika crisis in Brazil: The construction of a 'war' frame that masked social and gender inequalities. **Social Science and Medicine**, v. 200, n. July 2017, p. 137–144, 2018.

ROBBIANI, D. F. et al. Recurrent Potent Human Neutralizing Antibodies to Zika Virus in Brazil and Mexico. **Cell**, v. 169, n. 4, p. 597- 609.e11, 2017.

ROCHA, R. **O Direito das Crianças Segundo Ruth Rocha**. 1. ed. São Paulo: Salamandra, 2014.

RODGERS, R. F. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. **International Journal of Eating Disorders**, n. April, p. 1–5, 2020.

ROSMAN, A. N. P. et al. **Protocolo Clínico e Epidemiológico- Microcefalia Versão 1**. Recife: [s.n.]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/ng1110-923>>.

SCHULER-FACCINI, L. et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly — Brazil, 2015. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 3, p. 59–62, 2016.

SINGH, M. et al. Knowledge and Perception Towards Zika Outbreak In A Dental Institute. **Dentistry**, v. 07, n. 03, p. 3–6, 2017.

SLADEK, R. M.; MCALLISTER, S.; WALSH, K. M. Translating health professional education research evidence into effective continuous professional development. **Medical Journal of Australia**, v. 210, n. 3, p. 113- 114.e1, 2019.

SLOTE MORRIS, Z.; WOODING, S.; GRANT, J. The answer is 17 years. **J R Soc Med**, p. 510–520, 2011.

SOUZA, W. V. DE et al. Microcephaly epidemic related to the Zika virus and living conditions in Recife , Northeast Brazil. **BMC Public Health**, p. 1–7, 2018.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. Defining knowledge translation. **Cmaj**, v. 181, n. 3–4, p. 165–168, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basis of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2015.

STREKALOVA, Y. A. Health Risk Information Engagement and Amplification on Social Media: News About an Emerging Pandemic on Facebook. **Health Education and Behavior**, v. 44, n. 2, p. 332–339, 2017.

SUNG, N. S. et al. Clinical Research Enterprise. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 10, 2003.

TEICH, A. et al. Gender disparities in Zika virus knowledge in a potentially at-risk population from suburban New York City. **Diagnostic Microbiology and Infectious Disease**, 2018.

TROCHIM, W. et al. Evaluating Translational Research : A Process Marker Model. **Clinical Translational Science**, v. 4, n. 3, p. 153–162, 2011.

USAID. **Leadership During a Pandemic: What Your Municipality Can Do**. Disponível em:

<https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1053:leadership-during-a-pandemic-what-your-municipality-can-do&Itemid=937&lang=en>. Acesso em: 9 out. 2019.

VAN DER BURGT, S. M. E. et al. Exploring the situational motivation of medical specialists: a qualitative study. **International journal of medical education**, v. 9, p. 57–63, 2018.

VARMA, J. K. et al. Preparing the Health System to Respond to Ebola Virus Disease in New York City, 2014. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 11, n. 3, p. 370–374, 2017.

VICENTIC, S. et al. Burnout of formal caregivers of children with cerebral palsy. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, v. 53, n. 2, p. 10–16, 2016.

VOL, E. R. et al. Vital Signs : Zika-Associated Birth Defects and Neurodevelopmental Abnormalities Possibly Associated with Congenital Zika Virus Infection —. **Morbidity and Mortality Weekly Report, CDC**, v. 67, n. 31, p. 858–867, 2018.

WALKER, C. L. et al. Zika Virus and the Non-Microcephalic Fetus: Why We Should Still

Worry. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 2018.

WEBBY, R. J.; WEBSTER, R. G. Are We Ready for Pandemic Influenza? **Science**, v. 302, n. 5650, p. 1519–1522, 2003.

WESTFALL, J. M.; MOLD, J.; FAGNAN, L. Practice-Based Research—“Blue Highways” on the NIH Roadmap. v. 297, n. 4, p. 403–406, 2007.

WHO. Country Health Emergency Preparedness & Ihr: Preparedness and Core Capacity Building Unit. 2017.

WILDER-SMITH, A. et al. ZikaPLAN: Zika Preparedness Latin American Network. **Global Health Action**, v. 10, n. 1, p. 1398485, 2017.

WILLIAMS, F.; OKE, A.; ZACHARY, I. Public health delivery in the information age: the role of informatics and technology. **Perspectives in Public Health**, v. 139, n. 5, p. 236–254, 2019.

WOOLF, S. H. The meaning of translational research and why it matters. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 299, n. 2, p. 211–213, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ZIKA EPIDEMIOLOGY UPDATE July 2019. n. JULY, p. 1–14, 2019.

YANG, C.; DILLARD, J. P.; LI, R. Understanding Fear of Zika: Personal, Interpersonal, and Media Influences. **Risk Analysis**, v. 38, n. 12, p. 2535–2545, 2018.

YUNG, C. F. et al. Rapid Assessment Zika Virus Knowledge Among Clinical Specialists in Singapore: A Cross-sectional Survey. **PLoS currents**, v. 9, 2017.

ZANLUCA, C. et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. **Memorias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 110, n. 4, p. 569–572, 2015.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar como voluntário (a) da pesquisa: “Síndrome Congênita do Zika: Proposta de uma Estratégia Educacional Baseada em Teoria Fundamentada”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Priscila Pedrosa Soares, que reside na Av. Dezanove de Agosto, 892, Casa Forte – Recife/PE, CEP: 52060-590, telefone: (81) 991989670, estando sob a orientação da doutora Rosalie Barreto Belian (rosalie.belian@gmail.com)

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Esta pesquisa que tem o objetivo de entender como se dá o processo de atualização profissional dos médicos e enfermeiros sobre a Síndrome Congênita do Zika vírus. Para tanto será necessário o preenchimento de um formulário na plataforma *googleforms*, que com duração de 10 minutos em média, seguido de uma entrevista, que durará em torno de 20 minutos. O local da entrevista será de sua escolha.

Nesta pesquisa poderá ocorrer o possível risco de constrangimento e/ou desconforto com algumas perguntas, porém as perguntas serão realizadas de forma individual e em local reservado, dando a você o direito de não as responder, caso não queira.

Não estão previstos benefícios diretos, entretanto, postula-se que os resultados da pesquisa acrescentem benefícios futuros para profissionais de saúde, visto que o processo de atualização profissional sobre a Síndrome Congênita do Zika será melhor analisado, e assim pode-se lançar uma proposta educativa no intuito de aprimorar a prática da profissional.

Você também terá garantido que todas as informações fornecidas serão consideradas sigilosas, confidenciais e privativas. Nos resultados da pesquisa, não serão divulgados nomes ou outra forma de identificação dos participantes. Para essa pesquisa, não será realizada nenhum tipo de intervenção ou tratamento. Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, cujo dados encontra-se neste documento. Tudo está sendo feito, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os dados coletados nesta pesquisa através dos formulários preenchidos no *googleforms* e das entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal da pesquisadora, sob responsabilidade da mesma, em seu endereço acima citado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(Assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____,
 CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Síndrome Congênita Do Zika: Proposta De Uma Estratégia Educacional Baseada Em Teoria Fundamentada”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Síndrome Congênita Do Zika: Proposta De Uma Estratégia Educacional Baseada Em Teoria Fundamentalada

Pesquisador responsável: Priscila Pedrosa Soares

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente

Telefone para contato: (81)991989670

E-mail: Priscila.pedrosa@gmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, 10 de outubro de 2018

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 Me conte sobre a primeira vez que você ouviu falar sobre o vírus Zika.
 - Neste início da entrevista, almeja-se que o entrevistado lembre seu primeiro contato com a infecção pelo Zika vírus (ZIKAV) do ponto de vista profissional e pessoal (ele já foi infectado? Algum parente? Algum paciente? Como foi a vivência profissional nessa época? Emergências lotadas?).
- 2 Quais foram os sentimentos que você experimentou quando você teve o primeiro contato com notícia com a surto de bebês portadores de microcefalia pelo ZIKAV?
 - Espera-se que o entrevistado cite algum caso clínico, atendido pelo próprio profissional ou contado por um colega.
 - Deseja-se que o entrevistado traga à memória as sensações, (medo, angústia, frustração...)
- 3 Quais foram as medidas para obter informação que você tomou naquele momento para saber mais sobre a SCZ?
 - Conversa com colegas? Busca em artigos científicos? Busca em sites jornalísticos? Sites governamentais? Sites não governamentais? Livros? Blogues?
- 4 Você já teve treinamento formal sobre o assunto?
 - Neste momento, espera-se que o entrevistado cite o tipo de treinamento (presencial, não presencial), a quantidade de vezes
 - Perguntar de quem foi a iniciativa (privada, pública- esfera estadual, municipal ou federal?)
 - Sondar se o profissional considerou seu treinamento formal (se houve) satisfatório
- 5 Para você, é importante se manter atualizado nesse assunto? Por quê?
- 6 O que motiva você na procura (ou não procura) por se atualizar no assunto?
 - Almeja-se que o entrevistado explique quais são os motivos que fazem com que ele adote (ou não) o comportamento de atualização profissional.
 - Há cobranças institucionais -chefias, órgãos reguladores? Curiosidade profissional? Dever de estar sempre atualizado?

- Tentar constatar se o profissional possui as ferramentas necessárias para a atualização profissional (internet, computador) e se ele está treinado para achar um conteúdo significativo
 - Identificar se há o pensamento de não precisar se atualizar por que ele (a), particularmente, não ter contato com nenhum paciente com SCZ (conhecimento não é útil na atividade profissional); ou a ideia de que a microcefalia desapareceu, portanto, a SCZ também desapareceu; ou ainda, que todos os pacientes com SCZ estão sendo acompanhados na força-tarefa).
- 7 O que vem na sua mente quando você pensa em se atualizar sobre SCZ?
- Neste ponto deseja-se que o profissional consiga identificar os seus sentimentos em relação à SCZ?
 - É um assunto prazeroso? É útil? É fácil de encontrar? É instigante? É pertinente? Inutilidade? É um assunto difícil?
- 8 Onde você costuma buscar informações para se atualizar ou tirar dúvidas sobre outros assuntos, você acha fácil encontrar assuntos de boa qualidade sobre SCZ?
- Espera-se que o entrevistado liste os mecanismos educacionais que ele geralmente utiliza e indique a qualidade e a atualização encontrados nos mesmos.
 - Identificar se o entrevistado faz uso de tecnologias educacionais.
- 9 Qual foi a última vez que você leu sobre o assunto?
- 10 O que motivou você a estudar sobre SCZ naquele momento?
- 11 Na sua opinião, quais são os pré-requisitos mais importantes de uma estratégia educacional na área da saúde?
- 12 Que sugestões você teria para alguém que deseja construir uma estratégia educacional sobre SCZ?
- 13 Deseja acrescentar ou comentar algo sobre o assunto?

ANEXO A - EVOLUÇÃO DA TEORIA

