



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO ADULTO E  
DO IDOSO

SAMARA LUIZA SILVA SANTOS

**FRAGILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DURANTE A PANDEMIA  
DO COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

MACEIÓ-AL

2022

SAMARA LUIZA SILVA SANTOS

**FRAGILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DURANTE A PANDEMIA  
DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (PRMSAI) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Dra. Thatiana Regina Fávaro

MACEIÓ-AL

2022

**Catálogo na Fonte**  
**Biblioteca Virtual da Unidade de E-Saúde/Gerência de Ensino e Pesquisa**  
**Hospital Universitário Professor Alberto Antunes**  
**Universidade Federal de Alagoas – Empresa de Serviços Hospitalares – EBSEH**

Bibliotecária Responsável: Maria Isabel Fernandes Calheiros CRB4 – 1530

S237f

Santos, Samara Luiza Silva.

Fragilidades no processo de trabalho multiprofissional em saúde em uma unidade docente assistencial durante a pandemia do covid-19: relato de experiência / Samara Luiza Silva Santos. 2022.

22 f.

Orientadora: Thatiana Regina Fávaro.

Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde) – Universidade Federal de Alagoas, Programa em Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 17-18.

1. Serviço de integração docente-assistencial. 2. Covid-19. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Educação Interprofissional. I. Título.

CDU 616:37.011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ÁREA DO ADULTO E  
DO IDOSO

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO DO TCR

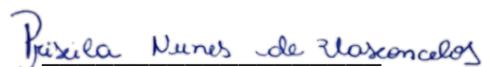
Ao 1º dia do mês de abril de 2022, às 13:00, realizou-se virtualmente, a sessão pública da apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado “Fragilidades no processo de trabalho multiprofissional em saúde em uma unidade docente assistencial durante a pandemia do Covid-19: relato de experiência”, apresentado por SAMARA LUIZA SILVA SANTOS. A comissão examinadora foi constituída pelos/as seguintes membros: Glaucevane da Silva Guedes, Priscila Nunes de Vasconcelos e Thatiana Regina Fávaro.

Em razão do exposto, a comissão conferiu ao/à candidato/a, nota 7,5 (Sete virgula cinco).

Maceió, AL, 1º de abril de 2022



1º Examinador/a



2º Examinador/a



Profa. Thatiana Fávaro  
Siaps - 1493347  
CPF: 939.675.279 - 77

\_\_\_\_\_  
**Presidente/a da banca - orientador/a**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>04</b>
<b>ANEXO – DIRETRIZES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE.....</b>	<b>18</b>

## **APRESENTAÇÃO**

Trata-se de um trabalho de conclusão de residência (TCR), redigido sob formato de artigo científico, a ser submetido à revista Saúde em Debate, cujas normas encontram-se descritas em anexo, conforme normatização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso desenvolvido no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

## **ARTIGO ORIGINAL**

### **FRAGILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **FRAGILITIES IN THE MULTIPROFESSIONAL WORK PROCESS IN HEALTH ON A TEACHING ASSISTANCE UNIT DURING THE COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCE REPORT**

#### **Samara Luiza Silva Santos**

Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso – PRMSAI  
Instituição: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Brasil  
Endereço: Av. Lourival Melo mota, s/n, Bairro: Cidade Universitária, Maceió – AL, CEP: 57072-900  
Email: sluiza00@gmail.com

#### **Thatiana Regina Fávoro**

Doutora em Saúde Pública e Professora da Faculdade de Nutrição - FANUT  
Instituição: Universidade Federal de Alagoas  
Endereço: Av. Lourival Melo mota, s/n, Bairro: Cidade Universitária, Maceió – AL, CEP: 57072-900  
Email: Thatiana.favaro@fanut.ufal.br

#### **Resumo**

As Unidades Docente Assistenciais (UDAS) são centros de saúde, com foco nas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, construídas pela universidade com o objetivo de integração do ensino e do serviço resultando na aproximação da teoria e da prática e uma formação mais próxima da realidade. Entretanto assim como os diversos níveis de atenção à saúde do SUS as UDAs também enfrentam problemas e desafios diários para a consolidação de seus objetivos, em especial em relação a realização do trabalho multiprofissional de forma integrada. Com a emergência da pandemia de COVID-19 esses desafios tornaram-se ainda mais complexos, acrescentando novas variantes ao problema. Dessa forma esse trabalho tem o objetivo de relatar a experiência e os desafios de uma residente nutricionista do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e Idosa no trabalho multiprofissional em uma UDA.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviço de integração docente-assistencial. Atenção primária à saúde. Educação Interprofissional.

#### **Abstract**

The teaching-assistance units are health centers, focused on health promotion and disease prevention activities, built by the university with the aim of integrating teaching and service, resulting in the approximation of theory and practice and a training closer to the reality. However, like the different levels of health care in the SUS, the UDA's also face daily problems and challenges for the construction of their goals, especially in relation to the performance of multidisciplinary work in an integrated way. With the emergence of the COVID-19 pandemic, these challenges have become even more complex, adding new variants to the problem. Thus, this work aims to report the experience and challenges of a nutritionist resident of the Multiprofessional Residency Program in Adult and Elderly Health of multiprofessional work in a Teaching Care Unit.

**KEYWORDS:** Teaching Care Integration Services. Primary Health Care. Interprofessional Education

## INTRODUÇÃO

A Unidade Docente Assistencial (UDA) é uma unidade de saúde estruturada e construída pelas universidades, associada ao serviço de saúde pública, que oferta serviços à população adscrita a universidade. Possui o objetivo de ser um espaço de integração entre pesquisa, ensino e serviço, formando profissionais de saúde com base nas diretrizes do SUS, principalmente associadas a atenção primária, mas que podem também estar associadas aos outros níveis de atenção<sup>1</sup>.

Inaugurada em 2019, a UDA Gilberto de Macedo ou popularmente conhecida como UDA-UFAL, está localizada no VII Distrito Sanitário do Município de Maceió, Bairro Village Campestre II. Seu projeto conceitual e arquitetônico foi concebido na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sendo a obra executada com o orçamento do programa Mais Médicos dos limites do Campus A.C. Simões. Funciona em cogestão com o município em direção compartilhada, apresenta uma diretora acadêmica (indicada pela UFAL) e uma diretora administrativa (indicada pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS)<sup>28</sup>.

Trata-se de uma unidade mista, ou seja, adepta à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com de oferta atendimento ambulatorial por livre demanda. Desenvolvem suas ações na unidade duas eSF que atendem cerca de 800 famílias cada; uma equipe NASF-AP, composta pelos profissionais de Educação Física, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fisioterapia; além de atendimento ofertado pelos docentes da Faculdade de Medicina da UFAL (FAMED/UFAL) nas especialidades de Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia. A unidade também conta com uma farmácia, sala de curativos, sala de raio-x (inativa), vacinação e salas para aula/grupos.

A UDA-UFAL, junto a outras 3 UDA vinculadas a universidades privadas em Maceió, integram a atenção primária do município, segundo o plano municipal de saúde quadriênio 2022 – 2025<sup>2</sup>. Tal como pressupõe a concepção teóricas das UDAs, estes espaços são cenários de práticas para estudantes de graduação e residências da área de saúde.

Em março de 2020 o Brasil se viu parte da pandemia do novo coronavírus, COVID-19, descrito primeiramente na China em dezembro de 2019, mas de origem incerta. Esse novo cenário consequentemente trouxe novas situações, dificuldades e desafios para todo o sistema público de saúde. A pandemia exacerbou ainda mais os problemas já preexistentes em decorrência da negligência do estado, como o subfinanciamento, o baixo estoque de insumos, a oferta de atendimentos insuficiente, a falta de equipamentos adequados e a sobrecarga dos

serviços, além de problemas causados de forma indireta como afastamento de profissionais por adoecimento ou profissionais do grupo de risco<sup>3</sup>.

Após a fabricação e distribuição progressiva da vacina em 2021 houve diminuição do número de internações e óbitos resultando em desafogamento dos serviços de saúde, ainda que o Governo Federal tenha falhado em liderar um plano nacional de vacinação contra a COVID-19<sup>4</sup>. Possivelmente tal fato associado aos discursos negacionistas e orientações controversas do Presidente da República Jair Bolsonaro, o qual lhe rendeu o título de “Pior líder mundial no enfrentamento da pandemia do COVID-19” pela Washington Post, influenciou o surgimento de uma nova onda de infecção em massa, causando novamente uma sobrecarga nos sistemas de saúde, porém de menor intensidade<sup>5,6</sup>.

Apesar das restrições e dificuldades geradas pela pandemia, durante o período de permanência na UDA Gilberto de Macedo, a unidade seguiu acolhendo residentes dos programas vinculados a UFAL, como a Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e Idosa. As atividades desenvolvidas pelas e pelos residentes incluíram as atividades uniprofissionais de atendimento ambulatorial e multiprofissionais. Estas envolviam ações de educação em saúde, através da confecção e distribuição de material educativo, salas de espera e organização de eventos, além de visitas domiciliares, projetos terapêuticos singulares (PTS) e a realização do grupo de saúde com os trabalhadores da unidade.

Este relato de experiência foi construído a partir dos questionamentos e inquietações que surgiram da observação e vivência diária no cenário de prática e na realização das atividades descritas acima. As incongruências observadas durante a passagem pelo serviço tornaram-se pontos de discussão e foram concentradas, por afinidade, em 3 eixos norteadores. Deste modo, este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência do trabalho multiprofissional em saúde vivenciado por uma residente nutricionista, na UDA da UFAL.

## **ATENÇÃO PRIMÁRIA: DO MODELO TRADICIONAL À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - O CONTEXTO**

A atenção primária em saúde (APS) no Brasil teve uma construção longa e influenciada por discussões e movimentos nacionais e internacionais à época, entretanto a medicina preventiva só ganhou notoriedade nacional a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, com posterior ampliação e mudanças em 2006<sup>26</sup>, sendo o programa renomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse novo modelo surgiu para popularizar a oferta de serviços de

saúde e opor-se ao modelo assistencialista caracterizado por uma lógica hospitalocêntrica, biologicista e curativa, denominado modelo tradicional, que fragmentava o indivíduo e o negligenciava como parte de um todo desconsiderando seu caráter social, econômico e ambiental<sup>7</sup>.

A APS ordena e é a principal porta de entrada para o SUS, é um modelo focado na promoção de saúde e prevenção de doenças, além da recuperação e defesa da saúde. Ela é composta por equipes de saúde da família (eSF), podendo ainda ser ampliada através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP)<sup>8</sup>.

A eNASF-AP tem como objetivo ampliar a abrangência das ações da atenção básica apoiando as eSF, podendo ser constituído por profissionais da área da saúde, ou não, se adequando as principais necessidades do território em que está inserido. As equipes de NASF-AP possuem uma forma única de trabalho por não constituir um em serviço com uma unidade física independente e não trabalham diretamente com os usuários, uma vez que não realizam atendimento ambulatorial individualizado e não são de livre acesso aos usuários. Ele atua através do apoio matricial às equipes a qual se encontra vinculado, fortalecendo a clínica ampliada e aumentando a resolutividade sobre os problemas de saúde da população. São alguns exemplos de atividade do NASF: construção de projeto terapêutico singular, discussão de casos, ações de prevenção e promoção da saúde, interconsulta, educação em saúde e outros<sup>8</sup>.

É através desse modelo de trabalho em saúde, tendo como princípios a universalidade, integralidade do cuidado, coordenação da rede, o desenvolvimento do vínculo entre a unidade e a população de seu território, continuidade do cuidado, equidade e participação social, atuando através da territorialização, descentralização, estímulo a autonomia dos usuários e a responsabilização do cuidado que a ESF reconhecidamente melhorou diversos indicadores de saúde no Brasil<sup>9,10,11</sup>.

Entretanto a ESF encontra diversos desafios para se consolidar como estratégia e fortalecimento da APS, sendo as mesmas enfrentadas pelo próprio SUS como: desmonte orquestrado pelo Estado por influência do lobby dos planos de Saúde, insuficiência de insumos e medicação, falta de investimento financeiro e em recursos humanos, a ação dos gestores que não compreendem a ESF como novo modelo assistencial, precárias condições de trabalho, profissionais com dificuldade em mudar do modelo tradicional para a ESF, dentre outros<sup>12,13,14</sup>. Também são encontradas dificuldades que perpassam o processo de trabalho como a integração entre os profissionais e os diversos setores das unidades, etc.

Essas dificuldades desdobram-se no ensino em saúde, tendo em vista que o serviço integra a formação dos profissionais de saúde. Há um histórico da tentativa de integração

ensino-serviço no Brasil, onde as Instituições de ensino superior (IES) se propõem a usar os serviços de saúde como cenário de prática afim de aproximar a formação em saúde da realidade local. Na década de 60 surgiram os primeiros programas de integração docente-assistencial (IDA) vinculados às escolas de medicina. À época as ações de medicina comunitária de diversas localidades estavam associadas a formação médica e as iniciativas de interiorização da medicina<sup>15</sup>.

A integração ensino-serviço pode ser conceituada como:

“...reunião de esforços em um processo de crescente articulação, entre instituições de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino”<sup>16</sup>.

As UDAS, surgiram a partir da tentativa de implementação da IDA para associar a formação em saúde à prática, integrando a pesquisa, o ensino e o serviço. É um projeto com muitas potencialidades, fragilidades e desafios para sua efetivação como a verticalização e hierarquização da relação dos profissionais do ensino e do serviço, funcionamento da unidade de forma endógena a própria estrutura institucional das universidades, mesmo com a associação a atenção primária de saúde do município, mantendo-se afastada da realidade concreta do cotidiano dos serviços de saúde.

## **2 –UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL (UDA) COMO UM ESPAÇO DE SAÚDE E FORMAÇÃO: MINHA JORNADA, EXPÊRIÊNCIAS E REFLEXÕES.**

Durante meu percurso na graduação tive a oportunidade de me aproximar da atenção básica de Maceió e de alguns outros municípios de Alagoas, não só como estudante, mas também como usuária.

Dentre tais experiências está o programa de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) que integrei durante três anos, primeiro como vivente e posteriormente como comissão organizadora. O VER-SUS é um programa do ministério da saúde que visa complementar a formação de estudantes universitários através da educação permanente aproximando esses possíveis futuros trabalhadores da realidade do SUS. Tal experiência foi um divisor de águas quanto minha formação como profissional de saúde me proporcionando uma visão da pluralidade do SUS e um dimensionamento dos diversos fatores que podem transformar a oferta de serviços. A depender da localidade, distrito sanitário, cidade ou Estado e a depender dos atores que o compõem como os usuários, gestores, profissionais e prestadores de serviço.

Também houve o estágio curricular obrigatório da graduação, onde permaneci por dois meses na equipe do NASF, que oferece apoio matricial as unidades de saúde do 2º Distrito Sanitário de Maceió. Nesta ocasião foi possível acompanhar as atividades com grupos, visitas domiciliares, discussão de casos, construção de Projeto Terapêutico Singular e atividades de educação em saúde. Esta experiência incluiu também perceber inúmeras dificuldades na implementação da ESF, como a incompreensão da importância das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Por vezes ocorriam desconfortos e desentendimentos por parte dos trabalhadores vinculados a ESF quanto a função e objetivos do NASF-AP, como por exemplo o apoio matricial. Muitos daqueles profissionais questionavam ainda os motivos pela recusa da eNASF-AP em realizar atendimento ambulatorial uniprofissional, amplamente solicitado pela população.

É possível extrapolar esta percepção em relação a ESF ocorrida durante meu estágio, para as demais realidades em Maceió, uma vez que segundo o Plano Municipal de Saúde de Maceió, quadriênio 2022-2025, a cobertura da atenção primária no município é de apenas 52,7%, esse percentual considera unidades tradicionais, mistas e ESF, ou seja, a cobertura pela ESF é ainda menor<sup>2</sup>.

A experiência mais recente consolidou-se através da Residência Multiprofissional em Saúde, onde fui alocada em uma UDA no primeiro semestre de 2021. Da turma de residentes que ingressaram em 2020 o grupo multiprofissional a qual pertencio foi a primeira equipe a vivenciar aquele cenário. Pelo meu contato progressivo com a atenção básica criei expectativas reais, sabendo dos problemas que a atenção primária do município enfrenta, mas tinha fé de que poderia ser melhor pela presença constante da universidade no cenário, logo um maior empenho e atualização dos profissionais nas atividades, e maior satisfação dos usuários.

Entretanto tornou-se notório que apesar de objetivar a integração do ensino-serviço para a formação em saúde, a UDA ainda se espelha em um modelo antigo de serviço assistencialista, de alto custo e baixa resolutividade, que concentra a assistência à saúde na figura do médico como afirma Paiva e Souza<sup>17</sup>.

Há oferta de consultas ambulatoriais em algumas especialidades (clínico geral, ginecologia e pediatria) pela FAMED, que usa esse espaço para aulas práticas e campo de estágio, funcionando como uma extensão da universidade, ofertando serviços de saúde pontuais, indo contra os princípios e diretrizes da atenção básica<sup>8</sup>.

Como já relatado, nesta UDA existem 2 equipes da ESF, o que possibilita caracterizar esta unidade de atenção primária como “unidade mista” uma vez que ocorrem também os atendimentos por livre demanda. O grande entrave é que não acontece integração entre estas

duas formas, tornando evidente a presença de dois modelos de assistência à saúde que não dialogam entre si.

Não permaneci tempo o suficiente no cenário para descobrir se essas divergências são frutos da pandemia ou se são de fato fragilidades da unidade e dos processos de trabalho diversos que ocorrem nesse mesmo espaço. Acredito que são necessários alguns questionamentos para repensar o funcionamento da unidade:

- Este modelo de assistência à saúde é de fato efetivo para a comunidade e para a universidade?
- A unidade se propõe a ser parte da Atenção Primária do município ou apenas como uma extensão da universidade, usando a comunidade para sua experiência prática sem um devido retorno para essa mesma população?
- Por que construir uma estrutura própria ao invés de integrar-se ao sistema de saúde do município?

### **3 - O PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DENTRO DA UNIDADE: DIFICULDADES ENFRENTADAS**

O programa de residência multiprofissional da UFAL é integrado por profissionais de saúde das áreas da nutrição, serviço social, psicologia, farmácia e enfermagem. A cada ano são formadas 4 equipes com 5 integrantes, um de cada profissão, que atuam conjuntamente nos diversos setores do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes hospitalares, o único cenário extra-hospitalar é a atenção primária em saúde em unidades do município, mas devido ao período de pandemia precisou ser restrito somente a UDA.

A equipe multiprofissional que integrei foi alocada na UDA de março à maio de 2021, exatamente no período da primeira grande onda da Pandemia em Alagoas, os números de infecção, internação e óbito por COVID em Maceió eram os mais altos até então<sup>18</sup>. A vacinação ainda estava em curso e nesse primeiro momento era aplicada somente nos profissionais de saúde, segundo o plano de vacinação estadual<sup>19</sup>.

Desde o início da pandemia o município decretou o afastamento dos servidores públicos que pertenciam ao grupo de risco<sup>20,27</sup>, o que gerou um déficit no quadro de funcionários das unidades de saúde ao mesmo tempo em que o sistema de saúde estava tendo uma demanda fora do comum tanto em relação a quantidade quanto ao tipo de demanda.

Os protocolos de segurança – que englobam o uso de máscara, disponibilização de álcool 70%, quantidade limitada de pessoas em espaços fechados e diminuição das ofertas de serviço– foram implementados para que o risco de contaminação dentro das unidades fosse o

menor possível. Os atendimentos médicos com os profissionais afastados passaram a ser online na forma de vídeo chamada através de dispositivos ofertados pelo município<sup>19,20,27</sup>. Algumas unidades de saúde tornaram-se referência para o atendimento de síndromes gripais e seus profissionais foram redirecionados a outras unidades, o que fez com que o fluxo aumentasse nas unidades que não se tornaram referência e diminuísse mais ainda a cobertura da atenção básica.

Na UDA diversos serviços foram suspensos permanecendo majoritariamente as atividades individuais: consultas ambulatoriais, vacinação, distribuição de medicamentos e agendamento de exames e consultas; a única atividade coletiva e de educação em saúde permanente era a sala de espera. Territorialização, visitas domiciliares, visitas dos agentes comunitários de saúde, PTS, matriciamento, grupos de convívio e discussão não estavam sendo realizados fosse pela ausência de profissionais devido o afastamento daqueles pertencentes ao grupo de risco ou fosse como forma de diminuir os riscos de infecção por COVID-19 pelas partes envolvidas. Infelizmente uma das consequências disso foi a descaracterização da ESF, tornando a UDA um espaço de atendimento ambulatorial, atendendo demandas pontuais dos indivíduos que ali frequentavam.

Além das eSF, dos profissionais da UFAL e do NASF, estavam presentes neste cenário no período vivenciado: duas enfermeiras e um psicólogo remanejados de uma outra unidade que se tornou referência para síndromes gripais, a residência médica e os estagiários de medicina.

É importante ressaltar que somente a equipe do NASF e nós da residência multiprofissional realizávamos a sala de espera e atividades de educação em saúde (elaboração de material educativo e eventos orientados pelo calendário da saúde), os outros profissionais da unidade não se sentiam como parte responsável pela realização destas atividades. A grande maioria dos profissionais, inclusive alguns profissionais do NASF, mantinham o foco no atendimento ambulatorial uniprofissional individualizado. Alguns fatores aparentavam contribuir pra isso: a pandemia, a demanda da população e de outros profissionais por atendimento individual, a falta de conhecimento/consciência dos profissionais e usuários sobre a importância da realização das diversas atividades inerentes à atenção primária. Vale salientar que o atendimento uniprofissional ambulatorial por si só não é o problema pois o mesmo faz parte da rotina de assistência à saúde, ele torna-se um problema a partir do momento em que é protagonista e única atividade realizada, pois como já mencionado é comprovadamente menos eficaz e vai contra o novo modelo da atenção primária. Dito isto também ressalto que o problema não está nas atividades de foco assistencial individual, existem diversas atividades na

atenção primária de foco individual, como por exemplo o matriciamento, PTS, visitas domiciliares, clínica ampliada, interconsultas e outros. O que essas atividades tem em comum? A multiprofissionalidade ligada a interdisciplinaridade (pois não é suficiente que haja vários profissionais juntos, mas que estes trabalhem de forma integrada) que se mostra como a forma de trabalho em saúde mais resolutive na assistência propiciando o atendimento de forma integral de indivíduos e coletividades<sup>8,9</sup>. É importante frisar este ponto pois em alguns momentos aparenta que a ESF tem como objetivo unicamente a execução de atividades coletivas, que se projeta na formação de grupos, e demoniza a realização de atividades individuais, gerando uma ambiguidade do bom ou mal, certo ou errado, inviabilizando críticas mais profundas.

Mas porque é tão difícil trabalhar multiprofissionalmente? Esse é um problema universal nos âmbitos da assistência em saúde, abordado em diversos estudos<sup>21,22,23</sup>. Parece haver um consenso sobre as diversas dificuldades que permeiam a implementação do trabalho multiprofissional em saúde. Após um ano enfrentando as dificuldades do trabalho multiprofissional na residência pude vivenciar diversos fatores que levam a este impasse. Posso destacar: 1- o fato desse novo modelo de atenção à saúde ser algo ainda incompreendido por muitos, 2 - a formação profissional nas universidades é individual e disciplinar, não nos prepara para o trabalho multi e interdisciplinar, não nos dando contato com outras áreas do conhecimento, nem as próprias disciplinas conversam entre si caracterizando uma formação fragmentada; 3 - a centralidade do cuidado centrado na figura do médico, 4 - a sobrecarga de trabalhos individuais, 5 - concepções sociais e formação que privilegia e valoriza o trabalho individual, 6 - ausência de incentivo da gestão e, acredito que a mais difícil dentre todas, 7 - associar as relações interpessoais ao processo de trabalho. Mas o que isso significa? Para trabalhar em grupo é necessário criar um vínculo mesmo que profissional com os colegas de trabalho independente que pessoalmente a relação seja conflituosa; comunicação, diálogo, discussões, são características que devem estar presente para este modelo funcionar. Cada indivíduo da equipe de saúde é um ser único e complexo, para trabalhar em grupo é necessário sair da zona de conforto e do automatismo, comprometimento com o processo de trabalho e flexibilidade de todos os envolvidos para discutir e acordar os pontos em comum, entender que o trabalho em grupo gera uma dependência (mesmo que mínima) do outro, e que suas ações afetam o todo.

Para além dessas dificuldades universais a UDA aparenta favorecer as atividades uniprofissionais e individuais, talvez mais fortemente devido a pandemia. Aparentava existir

uma boa relação pessoal entre os pares, entretanto não parecia haver uma integração dos diversos grupos conviventes naquele espaço pessoal e profissionalmente.

Apesar das restrições devido a pandemia e da suspensão de diversas atividades da unidade, para além das atividades de educação em saúde, planejamos um grupo de convivência e organizamos algumas visitas domiciliares, mas tais atividades não tiveram autorização para serem realizadas devido as restrições da pandemia.

Considerando as possibilidades do momento demos continuidade ao grupo de saúde com os profissionais da unidade e realizamos dois projetos terapêuticos singulares (PTS). Foram duas atividades importantes que dimensionaram para mim a dificuldade no processo de trabalho multiprofissional na unidade. Os dois projetos terapêuticos foram realizados pela equipe de residentes o qual eu estava, não houve o envolvimento dos outros profissionais da equipe de referência. Apesar de ter realizado esses dois projetos e fazermos intervenções importantes para os usuários no momento, fica uma inquietação por não ter feito a atividade como preconizado, a falta de integração com os outros profissionais - o ACS, a eSF o NASF – foi prejudicial, esse momento poderia ter sido muito mais enriquecedor e resolutivo para o usuário com a participação de todos.

No que diz respeito ao grupo de saúde dos trabalhadores, o mesmo vinha ocorrendo nos últimos meses sendo organizado mensalmente pelo NASF com oferta de massagem, auriculoterapia e ventosaterapia; e semanalmente pelas equipes de residentes multiprofissionais com momentos de musicoterapia e outras PICS. A adesão foi baixa tendo como base três a quatro participantes fixos. Não conseguimos manter o grupo porque não houve adesão por parte dos trabalhadores, o que trouxe certo desânimo e frustração pessoal. Em um segundo momento tivemos um diálogo com alguns ACS, que eram os trabalhadores em maior número presente no horário em que o grupo estava agendado, e as alegações para as ausências se baseavam principalmente na sobrecarga de trabalho no período de pandemia devido ao afastamento de muitos colegas de trabalho que pertenciam ao grupo de risco ou que haviam contraído a COVID-19. Ao mesmo tempo em que argumentavam sobre a importância da realização do grupo também não aparentavam entender aquele momento como de promoção a saúde, de relaxamento de alívio das tensões desse excesso de trabalho, mas sim como uma atividade de trabalho extra. Os outros profissionais da unidade afirmaram não ser horário de trabalho na unidade ou estarem ocupados com outras demandas. Esse foi um dos momentos que me trouxe muitas inquietações, pois os próprios profissionais não participavam das ações de prevenção da saúde como parte da rotina da unidade, como eles iriam estimular os usuários a participar e entender essa atividade como terapêutica? O relato desses profissionais levanta outro ponto

importante a ser observado que é a exaustão dos profissionais de saúde, como a pandemia aumentou a carga de trabalho devido o afastamento de parte do quadro de funcionários das unidades de saúde, sem reposição, sem disponibilizar atenção à saúde física e mental dos que permaneceram em serviço.

Nacionalmente a emergência da pandemia do COVID-19 elevou o número de casos de transtornos mentais<sup>24</sup> e problemas associados a pobreza<sup>25</sup>. A grande maioria das pessoas que atendi ambulatorialmente apresentavam demandas psicológicas associadas a questões nutricionais originadas por questões socioeconômicas decorrente da pandemia do novo coronavírus. Era notório que a própria população expressava a necessidade de um olhar integral, multiprofissional e inclusive intersetorial, mesmo que de forma inconsciente e não verbalizada.

Essas novas demandas de saúde associadas ao afastamento de profissionais pertencentes ao grupo de risco e diminuição na oferta dos serviços de saúde gerou um colapso no sistema de saúde nacional. Na UDA, em minhas consultas, a grande maioria dos atendimentos demandavam minimamente uma interconsulta, geralmente eram casos de transtorno mental desenvolvido ou agudizado pelo isolamento social, medo do contágio e da morte iminente, perda de pessoas próximas, diminuição da renda e aumento do custo de vida, desemprego, problemas causados pela suspensão de ofertas de alguns serviços de saúde, dificuldade em conseguir consulta com especialidades médicas, entre outros; que ocasionavam sintomatologias diversas, desde mudanças drásticas no comportamento alimentar, obesidade e descompensação de problemas crônicos.

Tudo isso reforça a necessidade da implementação da multiprofissionalidade nas unidades de saúde, mesmo com limitações causadas pela pandemia. É necessário primeiramente dialogar com os profissionais da unidade, para entender suas demandas e necessidades, para que se possa estabelecer plano um plano de mudança onde posteriormente possam ocorrer momentos de reflexão crítica acerca do processo de trabalho, e trabalhar as dificuldades apontadas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A UDA apresenta-se como um dispositivo de saúde importante, com grande potencial para educação permanente, promoção da saúde e prevenção de doenças com alta resolutividade das demandas trazidas pela população já que é um local de integração entre a universidade e a atenção primária, entretanto durante minha vivência esse potencial não foi explorado, servindo principalmente como campo de prática da universidade e local de atendimento ambulatorial

para os profissionais do município, fosse pela pandemia, com a ausência de diversos profissionais pertencentes ao grupo de risco, pela sobrecarga dos profissionais que não foram afastados, pela comodidade do modelo assistencialista, pela ausência de estímulo por parte da gestão, pela ausência de capacitações sobre o modelo e trabalho na estratégia de saúde da família ou a falta de integração entre grupos. Esses são dificuldades encontradas em outros serviços de saúde, não só da atenção primária, mas que podem ser enfrentados, através de diálogos, plano de capacitação e integração dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Reibnitz KS, Daussy MFS, Silva CAJ da, et al. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró-Saúde I e II. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2012; 36(1), supl. 2, 68-75.
- 2 - Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2021.
- 3 - Sá Gomes EM de, Hilarino LV, Furtado TR, et al. Desafios da atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Arch. Health [Internet]* 2021 [acessado em 30 mar 2022]; 2(3):299-313. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/322>
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19 NO BRASIL: Dados até 06/07/2022. [Acesso em: 08 jul 2022]. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html).
- 5 - Oliveira N, Pires Y. Falta de normas claras e de ações coordenadas para distanciamento social prejudica combate à covid. Senado Federal, 2021. [Acesso em: 30 mar 2022]. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/04/falta-de-normas-claras-e-de-acoes-coordenadas-para-distanciamento-social-prejudica-combate-a-covid>.
- 6 - Hur, DU; Sabucedo, JM; Alzate, M. Bolsonaro e Covid-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, 2021 [acessado em 09 jul. 2022]; 21(51):550-569. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2021000200018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200018&lng=pt&nrm=iso).
- 7 - Correia DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 [Acesso em: 30 mar 2022]; 24(6):2031-2041. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017.
- 9 - Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*. 2018 [Acesso em: 30 mar 2022]; 42(spe1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
- 10 - Russo LX, Scott A, Sivey P, Dias J. Primary care physicians and infant mortality: Evidence from Brazil. *PLoS One*. 2019; 14(5):e0217614. [Acesso em: 30 mar 2022]; 22(4). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/authors?id=10.1371/journal.pone.0217614>
- 11 - Bastos ML, Menzies D, Hone T, et al. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLOS One* 2017 [Acesso em: 30 mar 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>.
- 12 - Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [Acesso em: 30 mar 2022]; 21(5):1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
- 13 - Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 [Acesso em: 30 mar 2022]; 21(5):1389-1398. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>.
- 14 - Silva, TPA. O desmonte da política nacional de atenção básica (PNAB 2017) sob a forte influência do lobby dos planos de saúde suplementar no Brasil. *Espaço Público*, 2018; 2:107-113.
- 15 - Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e

- perspectivas. In.: Morosini, MVGC, Corbo, AD, organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.
- 16 - Vieira VRP, Silva CF, Vieira SL. Integração-ensino e serviço e os desafios para fortalecer a educação e o trabalho: reflexão teórica-conceitual. In: Almeida FA, Organizador. Políticas públicas educação e diversidade uma compreensão científica do real. Guarujá – SP, Editora Científica Digital, 2020.
- 17 - Paiva RFPS, Souza MFP. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2018 [Acesso em: 30 mar 2022]; 34(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017316>.
- 18 - Alagoas. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde, CIEVS – AL. Informe Epidemiológico – Monitoramento da Emergência – COVID-19. Maceió, AL, 2022.
- 19 - Alagoas. Secretaria de Estado de Alagoas. Plano estadual de vacinação contra a COVID-19; 2 Ed. 55 p.; Maceió, AL, 2021.
- 20 - Maceió. Decreto nº 8.846 de 16 de março de 2020. Sobre as medidas temporárias de combate e prevenção à pandemia do COVID-19 e outras providências. Diário Oficial do Município de Maceió, AL, 2020.
- 21 - Peruzzo HE, Bega AG, Araújo AP, et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia de saúde da família. Esc Anna Nery, 2018 [Acesso em: 30 mar 2022]; 22(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372>.
- 22 - Gelbcke FLL, Matos EM, Sallum NC. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. TEMPUS [Internet]. 31º de dezembro de 2012 [acessado em 30 mar 2022]; 6(4):31-39. Disponível em: [//tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202](http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202).
- 23 - Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2007 [Acesso em: 30 mar 2022]; 12(2):455-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.
- 24 - Tausch A, Souza RO, Viciania CM, et al. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. The Lancet Regional Health – Americas. 2022, [Acesso em 30 mar 2022]; v. 5. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>.
- 25 - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Pandemia provoca aumento nos níveis de pobreza sem precedentes nas últimas décadas e tem um forte impacto na desigualdade e no emprego. Nações Unidas. [Acesso em: 30 mar 2022]. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/pandemia-provoca-aumento-niveis-pobreza-sem-precedentes-ultimas-decadas-tem-forte>.
- 26 - Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Sobre a Organização da Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 2006.
- 27 - Alagoas. Decreto nº 6.961 de 15 de abril de 2020. Declara situação de Calamidade Pública em decorrência do COVID-19. Diário Oficial do Estado de Alagoas, Poder Executivo, Maceió, AL, 2020.
- 28 - Faculdade de Medicina. Unidade Docente Assistencial. Universidade Federal de Alagoas, Maceió. [Acesso em: 30 mar 2022]. Disponível em: <https://famed.ufal.br/pt-br/institucional/unidade-docente-assistencial-professor-gilberto-de-macedo>.

## **ANEXO – DIRETRIZES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE**

### **Diretrizes para autores**

*Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos*

### **Revista Saúde em Debate**

*Instruções aos autores*

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

### **ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS**

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### **Modalidades de textos aceitos para publicação**

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

#### **Preparação e submissão do texto**

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

**O texto deve conter:**

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a ‘Saúde em Debate’ apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/178>) elaborado pela editoria do Cebes.

## **OBSERVAÇÕES**

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11. Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### **Informações sobre os autores**

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.