



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCIANA HELENA MENDES GOMES

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A INTEGRALIDADE EM SAÚDE:
perspectiva de profissionais médicos e gestores**

Recife

2018

LUCIANA HELENA MENDES GOMES

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A INTEGRALIDADE EM SAÚDE: perspectiva de
profissionais médicos e gestores**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife
2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

G633p Gomes, Luciana Helena Mendes.
 Programa mais médicos e a integralidade em saúde: perspectiva de
 profissionais médicos e gestores / Luciana Helena Mendes Gomes. –
 2018. 2 f.: il.; 30 cm.

 Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2018.

 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Globalização em saúde. 2. Trabalhador de saúde. 3. Tomadores de
 decisão em saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora).
 II. Título.

610.69 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2019-120)

LUCIANA HELENA MENDES GOMES

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A INTEGRALIDADE EM SAÚDE: perspectiva de
profissionais médicos e gestores**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós – Graduação em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco, como
requisito para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 18/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª. Keila Silene Brito e Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória

Recife
2018

Aos meus avós Maria da Conceição e Gabriel, pelo amor e dedicação.

À minha mãe Ana Lúcia, por ensinar-me a ser perseverante e acreditar em mim em todos os momentos.

Aos meus filhos Guilherme e Maria Fernanda, por ensinar-me o que é o amor sem limites.

Ao meu esposo Fernando, pelo companheirismo e respeito.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso Pai, por ser a força e a luz que guia meus passos e por sempre mostrar-me seu amor incondicional nos momentos em que mais precisei.

A minha grandiosa e bela família, que sempre foram meu maior exemplo de amor, generosidade e perseverança.

À professora Adriana Falangola Benjamin Bezerra, minha orientadora nesta dissertação, pela paciência, compreensão, valorosas orientações durante a confecção deste trabalho e, acima de tudo, pelo exemplo de dedicação e defesa do Sistema Único de Saúde.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE, que gentilmente compartilharam conosco os seus saberes e práticas, em meio a uma convivência amistosa e saudável.

Aos meus colegas, amigos (as) e companheiros (as) de turma do PPGSC 2016.

Aos profissionais e gestores do Programa Mais Médicos, que gentilmente compartilharam conosco as suas vivências, e assim, tornaram possível a realização desse estudo.

RESUMO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado com o intuito de ampliar o acesso a profissionais médicos e, conseqüentemente, viabilizar melhorias na qualidade do atendimento da Atenção Primária a Saúde (APS). Entendendo que todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser regidos por seus princípios, objetivou-se compreender como o PMM contribui para efetivação da integralidade nos serviços de APS e rede de atenção à saúde. O estudo é de natureza qualitativa, realizado no Município de Recife, Pernambuco, no qual foram entrevistados profissionais médicos do programa e gestor. As entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin e, como ferramenta de apoio, utilizou-se o software Nvivo 11. O tratamento das entrevistas resultou em quatro categorias: ações de saúde executadas sem planejamento; educação em saúde distante da proposta de empoderamento do usuário; cuidado descontínuo e frágil comunicação; relação médico-usuário construída a partir da integralidade. Pode-se inferir que tanto o gestor quanto os profissionais, entrevistados, compreendem traços de integralidade e reconhecem-nos no desenvolvimento das atividades cotidianas da Estratégia de Saúde da Família, porém, para a sua efetivação entende-se ser imprescindível que invistam na comunicação e discutam o planejamento, a construção e a execução das atividades.

Palavras-chave: Globalidade em saúde. Trabalhador de saúde. Tomadores de decisão em saúde.

ABSTRACT

The Program More Doctors (PMM) was created with the aim of expand the access to medical professionals and, consequently, enable improvements in the quality of the service in Primary Health Care (APS). Understanding that all the services of the Unified Health System (SUS) must be ruled by its principles, we aimed at understanding how PMM contributes to the realization of the integrality of the APS services and the health care network. The nature of the study is qualitative, conducted in the municipality of Recife, Pernambuco, in which medical professionals of the program and the manager were interviewed. The interviews were submitted to Bardin's technique of analysis of content and, as a support tool, the software Nvivo 11 was used. The treatment of the interviews resulted in four categories: actions of health performed without planning; education in health far from the proposal of empowerment of the user; discontinuous care and fragile communication; relationship medical doctor-user built upon integrality. It is possible to infer that both the manager and the professionals interviewed understand traces of integrality and recognize them in the development of daily activities of the Family Health Strategy, however, for its realization it is understood that it is indispensable that there is investment in communication and discussion about planning, building and execution of activities.

Keywords: Globality in health. Health worker. Decision makers in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRMSP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DS	Distrito Sanitário
DSEIs	Distritos Sanitários Indígenas
EqsF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fenam	Federação Nacional dos Médicos
IE	Instituição de Ensino
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
RAS	Redes Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1. 1	Problema	10
1. 2	Objetivos	14
1. 2. 1	Objetivo Geral	14
1. 2. 2	Objetivos Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	PERCURSO METODOLÓGICO	23
4. 1	Local do estudo	23
4.2	Seleção dos participantes do estudo	24
4.3	Coleta de dados	24
4.4	Análise dos dados	26
4.5	Aspectos éticos e legais	26
5	RESULTADOS	28
5. 1	Artigo – Programa Mais Médicos e a integralidade em saúde: perspectiva de profissionais médicos e gestores	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIA	46
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS	55
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE	57
	ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA DO MUNICÍPIO DE RECIFE	59
	ANEXO B - NORMAS DA REVISTA	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou avanços e uma série de ações visando à consolidação do mesmo, principalmente no que tange ao acesso da população brasileira aos cuidados em saúde, como por exemplo, a expansão da Atenção Básica (AB). A mesma é considerada a principal porta de entrada e ordenadora do acesso aos serviços de saúde, no entanto, a sua efetivação a nível nacional foi comprometida devido à dificuldade quanto ao provimento e fixação de profissionais, sobretudo médico, em diversas regiões do país, especialmente em áreas remotas (ARRUDA *et al.*, 2017).

Ao longo dos anos o país vem adotando programas que visam atenuar os problemas da cobertura populacional e reorientar as práticas de atenção à saúde, como por exemplo, o Programa Mais Médicos (PMM) (LIMA *et al.*, 2016).

Em estudo realizado por Ney e Rodrigues (2012), alguns dos motivos informados pelos profissionais médicos para a ausência de interesse em trabalhar na AB são às estruturas precárias na maioria das unidades, ausência de insumos mínimos para trabalhar, a carga horária semanal de 40 horas, número excessivo de pessoas adstritas, remuneração inadequada, dificuldade de diálogo com especialistas e ausência de perfil para AB.

A escassez de profissionais médicos na atenção básica, também é correlacionada ao acúmulo da fragilidade regulatória nacional, tanto em relação à formação de médicos especialistas na área de medicina da família, quanto o próprio exercício da atividade, pois diferente de países como Austrália, Reino Unido, França e Suécia, o Brasil não exerce um controle público sobre provimento e a formação das diversas especialidades médicas (RODRIGUES, 2013).

De acordo com estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2011, a escassez de médicos foi considerada o principal problema do SUS por mais de 58% dos usuários entrevistados (BRASIL, 2011a).

No mesmo ano, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo publicou que o número de médicos/1000 habitantes vem crescendo ao longo do tempo no Brasil, passando de 1,15 em 1980 para 1,48 em 1990, e de 1,72 em 2000 para 1,91 em 2010, ou seja, apesar do aumento do número de profissionais no país a média ainda é de menos de 2 profissionais para cada mil habitantes. As entidades de categorias

médicas afirmam que é um número adequado e está dentro do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 1 médico/1000 habitantes (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Entretanto, o parâmetro de 1 médico/1000 habitantes creditado a OMS não encontra respaldo na literatura. Segundo Simões (2011) e Fischmann (2013), a OMS nunca estabeleceu tal parâmetro, porém, a instituição orienta que o número de médicos por habitante deve estar atrelado a melhores condições de saúde da população e deve ser analisado de acordo com cada sistema de saúde.

O Ministério da Saúde reconheceu que a relação de médicos por habitantes está aquém de outros países da América Latina como, por exemplo, Argentina e México com a relação de 3,2 e 2, respectivamente, e considera que uma média de 2,5 seria aceitável para o SUS (BRASIL, 2013b). Outra preocupação é a distribuição desse profissional no território nacional, pois quando se realiza um recorte nas regiões do país, a relação numérica médicos/1000 habitantes na região Norte é de 1,01; Nordeste o número é de 1,23; Centro-Oeste 2,05; Sudeste 2,67 e no Sul 2,09 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Ao considerar os municípios do interior dessas regiões, principalmente as mais carentes como Norte e Nordeste, muitas vezes, o médico da ESF é o único profissional da categoria na localidade. Esse profissional além de possuir algumas práticas de saúde específicas, também, é o principal responsável por encaminhar os usuários para outras instâncias da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ou seja, a ausência ou a rotatividade desse profissional compromete a coordenação da atenção, a resolutividade da Atenção Básica (AB) e a integralidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2010).

A reflexão e discussão a respeito da má distribuição territorial do profissional médico e, algumas vezes, a sua ausência não são recentes, pois datam da época da ditadura civil - militar, ainda com o Projeto Rondon, em 1968, que tinha como intuito expandir ações e serviços de saúde em locais de difícil acesso, por meio dos estudantes universitários, tanto de saúde quanto de outras áreas (MACIEL, 2007).

Algumas outras iniciativas do governo brasileiro podem ser citadas, como por exemplo, a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS - 2001), e, mais recentemente, o Programa de Valorização dos Profissionais da

Atenção Básica (PROVAB), bem como as mudanças nas diretrizes curriculares do curso de medicina (2005) (MACIEL, 2007; CARVALHO; SOUSA, 2013). Ainda assim, tais medidas não foram suficientes para suprir as dificuldades dos gestores municipais em alocar os profissionais de saúde, principalmente o médico, e garantir a sua permanência nas unidades.

Em 2013, o governo federal instituiu como iniciativa mais recente nessa perspectiva o Programa Mais Médicos (PMM). Por meio da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, o programa tem três eixos estruturantes que pretendem aumentar e qualificar a oferta de médicos e aprimorar as condições assistenciais dos municípios do Brasil. O 1º objetiva provisionar, de forma emergencial, profissionais médicos em áreas consideradas prioritárias para o SUS e amenizar as discrepâncias em relação à distribuição do mesmo no território nacional. O 2º, ampliar o número de vagas em cursos de medicina, implantar reformas educacionais na graduação e residências médicas. Já O 3º eixo visa aplicar recursos para melhorar a infraestrutura das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Estudo realizado em 32 municípios brasileiros com usuários da ESF que possuem médicos do PMM apontam que há aprovação em relação ao programa, devido ao acesso e ao bom atendimento prestado pelos profissionais (COMES, 2016).

Outro estudo, desenvolvido na região Nordeste, uma das mais carentes do país, identificou-se que com a presença do programa houve redução no número de internações por diarreias e gastroenterites de origem infecciosa presumível (GONÇALVES *et. al*, 2016).

Lima *et. al* (2016) concluíram que com o programa houve um incremento considerável na produção médica da atenção básica, já no primeiro ano de criação do programa, o que remete a um maior acesso dos brasileiros aos serviços de saúde e uma possível melhoria na resolubilidade e integralidade do cuidado.

Apesar de todas as dificuldades acerca do acesso aos serviços de saúde, o princípio da universalidade é o que mais apresenta avanços na trajetória do SUS. A integralidade e equidade, por outro lado, não conseguiram caminhar com a mesma intensidade. A integralidade é apontada por diferentes estudiosos como o princípio mais laborioso de ser alcançado, bem como, tem sido o mais negligenciado na política de saúde (VAITSMAN *et al.*, 2009; AYRES; KALICHMAN, 2016).

A dificuldade de consolidação do princípio da integralidade na política de saúde deve-se a sua complexidade, pois sua efetivação envolve desde questões pautadas na formação profissional até orientação de práticas e políticas de saúde, ou seja, exige tanto um olhar focalizado, a exemplo, a relação médico-usuário, como ampliado, a exemplo, uma política especial como HIV/AIDS (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2001).

A globalidade em saúde requer interdisciplinaridade e intersetorialidade para atender as demandas da população, pois são situações que resultam de fatores sociais, cognitivos, econômicos, políticos e ideológicos, preconizando uma abordagem holística dos indivíduos. A atenção básica, por suas características coordenadoras e a gama de serviços ofertados, seria o principal componente integrador da ótica bio-psico-social dentro de um sistema de saúde que garantisse ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para indivíduos e populações (GIOVANELLA *et. al.*, 2002).

Melo (2016) levantou a importância de se interrogar em que medida o PMM tem enfrentando a hegemonia de uma prática assistencial disciplinada pelo modelo biomédico, na qual a doença e normativa profissional são mais relevantes que o indivíduo e o ambiente em que vive.

Um estudo recente, que tinha como o foco a integralidade, realizou entrevista com 78 profissionais não médicos das EqSF que receberam médicos do PMM e observou-se que, com a incorporação dos profissionais, as práticas das EqSF foram acrescidas de traços de integralidade, como, por exemplo, aumento da acessibilidade, formação de vínculo e continuidade do cuidado (COMES *et. al.*, 2016).

Considerando a trajetória do SUS, a preocupação com a integralidade é mais recente quando comparada a outros princípios e diretrizes, como por exemplo, a descentralização, pois passou a ser enfatizada a partir da metade da década de 90 com a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) e com a agregação do empenho de grupos acadêmico e instâncias do SUS (VAITSMAN *et al.*, 2009).

Para Tasca e Pêgo (2016) dentro da proposta PMM ainda há muito o que ser pesquisado, pois o mesmo viabiliza um entendimento do sistema de saúde, principalmente, no que se refere a qualificação da APS, organização dos serviços de forma integral e racional e a longitudinalidade do cuidado em diferentes contextos e

sob a ótica dos diversos atores do SUS (usuários, gestores e trabalhadores). Corroboram afirmando que:

A medição das mudanças nas condições de saúde da população, por si só, se torna insuficiente para aferir o valor público originado pelo PMM. Muitas outras áreas de resultados têm que ser contempladas, novos elementos precisam ser explorados. Nos referimos à análise do PMM como um fator viabilizador de avanços no desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Segundo Pacheco (2012), as políticas e decisões tomadas pelos gestores interferem diretamente na atividade dos profissionais de saúde. As convergências e divergências entre os seguimentos quanto as suas visões em relação à integralidade e, a organização da rede de serviços pode favorecer ou não a prática de saúde na perspectiva atenção integral.

Avaliando a importância social de um retorno em relação ao impacto do PMM no cuidado integral da população, como também, subsidiar planejamentos futuros no SUS o presente estudo busca responder como o PMM contribui para efetivação da integralidade nos serviços de APS e rede de atenção à saúde, sob a ótica dos profissionais médicos do programa e gestor de saúde.

1.2 Objetivos

1. 2. 1 Objetivo Geral

Compreender como o PMM contribui para efetivação da integralidade nos serviços de APS e rede de atenção a saúde.

1. 2. 2 Objetivos Específicos

- a) Identificar o sentido da integralidade para médicos do PMM e Gestormunicipal;
- b) Identificar ações preconizadas e executadas pelo município e profissionais de saúde do PMM que colaboram para a efetivação da integralidade;
- c) Identificar fatores no processo de trabalho dos profissionais do PMM que comprometam uma abordagem integral aos usuários.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Integralidade: construção e desafios

Com o advento da Constituição da República de 1988, mais precisamente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a expressão integralidade como princípio doutrinário da política de Estado na saúde.

A discussão sobre integralidade no Brasil, data da década de 1960, e surgiu junto com o movimento da medicina integral. O movimento trouxe as primeiras grandes discussões a respeito do método de ensino das escolas médicas que eram pautados no modelo Flexneriano, com um aprendizado por meio da repartição do corpo humano em aparelhos e sistemas e apenas no ambiente hospitalar, o que distancia o olhar do profissional médico da totalidade do indivíduo, reduzindo-o a dimensão biológica, e privilegia a formação médica especializada (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Ao mesmo tempo em que podemos considerar que o modelo traz alguns avanços para a formação, pois oferta um conhecimento preciso e suficiente sobre os sistemas do corpo humano e doenças, ele produz um reducionismo na educação médica e isso se reflete nas ações do profissional. Ao adotar uma proposta prioritariamente unicausal e biologicista da determinação da saúde-doença, minimizam-se ou anulam-se as dimensões psicológicas, sociais e econômicas da saúde, aspectos que vão além da formação médica e seus peritos (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Em contrapartida ao modelo Flexneriano e suas propostas, a Medicina Integral trouxe como reestruturação curricular duas proposições que giravam em torno de dois eixos: o primeiro, que traz à proposta de incluir precocemente no plano curricular médico a junção dos saberes clínicos com as relações sociais e culturais que podem influenciar tanto a saúde, quanto a relação médico-paciente; e o segundo traz o espaço na comunidade e o ambulatório como locais de aprendizagem e formação, pois assim os alunos poderiam entender o contexto de vida dos seus pacientes. A integralidade na perspectiva de um olhar “bio-psico-social”, portanto, é uma atitude necessária e precisava ser praticada dentro da dinâmica das escolas médicas (MORAES, 2006).

O julgamento apresentado pela medicina integral sobre a formação acadêmica fragmentada foi um dos alicerces da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)

na década de 80 e influenciou a implementação de novos currículos na educação médica baseados na redução do ensino fragmentado e, conseqüentemente, na mudança do olhar do profissional para os pacientes (MATTOS, 2001).

Para Viegas e Penna (2015), a integralidade observa as dimensões do ser humano de forma singular e suas relações com o ambiente em que vive, trabalha e sua rede de apoio, ou seja, enxerga a complexidade da vida humana. É defendida como o fio condutor para realizar as mudanças necessárias no processo de trabalho e organização da saúde, para atenuar a prática de fragmentação e, em algumas situações, a simplificação da atenção e do cuidado com os usuários.

Para Cecílio (2001), a integralidade para sere a mais completa possível, precisa ser vista de duas perspectivas: uma focalizada e a outra ampliada. A integralidade focalizada é delimitada ao espaço de serviço de saúde, observa a integração usuário – equipe de saúde, essa tem o compromisso de realizar uma escuta qualificada das necessidades das pessoas atendidas, sejam elas de natureza simples ou complexa. Porém, para a focalizada ser mais bem-sucedida, a mesma depende da integralidade ampliada, que engloba não só a articulação em rede dos serviços de saúde, como também, com qualquer outro serviço que influencie as condições de vida do usuário. Ou seja, apresenta que o direito do usuário à integralidade do cuidado deve ser de responsabilidade de todo o sistema de saúde, mas não só dele.

Mattos (2001) afirma que a integralidade pode ser definida por três eixos: integralidade como reflexo da medicina integral; integralidade como modo de organização das práticas sanitárias; e integralidade como base para políticas especiais. O primeiro faz referência à medicina integral, anteriormente citada, lançando crítica ao modelo fragmentado de formação profissional, conseqüentemente o atendimento ao usuário, pois considera imprescindível uma abordagem bio-psico-social dos usuários e que a prática deve ser ensinada desde a formação profissional. O segundo eixo traz uma reflexão a respeito da organização dos serviços de saúde e a dicotomia existente entre a saúde pública e a assistência hospitalocêntrica, propondo assim a articulação entre as práticas, os serviços de saúde e as equipes de saúde, favorecendo o acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção e a referência e contrarreferência do mesmo. O último eixo propõe que uma política, quando voltada para dado problema de saúde ou àqueles que incidem mais sobre determinado segmento populacional, deve preconizar medidas,

após uma análise ampliada das condições do sujeito, que abranjam desde ações voltadas para a prevenção até ações assistenciais.

Na visão de Giovanella *et al* (2002), a definição de integralidade se baseia na concepção afirmativa que saúde é um processo de elaboração coletiva influenciado por diversos fatores, que podem ser averiguados por meio da percepção do nível de qualidade de vida de uma determinada população e devem garantir à mesma, de forma articulada, ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A complexidade das mais diversas formas de definição e visão da integralidade não reflete apenas a teoria, mas também a prática e consolidação desse princípio no SUS. Os desafios da integralidade estão relacionados à maneira como os serviços se organizam, envolve planejamento da gestão e da assistência, a formação, saberes e qualidade técnica dos profissionais de saúde, e a relação estabelecida entre o corpo profissional das equipes e delas com a comunidade e usuários. Toda essa heterogeneidade de ações e na, maioria das vezes, o descuido, faz com que não ocorra a efetivação da integralidade no SUS, como pensado na Reforma Sanitária Brasileira (GIOVANELLA; SANTOS, 2016; AYRES; KALICHMAN, 2016).

No decorrer da história da saúde no Brasil surgiram diversas propostas e projetos com o caráter de atenuar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde existentes, tanto antes quanto após a institucionalização do SUS, as quais serão districadas no próximo tópico.

Programas de provimento profissional – histórico e diretrizes

A discussão sobre a dificuldade de prover e fixar profissionais de saúde, principalmente o médico, em algumas regiões do país não é recente e nem tão pouco é uma peculiaridade do Brasil, porém, cada país segue uma estratégia para minimizar esta situação. Adotam-se desde medidas mais voluntárias até incentivos financeiros, como bolsa, auxílio e pagamento de débito estudantil, garantia de formação continuada e vantagens em seleções de pós-graduação, como bônus na pontuação final; já em outros locais, atuar em áreas de difícil fixação de profissionais é imprescindível para obtenção de registro profissional (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Na América Latina alguns países como Colômbia e Equador, aplicam o modelo de serviço social obrigatório em áreas de difícil fixação profissional,

principalmente rurais, para que os médicos possam adquirir a inscrição no conselho de classe profissional. Porém, a experiência acontece de formas distintas entre esses países, pois, Colômbia têm baixa remuneração para esses estudantes e quase nenhum apoio das universidades. O Chile tem uma proposta de incentivo por meio de uma carreira na atenção básica e garantia de educação permanente, independe da região do país que estejam atuando (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

Países considerados desenvolvidos, ou seja, com altos índices de desenvolvimento social e econômico, como Noruega, Reino Unido, Austrália e Estados Unidos da América (EUA), também possuem programas ou políticas para amenizar as iniquidades existentes em relação à distribuição e fixação do profissional médico em seu território.

Na Austrália existe a proposta tanto de recrutamento de profissionais médicos formados no exterior, para atuarem em áreas consideradas prioritárias para o governo, como garantir financiamento para as escolas médicas com a intenção de selecionar alunos, promover estágios e internatos nas áreas rurais, podendo assim, estimular os alunos a trabalharem nesses locais quando formados. O incentivo também acontece através de uma remuneração diferenciada aos profissionais que optam pelo trabalho em áreas mais remotas e vulneráveis (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2016).

A política dos EUA oferta bolsas de estudos ou quita a dívida do financiamento estudantil, para os profissionais dispostos a trabalhar na atenção primária de áreas carentes. Além disso, permite que médicos de outros países trabalhem em áreas carentes após o visto de temporário para intercâmbio ter expirado (UNITED STATES OF AMERICAN, 2016).

No Brasil, dentre as alternativas adotadas para o provimento de profissionais destaca-se o Projeto Rondon, Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e por fim e mais recente o Programa Mais Médicos (PMM).

Ambos, o Projeto Rondon e o PIASS, são da época da ditadura, sendo o primeiro criado em 1968, pelo Decreto nº 62.927, e perdurou até 1989. Era interministerial em parceria com as universidades e caracterizado com uma extensão das mesmas. Promovia estágios voluntários dos estudantes de diversas áreas, no

período das férias, desempenhando atividades de competência de suas formações no interior do país, locais com baixo desenvolvimento econômico e social (MACIEL, 2007). O PIASS foi criado em 1976, pelo Decreto nº 78.307, e tinha como principal foco a expansão de estrutura mínima de saúde pública e saneamento básico, inicialmente no Nordeste e depois expandiu para as demais regiões do país. A estrutura básica dos postos de saúde seria composta por recrutamento de pessoal da própria comunidade para atuar em nível auxiliar, mas com apoio técnico dos serviços de saúde especializados, que pudessem atuar na detecção precoce de algumas doenças, com ênfase nas transmissíveis, e encaminhar para outro nível de atenção quando necessário (BRASIL, 1976).

O PISUS foi proposto em 1993, pós-redemocratização do país, e só durou por 11 meses, pois não sobreviveu à mudança de governo. Defendeu a ideia de que deveria se interiorizar uma equipe mínima para atuar na atenção a saúde e não apenas o médico. Tinha como estrutura quatro subprogramas: Unidades de Pronto Atendimento; Interiorização do Médico; Interiorização do Enfermeiro; Agente Comunitário de Saúde. Como proposta para fixação desses profissionais, tinha-se a garantia de instalação mínima para viver no local, para aqueles que não eram da região, e remuneração por produção (MACIEL; BRANCO, 2008).

O PITS surgiu com uma inovação em 2001, pois além de incentivar a ida e permanência de médicos e enfermeiros nas áreas mais necessitadas desses profissionais no país, por meio de incentivo financeiro tanto por parte do Ministério da Saúde quanto dos Municípios, propunha formação com cursos de especialização em saúde da família e acompanhamento com supervisão e tutoria. Os contratos eram feitos por um ano e prorrogáveis por mais um, porém a seleção dos profissionais nunca alcançava o número desejado e a saída do programa era uma constante. Com a mudança de governo o programa encerrou suas atividades em 2004 (MACIEL; BRANCO, 2008).

Em 2011, com a Portaria Interministerial Nº 2.087, se instituiu uma nova proposta para enfrentar a má distribuição territorial de profissionais de saúde e criou-se o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), o qual perdurou até 2016. O programa além de pensar o provimento de dentistas, médicos e enfermeiros em áreas vulneráveis e de difícil acesso, preconizava educação permanente, supervisão, bolsa e um acréscimo de 10% na nota da prova para ingressar na residência. O contrato com os profissionais era feito por doze meses, e

o mesmo obteve uma adesão bem maior por parte de municípios e profissionais quando comparado a programas anteriores (BRASIL, 2011b).

Mesmo com as diversas propostas empreendidas e citadas anteriormente, a diferença na distribuição de profissionais médicos no território nacional ainda se perpetuava. Em paralelo com o PROVAB foi criado em 2013, por meio da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), o qual manteve algumas propostas contempladas em programas anteriores e agregou a introdução de médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior, como uma ação emergencial de compor as Equipes da Estratégia de Saúde da Família que estavam sem esses profissionais, em todo o território nacional.

Programa Mais Médicos – formação e aperfeiçoamento no e para o SUS

Apesar dos esforços em atenuar as deficiências do SUS em relação a provimento profissional, pois os mesmos não apresentaram o impacto desejado nos serviços de atenção à saúde, diversos prefeitos do país se uniram em prol do movimento intitulado “Cadê o médico?”. Sua recomendação era facilitar a revalidação do diploma de médicos formados no exterior para atenderem em locais onde há carência desse profissional. Tal proposta divergia das afirmativas feitas por órgãos de categoria médica, pois afirmavam que tanto médicos brasileiros quanto os médicos estrangeiros revalidados optavam por grandes capitais para exercerem a profissão, ou seja, que a opção sugerida não resolveria o problema (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2013).

Em 2013, em resposta a solicitação da Frente Nacional de Prefeitos, como também, às reivindicações populares por requalificação dos serviços de saúde na perspectiva da estrutura física e profissional, foi instituído O Programa Mais Médicos (PMM) (COMES *et. al.*, 2016).

Inicialmente por meio de Medida Provisória (MP nº 621, de 8 de julho de 2013) e Portaria Interministerial Saúde e Educação (Nº 1.369, de 8 de julho de 2013), foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM) e, posteriormente, a MP foi convertida em Lei (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013) (BRASIL, 2013).

Como o programa emergiu da constatação da baixa relação do número de médicos por habitantes e da desigualdade regional na sua distribuição. O mesmo foi estruturado em 3 eixos: provimento emergencial; educação e infraestrutura. Uma

das fortes características do programa ter como proposta contribuir para a alteração do modelo assistencial vigente, pautado mais na cura de doenças do que na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos (LOTTA *et. al.*, 2016; MIRANDA; MELLO, 2016).

O primeiro eixo, também intitulado Projeto Mais Médicos, tem como meta expandir o número de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente em municípios remotos e isolados das grandes capitais. O provimento emergencial de profissionais médicos foi por meio de edital, com prioridade para os médicos Brasileiros, e as vagas remanescentes poderiam ser ocupadas por profissionais formados no exterior. Inicialmente disponibilizou-se 18.240 vagas para 4.058 municípios do país, inclusive os Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs). O segundo eixo está atrelado a um plano de ampliação do número de vagas na graduação e residência médica, seguindo a lógica de desconcentração regional e priorizando formações estratégicas para o fortalecimento da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde. Por fim, o terceiro eixo prevê reforma, construção e ampliação de estabelecimentos de saúde, tanto de atenção básica, como as UBS, quanto os hospitais e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), chegando a um investimento de R\$ 5 bilhões (LOTTA *et. al.*, 2016).

Desde a sua criação várias organizações expressaram sua opinião sobre a tomada de decisão do Governo do Brasil, principalmente a categoria médica, discutindo com ênfase especial a entrada de médicos estrangeiros para compor o quadro de profissionais de saúde do SUS. Consideraram que o programa é uma solução precária de compra ilegal de serviços médicos, afirmando que o SUS seria prejudicado pela ausência de competência necessária para atender a população brasileira (SCHANAIDER, 2014).

Segundo Campos e Pereira (2016) o PMM representa tanto uma continuidade da tentativa de concretização da Atenção Básica, quanto traça estratégias de como romper com a hegemonia hospitalocêntrica ainda impregnada no SUS.

Melo (2016) aposta que o PMM possa provocar uma reflexão sobre o papel social do médico na atenção básica, por meio da criação de oportunidades na medicina de família e comunidade e a indicação da rede básica como o centro da formação na graduação e residência.

Ainda que de alguns estudos apresentarem as contribuições do programa, ainda se faz necessário aprofundar as investigações em discussões mais macros da

política de saúde do Brasil, como a influência do programa em relação a efetivação de princípios e diretrizes do SUS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para realização desse estudo foi adotado uma abordagem qualitativa, visto que a mesma possui um caráter de compreensão subjetiva a respeito da vida cotidiana das pessoas em seus ambientes naturais (POPE; MAYS, 2009).

A estratégia de pesquisa qualitativa utilizada no estudo foi a de caso único, visto que é apropriado sempre que a pesquisa envolve questionamentos do modo como e por que e quando se pretende estudar fenômenos contemporâneos do contexto social, sem a interferência do pesquisador, contribuindo para uma maior familiaridade com o problema, pois o torna mais explícito e oferta subsídios para posteriores indagações (YIN, 2015).

Fonseca (2002, p.33) complementa que o estudo de caso:

Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. O estudo de caso pode decorrer de acordo com uma perspectiva interpretativa, que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes, ou uma perspectiva pragmática, que visa simplesmente apresentar uma perspectiva global, tanto quanto possível completa e coerente, do objeto de estudo do ponto de vista do investigador.

4.1 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no âmbito das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife que receberam médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e na sede da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. A escolha da capital do Estado de Pernambuco se deu tanto devido ao fato de ser o local de origem do projeto guarda-chuva “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, que serve de base para o presente estudo, quanto por ser a cidade que mais recebeu médicos do PMM do estado, 5% do total (NOGUEIRA *et. al.*, 2016).

Recife é uma cidade totalmente urbana com uma extensão territorial de 218,435 Km² e uma população estimada de 1.625.583, com predominância do sexo feminino e faixa etária entre 20 e 39 anos. Apresenta-se como uma cidade

heterogênea, pois áreas altamente valorizadas, do ponto de vista financeiro, dividem espaço com territórios que apresentam problemas estruturais, como por exemplo, 55% dos moradores possuem sanemaneto básico, o que reflete na complexidade de planejar as políticas e os programas sociais aplicados aos espaços dispares (BRASIL, 2016a; RECIFE, 2014).

A proposta utilizada pela cidade para organização da produção e distribuição de bens e serviços de saúde nos 94 bairros é a de divisão da sua área em Distritos Sanitários (DS). Hoje, o município possui 275 Equipes de Saúde da Saúde (Esf), distribuídas nos seus oito DS, e do total de equipes, 42 delas contam com médicos do Programa Mais Médicos (RECIFE, 2017; BRASIL, 2017).

4.2 Seleção dos participantes do estudo

A população do estudo foi composta por gestor e profissionais médicos do PMM, da cidade do Recife. A seleção dos entrevistados foi obtida de forma não probabilística e intencional. De acordo com Silva (2015), nesse tipo de amostragem o pesquisador pode julgar quais elementos podem representar bem a população.

Após contato prévio com a Secretaria de Saúde do Recife, precisamente com a Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. A mesma autorizou a realização da pesquisa (Anexo A) e indicou quais atores, poderiam contribuir com a proposta apresentada.

Os profissionais e gestores foram indicados com base nos critérios de inclusão e exclusão, são esses:

Inclusão Gestor - Gestor que trabalha diretamente com o Programa Mais Médicos ou Atenção Primária à Saúde há pelo menos 1 ano.

Inclusão Profissional – Profissionais que atuam no PMM em qualquer uma das Unidades de Saúde da Família do Recife e que esteja há pelo menos 6 meses no programa.

Exclusão Gestor - Gestores que não estejam no município em período mínimo exigido no critério de inclusão, mesmo que tenham tempo de atuação igual ou superior ao requerido, porém em outro município.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no local de trabalho do gestor e profissionais do PMM, ou seja, na sede da Secretaria de Saúde do Recife e Unidade de Saúde da Família, respectivamente. Antes do início da entrevista os mesmos foram esclarecidos sobre o teor da investigação, suas participações forma condicionadas à aceitação dos termos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Como técnica, adotamos uma entrevista semiestruturada, com questões norteadoras, pois esse tipo de instrumento possui uma base flexível que define inicialmente a área temática a ser abordada e permite que tanto o entrevistado quanto o entrevistador possam detalhar suas ideias e respostas (POPE; MAYS, 2009). Os roteiros das entrevistas são distintos, sendo um específico para os profissionais (Apêndice B) e outro para os gestores (Apêndice C).

Considerando os autores apresentados que discorreram sobre a temática integralidade, o roteiro da entrevista foi pautado na definição de Giovannella et al (2002). Em seu estudo a autora realizou revisão bibliográfica e oficinas de trabalho para a construção de um conceito composto por 4 dimensões consideradas indispensáveis para a identificação de diretrizes da integralidade na condução do sistema de saúde com a suas possíveis intervenções. As dimensões são: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de intervenção médica nos três níveis de atenção; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e 4) abordagem integral do indivíduo e famílias e suas intervenções específicas, que são: o campo da política de definição de prioridades; a organização do sistema de atenção; a gestão do sistema e cuidado individual, respectivamente. Para validar os critérios de intervenção, contatou estudiosos que possuíam expertise na área, os quais elencaram aspectos operacionais relevantes que devem estar implantados e sejam capazes de serem avaliados no sistema de saúde, para que possam considerar que o mesmo esteja ou não direcionado na perspectiva da integralidade.

Apesar da utilização do roteiro como guia, a entrevista seguiu uma proposta mais livre, permitiu-se ao entrevistado que discorresse livremente sobre o tema e inclusive incluísse assuntos que consideravam correlacionados à temática abordada.

Foram entrevistados 1 gestor da Secretaria Municipal de Saúde do Recife e 4 médicos do Programa Mais Médicos, 3 do Distrito Sanitário VII e 1 do Distrito Sanitário VIII no período de agosto a outubro de 2017. De acordo com Minayo

(2013), nesse tipo de pesquisa, a seleção dos participantes não está comprometida com a representatividade numérica e sim com a sua capacidade de representar a complexidade do objeto em estudo.

4.4 Análise dos dados

Os dados primários, obtidos por meio da audição e transcrição das entrevistas, foram submetidos à análise de conteúdo temática, conjunto de técnicas que visam à organização e a descrição objetiva e sistemática do conteúdo da comunicação com o objetivo de identificar o que está sendo apresentado sobre o tema (MINAYO, 2013). Dentre as opções disponíveis a serem utilizadas na análise de conteúdo temática, a escolha foi pela análise categórica, pois é uma técnica de condensação dos dados por meio de codificação organização temática, para uma interpretação posterior (BARDIN, 2011). Inicialmente foram feitas leituras flutuantes para identificação de trechos mais relevantes para temática abordada, seguido de leituras minuciosas extenuantes que desdobraram em temas e posteriormente em categorias embrionárias, ideais iniciais.

Para auxiliar na categorização definitiva, foi utilizado o software Nvivo 11.0, de acordo com Mozzato, Crzybovski e Texeira (2016) a ferramenta contribui para uma otimização do tempo do pesquisador e qualificação do processo de análise. Porém, a mesma, não substituiu o trabalho do pesquisador, pois o mesmo importou os dados para o Nvivo 11.0, e a medida em que foi fazendo a leitura minuciosa do corpo do texto criou nós, na perspectiva de organizar e identificar palavras-chave que contribuíram para a explicação dos objetivos da pesquisa, e posteriormente foram destrinchados em categorias definitivas.

As categorias que emergiram da análise dos dados, foram: ações de saúde executadas sem planejamento; educação em saúde distante da proposta de empoderamento do usuário; cuidado descontínuo e frágil comunicação; relação médico-usuário construída a partir da integralidade.

4.5 Aspectos éticos e legais

O presente estudo esteve em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os referenciais básicos da bioética:

autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Compromete-se, ainda a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo. Os riscos envolvidos foram considerados mínimos, relacionados com um possível constrangimento em responder questões de cunho pessoal e do âmbito do trabalho. Apesar dos profissionais médicos dos serviços e gestor municipal configurarem grupos vulneráveis em relação a presente proposta, considera-se que a participação dos mesmos foi imprescindível à realização da pesquisa e todos os cuidados e garantias foram tomados com vistas a promover as melhores condições de sigilo e privacidade. Avaliando a importância do anonimato dos entrevistados, a cada sujeito foi designado um pseudônimo como forma de resguardar sua identidade pessoal nos trechos de falas. Os nomes fictícios fazem alusão a funções, princípios e diretrizes da Atenção Básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2011.

O presente estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAEE: 30694814.1.0000.5208. Os registros de voz, previamente autorizados, foram guardados pela coordenadora da pesquisa em local seguro no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e permanecerão durante cinco anos, sendo que após este período os arquivos serão deletados.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo – Programa Mais Médicos e a integralidade em saúde: perspectiva de profissionais médicos e gestores

Introdução

O problema do provimento de profissionais médicos e a sua distribuição irregular por todo o território antecede a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e configura-se como um desafio a ser ultrapassado não só no Brasil, mas em diversos países no mundo. Cada país adota diferentes estratégias para enfrentar tal situação, e as mesmas são desenvolvidas de acordo com o perfil do sistema de saúde e as condições políticas, sociais e econômicas da Nação^{1, 2}.

No contexto brasileiro, em que saúde é um direito de todos e dever do estado e o seu sistema de saúde tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, é impensável a consolidação do SUS sem desafiar a histórica desigualdade distributiva de profissionais médicos no território, inclusive na atenção básica, principal porta de entrada da rede de saúde³.

Na literatura encontramos algumas explicações para a dificuldade de garantir e fixar médicos em algumas regiões do país e, principalmente, na atenção básica, como: vínculos trabalhistas precários, condições de trabalho precárias, vagas de residência médicas insuficientes, concentração de escolas de medicina em algumas regiões, isolamento do profissional, entre outros. Tal situação é mais grave em lugares remotos, pobres e com alto índice de vulnerabilidade social, mas também, ocorre em municípios considerados prósperos^{4,5}.

Durante a trajetória de saúde no Brasil as políticas e estratégias adotadas para atenuar a insuficiente e desordenada provisão de profissionais médicos foram pouco eficazes. Só no ano de 2000 em diante observou-se um planejamento mais estratégico que envolvia ações em diversas frentes como: valorização do profissional quanto ao salário, condições de trabalho e capacitação, ampliação do número de vagas nos cursos de medicina e mudança da base curricular⁶.

Nesse contexto, ainda sem ações efetivas, e na perspectiva de atender as reivindicações sociais e políticas, institui-se o Programa Mais Médico (PMM), em 2013. Com o intuito de cumprir o papel Constitucional do SUS de ordenar e formar recursos humanos na área da saúde, o programa foi pensando em três eixos

estratégicos: formação para o SUS; melhoria da infraestrutura das UBS; e provimento emergencial de médicos^{7,8}.

Durante o percurso de elaboração e pós-institucionalização do PMM diversas entidades se manifestaram contra a medida tomada, afirmando que a entrada de médicos estrangeiros e o aumento do número de vagas em escolas médicas são ações insensatas e expõem principalmente a população mais carente à profissionais desqualificados e descontextualizados do sistema de saúde brasileiro e das condições socioeconômicas e sanitárias do país⁹.

A crítica também se concentrou na base quantitativa utilizada para construção do programa, pois afirmam ter sido um diagnóstico simplório e reducionista da situação da atenção básica no Brasil e que a demografia médica vai muito além de números¹⁰.

No decorrer dos quase cinco anos de existência do Programa Mais Médicos, o mesmo foi objetivo de diversas pesquisas, por exemplo, quando usuários afirmam que a sua implantação é um avanço para o SUS e possibilitou acesso aos médicos, uma vez que isso era um problema histórico, principalmente em regiões vulneráveis e a permanência dos mesmos nas unidades, por um tempo mais prolongado, permite a continuidade do cuidado e um conhecimento das peculiaridades da população^{11,12}.

O acesso dos usuários foi amplamente discutido por diversas produções científicas sobre o programa, principalmente em suas fases iniciais, mas no decorrer das etapas faz-se necessários investir em pesquisas que vislumbram a sua capacidade de contribuir para efetivação de outros princípios do SUS, como equidade e integralidade. Esse último considerado o mais difícil de ser alcançado, bem como o que menos recebeu atenção das autoridades sanitárias na elaboração de políticas públicas em saúde^{13,14}.

Talvez, a pouca utilização do princípio da integralidade e seus conceitos como orientador das práticas de saúde esteja atrelada a complexidade que é a compreensão e a consolidação do mesmo, pois significa efetivar a saúde como uma questão de cidadania, atrelando o desenvolvimento e reconhecimento do sujeito à operacionalização e organização dos serviços da rede de atenção, na perspectiva da promoção, prevenção e recuperação da saúde^{15,16}.

Diante deste cenário, o artigo tem por objetivo suscitar a discussão sobre o potencial do PMM para efetivação da integralidade nos serviços de APS e rede de atenção à saúde, na perspectiva de gestores e profissionais do PMM.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa¹⁷, no município de Recife, no Estado de Pernambuco, pois a mesma foi à cidade que mais recebeu médicos do PMM do estado, 5% do total¹⁸. O estudo foi realizado no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife e nas unidades de Equipe de Saúde da Família que receberam médicos do Programa Mais Médicos.

Os participantes da pesquisa foram gestores e profissionais médicos do PMM inclusos mediante os seguintes critérios: gestores que trabalhavam diretamente com o Programa Mais Médicos ou Atenção Primária à Saúde há pelo menos 1 ano e profissionais que atuam no PMM em qualquer uma das Unidades de Saúde da Família do Recife e que estivessem há pelo menos 6 meses no programa. Excluíram-se os gestores que não estavam no município em período mínimo exigido no critério de inclusão, mesmo que tenham tempo de atuação igual ou superior ao requerido, porém em outro município.

A seleção dos gestores e profissionais se deu de forma não probabilística e intencional, após contato prévio com a Secretaria de Saúde do Recife, a mesma indicou quais atores poderiam contribuir com a proposta apresentada, o que pode ser considerado um ponto de fragilidade do estudo. Foram entrevistados 1 gestor e 4 médicos.

Para a coleta de dados, utilizamos uma entrevista individual semiestruturada. Diante da complexidade e abrangência da temática, sua composição foi pautada na integralidade pensada por Giovanella, pois a autora construiu um instrumento que permite avaliar as diretrizes da integralidade associada a gestão de saúde, culminando na afirmativa de que a mesma possui quatro dimensões, as quais podem ser analisadas de acordo com as suas intervenções específicas¹⁹. A entrevista foi realizada no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife e nas dependências das unidades em que os profissionais trabalhavam, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O material foi submetido à técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas sugeridas por Bardin²⁰: pré-análise, exploração do material, tratamento e

interpretação dos resultados. Na execução da etapa de análise, utilizou-se, como ferramenta de apoio, o software Nvivo 11, procedendo, assim, à sistematização e categorização das informações e a análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

A análise resultou em 4 categorias: ações de saúde executadas sem planejamento; educação em saúde distante da proposta de empoderamento do usuário; cuidado descontínuo e frágil comunicação; relação médico-usuário construída a partir da integralidade.

O presente estudo esteve em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco com CAEE: 30694814.1.0000.5208. Entendendo a relevância do anonimato dos entrevistados, a cada um foi designado um pseudônimo, que faz referência a Atenção Básica, como forma de resguardar sua identidade pessoal nos trechos de falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, participaram da pesquisa cinco sujeitos (4 médicos e 1 gestor). Dentre os entrevistados, dois são do sexo feminino e três do sexo masculino com idades variando de 30 a 69 anos. Em relação aos profissionais médicos, a nacionalidade e a formação são de países distintos como: Brasil, Espanha, Uruguai e Venezuela.

O tempo de atuação como profissionais de saúde, tanto os médicos quanto o gestor, varia de três a trinta e dois anos, e no Sistema Único de Saúde iguala-se ao tempo no Programa Mais Médicos, exceto o gestor que já ultrapassa 30 anos. Todos possuem Especialização em Saúde da Família.

Com a contribuição dos participantes, alcançaram-se as categorias a seguir:

Ações de saúde executadas sem planejamento

Em toda a atividade exercida em grupo ou não, seja ela qual for à finalidade, o planejamento, monitoramento e avaliação devem estar imbricados no cotidiano, pois facilitam e contribuem para um andamento adequado das ações, alcance dos objetivos e otimização do tempo dedicado ²¹.

Para garantir que as atividades desenvolvidas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família sejam pautadas na perspectiva da saúde integral, seria importante, inclusive, que utilizassem não apenas indicadores de saúde, mas também indicadores sociais e ambientais. Pois assim, poderiam garantir aos usuários de forma articulada e integrada ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde¹⁹.

Os profissionais entrevistados afirmam que não há um hábito individual ou coletivo da Equipe de Saúde da Família em definir ou monitorar indicadores de suas atividades e que as prioridades das ações de saúde são realizadas em conformidade com suas percepções, em diversas situações na tentativa de amenizar surtos e não na perspectiva da promoção e prevenção:

[...] então, não posso dizer que faço. Dá para fazer, dá para você fazer uma estatística e você sacar, é, quantos pacientes utilizam remédios controlados, quantos pacientes estão em desmame. Dá, dá pra fazer, eu particularmente não faço, mas dá pra fazer. Tem estatística para você. [...] a gente, por exemplo, nosso grupo, a gente não faz. Mas, dá pra fazer, dá, dá. Algumas doenças dão pra fazer (Ser base).

[...] então a partir disso e o do relato dos agentes de saúde do que está acontecendo, dos casos, a gente monta essas atividades de acordo com a demanda de consulta, com os relatos dos agentes e com os relatos dos próprios usuários (Ser resolutive).

[...] certo, é, eu faço análises, eu faço análises de indicadores, por exemplo, quando surgiu o surto de chikungunya, eu tenho aí na minha sala os mapas, coeto mapas dos mapas da área onde tinha marcado os casos de maior incidência de chikungunya, zica e dengue dos pacientes que chegavam aqui, pra que? Pra na segunda etapa fazer atividades com ACS e enfermeiros na área (Ordenar as redes).

O conhecimento empírico, sistema que tem como base e guia a experiência vivida pelos indivíduos, é essencial para manter a prática da medicina. É um facilitador na criação de vínculos médico-paciente e auxilia na tomada de decisões, condução da consulta e tratamento e possibilita conhecer hábitos locais²². Porém, a disponibilidade de informação baseada em dados válidos e confiáveis é imprescindível para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde²¹.

A gestão reconhece que há uma resistência dos profissionais em preencher e, conseqüentemente, utilizar indicadores como ferramenta que embasa os planejamentos na equipe:

[...] temos uma sala de situação, apesar de que algumas equipes são resistentes ao preenchimento. São alguns indicadores considerados prioritários pela gestão como mortalidade infantil, número de gestantes, consultas de pré-natal, a questão do Mãe Coruja^(a) que trabalha com áreas mais vulneráveis, microcefalia, notificação de casos e óbitos (Coordenar a integralidade).

Entende-se que há indicadores que são prioridades não só para a Secretaria Municipal de Saúde, como também para a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, pois conseguem refletir mais fidedignamente a realidade sanitária. Porém, é necessário um olhar mais harmônico da gestão quanto às peculiaridades locais, inclusive oferecendo suporte técnico e incentivando as equipes na construção de indicadores que reflitam a realidade da sua população²². Quando não há interlocução entre o profissional e a gestão em relação ao que se produz, em termos de informação, as mesmas permanecem no campo teórico e não é utilizado na prática, como pode ser visto na fala a seguir:

[...] Geralmente o município traz pra gente, geralmente. Sim, já. Já trouxeram. “Oh, temos tantos casos de gestante com tal coisa, vamos investigar” “Temos tantos caso de” sei lá de, “Vamos investigar” “Temos tantos casos de”. Eles trazem pra gente, pra gente focar [...] (Ser base).

[...] A gente tem um reunião distrital de tempos em tempos, são mostrado os indicadores, junta os indicadores daqui e depois compara com outras unidades. Mas eu acho, a minha visão mais fundamental, os indicadores daqui da própria unidade, que a gente tem como controlar, para quê saber de outra? Tem indicador que nem é interessante para a unidade, mas eles trazem. [...] (Ser resolutiva).

Dessa forma, é preciso um alinhamento dos indicadores estratégicos propostos com a contextualização do ambiente em que o mesmo foi extraído, explanando os pontos fortes e fracos dos atores envolvidos e as adiversidades das ferramentas de trabalho e administrativas da rede de saúde. Pode-se, assim, despertar a busca pelo conhecimento baseado em dados, atrelando-os a prática de planejamento em saúde.

Embora ainda existam lacunas na comunicação dos profissionais com a gestão quanto à utilização dos dados levantados e as prioridades das ações, os atores compreendem que a estratégia a ser utilizada no âmbito da unidade de saúde é a educação em saúde, como poderá ser observado.

^(a) Refere-se ao Programa Mãe Coruja Pernambucana, que tem como objetivo garantir uma gestação de qualidade e um bom período posterior ao parto às mulheres, e às crianças o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

Educação em saúde distante da proposta de empoderamento do usuário

A compreensão adotada no estudo para a Educação em Saúde, é um conjunto de práticas adotadas na expectativa de colaborar para o aumento da autonomia dos usuários em relação ao autocuidado e estreitar as relações dos mesmos com os profissionais e gestores, consequentemente, contribuindo para uma atenção a saúde mais condizente com a realidade da população²³. Dentre as falas dos entrevistados encontramos a educação em saúde imbricada no cotidiano das equipes, como pode ser visto nos fragmentos de fala a seguir:

[...] Nosso maior desafio aqui é educação e saúde pra as pessoas se conscientizarem de cuidar de sua própria saúde, porque não adianta a gente está aqui, fazer a consulta fazer interconsulta com outro especialista, entendeu? Passar a medicação e o paciente não ter a responsabilidade de tomar a medicação. Então, eu acho que um dos maiores desafios que eu sinto aqui é o paciente com o próprio cuidado (Ser resolutive).

[...] No Mais Médicos a gente tem profissionais que se dispõem a fazer esse tipo de atividade, a gente tem, assim, um grupo de pessoas dentro do programa que se destacam fazendo essas atividades, isso deveria ser rotina de todos e não de um grupo que vem de fora [...] (Coordenar a integralidade).

Contudo, a educação em saúde proposta por esses profissionais ainda se mantêm muito tradicional e dissociada da educação popular, mesmo que em diversos momentos essas atividades sejam realizadas diretamente no território, o que pode atribuir para um sentido de valorização da comunidade:

[...] Muitas vezes eu dou palestra, a enfermeira dá palestra, fazemos ações como o outubro rosa, a gente, como chama? Faz orientações sobre como se prever o câncer de mama, chega novembro e a gente vai com ações sobre a prevenção do câncer de próstata. E fora desses meses a gente também sempre faz. Palestra sobre dengue, palestra sobre algumas outras epidemias, sobre doenças sexuais, sexualmente transmissíveis, a gente sempre faz, Eu já dei aula, eu oriento os pacientes. Eu sempre participo (Ser base).

[...] Pelo fato de realizar atividade na comunidade, você tem uma visão mais ampla do que está acontecendo, do que se passa na própria comunidade, entendeu? (Ser resolutive).

[...] E a gente faz atividades, reuniões sobre determinados assuntos, pode ser esse curso que a gente falou, pode ser em novembro a gente sempre faz palestras sobre a saúde do homem, saúde da mulher, hipertensão, diabetes e a gente vai, sai daqui, né? Vai à igreja, em diferentes lugares da nossa área para aquelas pessoas que tem dificuldade (Ordenar as redes).

A educação popular seria a melhor proposta a ser dotada no território, porque traz uma perspectiva de usuário ativo e consciente de seus direitos em saúde,

favorece a inclusão de múltiplos saberes e um dialogo permanente entre atores sociais envolvidos na construção de propostas na saúde, no intuito de torná-las eficazes e harmonicas com as realidades sociais dos diversos grupos²⁴.

A maioria dos trabalhadores da saúde considera a transferência de informações como uma prática de educação em saúde, ou seja, apenas transferem o consultório para o território e acreditam, com isso, que favoreçam a participação e o empoderamento da sociedade²⁵. Em alguns momentos essas atividades podem ser desenvolvidas sem planejamento e de acordo com as circunstâncias:

[...] Depende do que está acontecendo, a dengue, na epidemia a gente saía, procurava e tal. Quando tinha, como chama? Pacientes com TB. Então o que tá acontecendo?, então vamos fazer um, vamos fazer em TB. Em hanseníase a gente já fez, sabe? Depende da doença que esteja acontecendo a epidemia ou não, a gente faz essas ações (Ser base).

[...] Sempre fazendo atividades extras que não são aqui na unidade, mais de educação em saúde, entendeu? (Ser resolutiva).

Para a efetivação da educação em saúde como instrumento do processo de trabalho é imprescindível o envolvimento dos três segmentos prioritários: os profissionais da saúde, a população e os gestores. Porém, existem alguns obstáculos que podem impedir a sua concretização, como: profissionais não capacitados para desenvolver práticas na perspectiva emancipatória e dialógica e falta de estrutura e material adequado e apoio e orientação da gestão²⁵. Sendo este último enfatizado durante a entrevista com os profissionais:

[...] Eu iniciei um curso aqui, o ano passado, um curso de, para pais, um curso de capacitação para pais em relação ao desenvolvimento e crescimento de crianças, desde cedo, nascimento, recém-nascidos até adolescência, 20 anos, e foi um curso que durou 3 meses. 3 meses, onde participou nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, quem organizou isso? Fomos nós. Na hora que a gente pediu apoio, não tem recurso, não temos como. Porque eu, eu entrego o projeto escrito, pra analisar lá, tanto no distrito como na secretaria municipal, então tudo, tudo está escrito, pra analisar, pra ver o que pode ser modificado, mudar, o que pode mudar, mas nesse ponto a única coisa que eu recebi é “vá em frente”. Mas na hora que você pensa em apoio, você pensa em apoio institucional, claro, você tá certo! A gente tá apoiando essa iniciativa, vamos em frente! Eu te apoio! Mas você se sente como, muito perdido, né? (Ordenar as redes).

A educação em saúde é considerada um dos critérios relevantes e aplicáveis para a avaliação da efetivação da integralidade, porém deve ser compreendida não apenas como atividades realizadas no cotidiano das unidades, mas como uma forma de adequar os programas, por vezes verticalizados, do Ministério da Saúde ao contexto local. As atividades desenvolvidas podem ser também por meio da criação

de Programas Municipais, porém tanto os programas quanto as ações diárias devem estar pautadas na lógica da promoção da saúde e articuladas com a proteção específica¹⁹.

Cuidado descontinuo e frágil comunicação

A integralidade do cuidado depende de uma rede organizada e articulada para atender o usuário quanto à promoção, prevenção e recuperação da saúde, de preferência, sendo a atenção básica a porta de entrada²⁶.

Algumas ferramentas podem ser utilizadas para garantir o fluxo do usuário na rede de saúde, como: uma comunicação formal entre os profissionais da rede por meio de referência e contrarreferência, funcionamento adequado de centrais de regulação/marcação, utilização de protocolos²⁶.

Tanto a referência como a contrarreferência devem seguir com informações formais sobre o usuário. Alguns estudos já identificaram omissões ou completa ausência de informações quanto à situação de saúde e a conduta tomada ou a ser adotada com o usuário no fluxo, principalmente no que se refere ao contra-fluxo²⁶.

No presente estudo também foram encontradas representações dessa comunicação deficitária:

Uma falta grave que existe é a contrarreferência. A gente não tem contrarreferência. É excepcional as vezes que eu tenho contrarreferência, mas isso eu, o distrito já está ciente disso. Através do mesmo, do próprio encaminhamento. Manda pelo usuário e na parte de baixo do encaminhamento, figura a contrarreferência. Ou às vezes, também, é uma exceção, é como, através de um receituário especifica quais são as condutas (Ordenar as redes).

Contrarreferencia é muito raro, às vezes chega, mas muito, muito raro que chega uma contrarreferência, no qual me parece uma falta de disciplina, já não digo falta de respeito, falta de disciplina por parte do médico, porque é disciplina saber o que tem que fazer, o correto é mandar a contrarreferência se eu mando para qualquer hospital com um bilhete explicando porque estou mandando. Não posso mandar assim "Vai ao hospital" (Coordenar o cuidado).

Para Ferreira *et al*²⁷, a Atenção Primária à Saúde deve ser, preferencialmente, o ponto central de articulação com os demais estabelecimentos da rede, para tanto deve-se lançar mão de instrumentos que viabilizem a efetivação dessa integração, como os protocolos clínicos e regulatórios atrelados ao planejamento da rede numa perspectiva humanizadora.

No presente estudo, identifica-se uma carência em relação à discussão dos protocolos municipais e o fluxo de encaminhamento do usuário na rede, em alguns momentos, reduzem-os a classificação de risco. O emprego da classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família garante uma segurança à equipe e o exercício dos princípios do SUS, porém, não deve ocorrer embasado apenas sob a ótica do profissional de saúde e sem critérios objetivos de avaliação²⁸.

Em alguns distritos eu soube que eles trouxeram a experiência de alguns protocolos e fazem propostas, eu sei que em alguns lugares houve algumas adaptações [...] (Coordenar a integralidade).

Critérios de encaminhamento, não. Esse protocolo é mais a gente que faz a avaliação e vê a necessidade do paciente ir ou não (Ser resolutive).

Claro, existe toda uma classificação na hora de você encaminhar o paciente, classificação com cores: azul, vermelho, amarelo, verde esse tipo de classificação está especificado no mesmo formulário dos encaminhamentos, isso na hora de encaminhar. Agora a definição de encaminhamento se o paciente é encaminhado ou não é encaminhado depende da conduta medica, se precisa ou não precisa depende da conduta (Ordenar as redes).

A regulação e organização da demanda e oferta de serviços são vistos como processo burocrático, em que não há espaço para diálogo com a rede e gestores.

Ele mesmo marca o encaminhamento aqui na unidade, tem a menina que é da regulação que ela faz a marcação desse encaminhamento, então é tudo pelo sistema da marcação da unidade, quando, coloca um código, depois o paciente volta aqui pra ver essa marcação que dia foi e o local e esse paciente vai no dia marcado pra essa consulta (Ser resolutive).

Mudanças mais simples como mudanças em relação a marcação e consulta, se vocês conversarem com os usuários, deve ser uma das reclamações que existem. Olha, eu fiz tudo que vocês imaginam aqui nesse posto, tudo que vocês imaginam, até foi um trabalho de apresentação de final de curso, de humanização para marcação, para facilitar o acesso ao sistema, eu nunca recebi o apoio. “Não faça”, simples, “não faça isso”, “ não se complique”. Então você escuta isso, tá? (Ordenar as redes).

A descontinuidade do cuidado pode, além disso, ser influenciada por outros aspectos que não só a comunicação deficitária e a visão burocrática do caminho percorrido pelo usuário na rede, mas também pelo excesso da demanda, devido à ausência/deficiência de protocolos, e a falta de serviço na rede²⁹. Os participantes da pesquisa corroboraram com essa afirmativa:

Então, eu vejo as dificuldades que esses pacientes enfrentam depois que ele começa a batalha pra conseguir, por exemplo, um exame diagnóstico, ou uma medicação, por exemplo, então tudo isso interfere no cuidado do paciente, entendeu? (Ser resolutive)

A demora, a demora. Depende da especialidade e dependendo do exame. Por exemplo, eu tenho pacientes com solicitação de avaliação da neurologia

que demoraram mais de 1 ano e meio para consulta com neurologista (Ordenar as redes).

Em relação a alguns exames nos temos algumas dificuldades, em relação a alguns especialistas há um estrangulamento e você não consegue contratar (Coordenar a integralidade).

Esta última expressão retrata a realidade da maioria, se não a totalidade, dos municípios brasileiros que afirmam que há limitação de recursos financeiros e de quantitativo de profissionais na rede de saúde, o que exige cooperação e planejamento dos entes federativos na perspectiva de garantir de forma quantitativa e qualitativa acesso aos serviços da rede de saúde³⁰.

Para a construção de uma rede articulada e inteligente, com o intuito de cuidar das pessoas, deve-se criar condições que permitam a aproximação, o diálogo e trocas entre as unidades da rede de atenção à saúde³¹. Essa construção coletiva, deve ser pautada na compreensão da realidade e dos dispositivos existentes sob a proposta de atender a globalidade em saúde.

É importante a intervenção da gestão para introduzir e fortalecer a comunicação entre e com os profissionais de saúde, pois, só assim, terão avanços nos mecanismos de planejamento e ações relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde pautados na integralidade do cuidado à saúde da população³². Contudo, comprometendo-se com a organização da rede de atenção a saúde, através do fortalecimento da atenção básica e garantia de ingresso do usuário aos serviços de média e alta densidade, qualificando o processo de referência e contrarreferência³³.

Relação médico-usuário construída a partir da integralidade

Ainda que exista um predomínio do modelo de atenção biológico, que é fragmentado, na rede do Sistema Único de Saúde, ao reportarmos ao vínculo médico-usuário e o olhar biopsicossocial para com o indivíduo, que é considerado como a base para efetividade do cuidado em saúde³⁴, pode-se identificar essa visão na fala dos profissionais entrevistados:

Você tem que entender a situação que vive as pessoas para poder ajudar de fato (Ser base).

Sempre pergunto de que trabalha, quanto demora pra ir ao trabalho, quantos transportes pega, porque penso que isso é uma parte da saúde também, não sei se todos tem essa ideia que a saúde é integral, a verdadeira saúde é

integral, que é um estilo de vida e o desgaste que pode ser produzido pelo trabalho da pessoa (Coordenar o cuidado).

Porque, por exemplo, do hiperdia, que vem hipertenso e diabético, só que esse paciente não é só hipertenso e diabético, ele tem muitas co-morbidades mais; ele tem problema familiar, ele sabe o que tá acontecendo na casa, e a partir do momento que você faz contato diretamente com ele e sabe o que tá acontecendo, ele abre, você, abre um panorama um leque de visões que você aqui na unidade, você não tem (Ser resolutiva).

Um dos critérios tido como importante para uma atenção integral ao indivíduo é o reconhecimento do ambiente em que o mesmo vive, seja por meio de visitas domiciliares, atividades de educação em saúde nos espaços da comunidade ou, até mesmo, integrando as atividades cotidianas do profissional à dinâmica de serviços existentes na área da população adstrita. Essa é uma prática realizada pelos médicos do programa:

[...] Aqui há bastante trabalho com a escola, porque a escola fica aqui em frente, então há bastante comunicação. Eu acho muito importante, muito interessante porque você conhece as pessoas ao seu entorno, se for problemática, se for mal de vida, a moradia, as características também, aí algumas casas são bastante boas, outras ruins, então você já une e vai fazendo uma ideia, quando as pessoas vem ao consultório você já lembra a situação dessas pessoas (Coordenar o cuidado).

[...] normalmente eles ficam integral, às vezes saem para almoçar dentro da própria comunidade e isso aproxima muito, não é? O profissional da clientela do saúde da família, eu acho que é muito positivo (Coordenar a integralidade).

Outros aspectos identificados durante as entrevistas são as experiências e a formação acadêmica desses profissionais em seus países de origem, pois se atentam a uma visão holística desde os primeiros contatos com os usuários, inclusive reconhecendo a introdução de práticas alternativas à medicina tradicional. O acompanhamento, as rodas de discussão e os cursos que são feitos pelos médicos em parceria com os seus tutores, também foi citado como algo positivo na garantia de uma visão mais ampla do usuário.

Não é só olhar pra cara dele, tô com isso e passar tal remédio, entendeu? Não! É muito mais amplo, e o Mais Médicos abrange isso. Então, acho que é uma construção, é uma coisa que tinha que ser expandido para mais equipes e pra mais população. [...] mas eu acho que o Mais Médicos e a nossa equipe, a gente tem, não sei se é liberdade, mas um maior contato. Eu tenho uma visão diferente do que é a medicina, pelo fato de ter me formado no exterior eu acho que a gente tem uma visão muito maior do que é a humanização no trabalho (Ser resolutiva).

Quando eles entram é com outro olhar, outro tipo de dedicação ao serviço e o tempo de permanência dentro da unidade é diferente. [...] eu sei que em

alguns lugares houve algumas adaptações, a proposta da farmácia viva, do uso de terapias alternativas (Coordenar a integralidade).

A gente tem um coordenador, que ele é como supervisor, que ele é nosso amigo, ele fica muito em contato com a gente, todo tempo, pelo menos 2 vezes ao mês ele entra em contato com a gente pra saber como estão as coisa e tal, programa atividades de ensino também para atualização, a gente tem atividade de ensino contínuo, né? Que a gente cumpre, de fato no nosso horário, tá, é estabelecido que a gente tem 8 horas para estudo, o primeiro ano foi especialização em saúde da família e depois já foi curso, curso, curso que a gente foi fazendo (Ser base).

[...] eu costumo olhar bem, escrever no prontuário no computador no final, afinal cada paciente cabe no mínimo de 15 a 20 minutos (Coordenar o cuidado).

Considerando as diversas atividades desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, o cuidado pautado na visão integral do indivíduo, respeitando a subjetividade das suas expectativas, atrelado ao comprometimento profissional é imprescindível para a uma boa relação entre os usuários e os serviços de saúde³⁴.

No geral, os profissionais do programa demonstram ter uma sensibilidade em entender o usuário dentro do contexto em que está inserido e uma preocupação em acrescentar esse conhecimento na relação cotidiana. A proposta de ter uma carga horária definida e uma rede de apoio dos níveis federativos e instituição de ensino, que por vezes pode não ser a ideal, mas existe, contribui para manutenção de uma visão global do cuidado.

Ainda que a relação médico-usuário esteja pautada na ótica da integralidade, é imprescindível que o gestor esteja atento a necessidade de enfrentamento dos problemas rotineiros dos serviços de saúde como: dificuldade no agendamento de exames, entraves no processo de referência e contrarreferência e sobretudo as vulnerabilidades da rede de saúde³⁵.

REFERÊNCIAS

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. 2009; (44):13-34.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19 (54): 623-634.
3. Mendonça FF, Mattos LFA, Oliveira EBD, Domingos CM, Okamura CT, Carvalho BG, et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21 (9): 2907-2915.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2697-2708.
5. Araújo CA, Michelotti FC, Ramos TKS. Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) to the More Doctors Program in 2016. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(1): 1217-28.
6. Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate* 2013; 37 (98): 372-387.
7. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 23 out 2013; 1 (122): 1.
8. Santos MPS, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(11): 3547-3552.
9. Cunha RRC. Entidades médicas de Goiás anunciam mobilização em defesa da classe médica. Brasília: CFM; 2014.
10. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Conselho Regional de Medicina; 2015. 284 p.
11. Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, Cunha ATB, Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2861-2869.
12. Liz RG, Lima RCGS. Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: um estudo de caso. *Interface – Comunicação, saúde e educação* 2017; 21(Supl.1): 1181-92.

13. Vaitsman J, Moreira MR, Costa NR. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (3): 899-901.
14. Ayres JR de CM, Kalichman AO. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32 (8): e00183415.
15. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [homepage na internet]. Integralidade [acesso em 13 fev 2018]. Disponível em: <<http://www.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>.
16. Aith F, Bujdoso Y, Nascimento PR, Dallari SG. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. *Revista de Direito Sanitário* 2014; 15 (1): 10-39.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
18. NOGUEIRA, P. T. A. *et. al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 2, n. 9, p. 2889-2898, 2016.
19. GIOVANELLA, L. *et. al.* Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.
20. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a saúde – Ripsa. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília 2. Ed: 349. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
22. Paes LG, Bellato TMS, Machado BP, Lima SBS, O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFSM* 2015; 5(1): 40-49.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.
24. Sousa FR. Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS. *Interface* (2014); 18 (2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0406> .

25. Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHLM. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface*. 2015; 18 (2). Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832014000701389&script=sci_abstract&tlng=en#
26. Texeira IA. Sistema de referência e contrarreferência: importante ferramenta na Integralidade da Atenção Básica: estudo e projeto de intervenção para o município de Cruz Alta/RS. Porto Alegre. Monografia [Especialização em Saúde da Família e Comunidade: Atenção, Gestão e Processos Educacionais] - Grupo Hospitalar Conceição – IFRS; 26 p. 2014.
27. Ferreira JBB, Caldas DC, Santos LL, Ribeiro LC, Chaves LD. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, 2016; 11(38):1-12.
28. Roncato PAZB, Roxo CO, Benites DF. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 2012; 56 (4): 308-313.
29. Menozzi KABS. O sistema de referência e contrarreferência no contexto da equipe multiprofissional de saúde. Botucatu [Dissertação em Mestrado Profissional de Enfermagem] – Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.
30. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2016; 24(1): 49-54. Disponível em: www.scielo.br/pdf/cadsc/.../1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf.
31. Soares GF. Os centros de especialidades odontológicas e o acesso aos serviços odontológicos especializados: o atual panorama. Minas Gerais [Especialização em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
32. Carmo D. Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados. São Paulo [Dissertação em Saúde pública] – Faculdade de Saúde Pública; 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-30082017-142904/pt-br.php>
33. Cunha KS, Kahl C, Koerich C, Lanzoni GMM, Erdmann AL, Meirelles BHS. Revascularização miocárdica: fatores intervenientes na referência e contrarreferência. *Ver. Bras. Enferm.* 2018; 71(4): 1817 – 24.
34. Machado FA, Venturini RR, Manzan ALA, Silva GR. Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, 2015; 10(37):1-11.
35. Pereira LL, Pacheco L. The challenges faced by the More Doctors Program in Providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. *Interface (botucatu)*. 2017; 21 (Supl.1): 1181 – 92.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tão complexo quanto definir e executar a integralidade na rede de serviços de saúde é entender se programas e políticas de saúde adotadas no sistema possuem relação ou contribuem para efetivação da mesma.

O presente estudo não tem a pretensão de generalizar as possíveis conclusões extraídas das contribuições prestadas pelos respondentes, mas sim, trazer um caráter mais indicativo de como se dá a introdução do Programa Mais Médicos no sistema de saúde na perspectiva da integralidade e a relação com a gestão.

No contexto geral, tanto os profissionais do PMM quanto os gestores compreendem traços do que significa integralidade e reconhecem-nos no desenvolvimento das atividades cotidianas da Estratégia de saúde da família, principalmente no campo mais focal da relação médico-usuário. Porém, apreciando a perspectiva da definição de prioridades no território e as relações da rede de serviços, observa-se velhas problemáticas existentes, antes mesmo da introdução dos profissionais do programa, como, dificuldade na garantia de atenção nos serviços de maior densidade tecnológica que a atenção básica e prioridades pautadas fortemente na recuperação e não na promoção e prevenção da saúde.

Algumas situações como melhorias na comunicação da rede, implantação de programas e ações com base no planejamento e na visão da promoção da saúde poderiam ser acentuadas se a gestão e os profissionais do PMM estreitassem as relações e ouvissem mais um ao outro, inclusive trazendo o ponto de vista dos médicos com suas experiências prévias, de formação e profissional, e compartilhando com a rede.

Em linhas gerais e considerando os critérios adotados na presente pesquisa para entender a contribuição do PMM, o mesmo já foi criado com a proposta de imbricar traços de integralidade nos sistemas municipais de saúde, pois possibilitou o acesso dos usuários aos profissionais e, conseqüentemente, facilitar a atuação da atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. A própria proposta de educação continuada com os profissionais e acompanhamento de tutores, mantém vivo o compromisso dos médicos com a proposta do programa.

Para manter consolidado tal compromisso é importante que os gestores adotem posturas inovadoras e se reconheçam enquanto sujeitos do cuidado, construam um projeto assistencial comum que atenda as necessidades de articulação das ações e propicie a todos os profissionais, mais médicos ou não, oportunidade de discutir o planejamento, a construção e a execução das atividades na rede de saúde.

Contudo, diante dos avanços encontrados com o PMM e das propostas apontadas para o seu aprofundamento, faz-se necessário o tensionamento por parte dos seguimentos sociais na perspectiva de garantir a sustentabilidade dessas melhorias, discutindo de forma estrutural políticas e ações governamentais que garantam acesso com qualidade aos usuários.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. A. M. *et al.* Percepções de gestores municipais de saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do programa mais médicos. **Interface - Comunicação Saúde e Educação**. Botucatu, v. 21, n.1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>. Acesso em; 11 fev.2019

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health, Rural and Regional Health Austrália. Rural Health Workforce Strategy (RHWS) Incentive Programs [Internet]. **Canberra: Department of Health**, 2016. Disponível em: http://www.ruralhealthaustralia.gov.au/internet/rha/publishing.nsf/Content/RHWS_inc_entiv_programs. Acesso em: 10 dez. 2016.

AYRES, J. R. de C.M; KALICHMAN, A. O. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.32, n.8 , 2016. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001. Acesso em: 21 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. BRASIL.

BRASIL. **Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências, 1976.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**. 2011a. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7165:ipea-divulga-percepcao-social-sobre-a-saude-no-brasil&catid=4:presidencia&Itemid=2. Acesso: 21 nov. 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087 de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011b. Seção 1, p.92.

Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, n.1, 23 out. 2013a. Seção 1.

BRASIL. Nos últimos 10 anos o Brasil tem Déficit de 54 mil médicos. **Portal da saúde [internet]** de 02 de jul. 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/medicos/mais-sobre-medicos?start=5>. Acesso em: 21 mar. 2017

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **IBGE Cidades**, 2016a.

Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160&search=pernambuco|recife>. Acesso em: 13 abr. de 2017.

BRASIL. Programa Mais Médicos. **Governo Federal**, 2017. Disponível em:

<http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>. Acesso em: 13 abr. de 2017.

CAMPOS, G. W. S; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2655-2663, 2016.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface - Comunicação Saúde e Educação**. Botucatu, v. 17, n.47, p. 913-26, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>. Acesso em 07 jan. 2017.

CECILIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p.113-126.

COMES, Y. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, p. 2739-2748, 2016.

COMES, Y. *et. al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9, p. 2729-2738, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: **CREMESP-CFM**, 2011.118 p. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

FISCHMANN, A. Médicos por mil habitantes, quantos? **Revista Sul 21 [internet]**, 17 jul. 2013. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/medicos-por-mil-habitantes-quantos-por-airton-fischmann/>. Acesso em: 21 mar. 2017.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002. Apostila.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. Blog 21 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/>. Acesso em: 03 dez. 2016.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. de. Atenção Primária Integral e Sistemas Segmentados de Saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n.2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>. Acesso em: 11 abr.2017.

GIOVANELLA, L.; SANTOS, A. D. dos. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300708. Acesso em: 21 nov. 2016.

GIOVANELLA, L. *et. al.* Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das interações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n.9, p. 2749-2759, 2016.

LIMA, R.T. S. et al. A atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902685&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 mai. 2017.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2761-2772, 2016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf. Acesso em: 03 mar 2017.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro, **Editora Fiocruz**, 205 pp, 2008.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.).

Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 n. 9, p. 2672-2674, 2016.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: **Hucitec/ABRASCO**, 13^a. ed.,2013.

MIRANDA, A. S.; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2761-2772, 2016.

MORAES, D. R. Revisitando as concepções de integralidade. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, 2006.

MOZZATO, A.; GRZYBOVSKI, D.; TEIXEIRA, A. Análises Qualitativas nos estudos organizacionais: as vantagens no uso do software NVivo. **Revista Alcance**, 23(4), 578-587.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NOGUEIRA, P. T. A. *et. al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 9, p. 2889-2898, 2016.

PACHECO, F. L. **Modelo de avaliação da organização dos serviços na perspectiva da integralidade.** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2012.

PAGLIOSA, F. L.;ROS, M. A. da.O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n.4, p.492 – 499, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro: **Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco**, 2004.

POPE, C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3º edição. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde, 2017. Disponível em:
<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Disponível em:
http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2015_revisto_menor.pdf acesso 12/02/2019. Acesso em: 12 fev. 2019

RODRIGUES, P. H. A. et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147 – 1166, 2013.

SANTOS, S. M. S. et al. Estratégia de Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. **Reme- Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 14, n.4, p. 499-508, out./dez. 2010. Disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/143>. Acesso em: 20 fev. 2017

SCHANAIDER, A. Mais ou menos médicos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 303-304, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/0100-6991-rcbc-41-05-00303.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2015.

SILVA, N. N. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo. **EDUSP**, edição: 3º, 2015.

SIMÕES, J. C. **No Brasil faltam médicos: mito ou realidade?** **Revista do Médico Residente**. Vista Alegre, v. 03, n.4, 2011. Disponível em:
<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/issue/view/12>. Acesso em: 21 mar. 2017.

PÊGO, R. A.; TASCA, R. Entrevista: Avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 9, 2016.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Division of Health Resources and Services Administration, Bureau of Clinician Recruitment and Service. **National Health Service Corps**, 2016. Disponível em: <http://nhsc.hrsa.gov/>. Acesso em: 10 dez. 2016.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, M. R.; COSTA, N. R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 899-901, 2009.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. de M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. **Interface - Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v.19, n.55, p.1089-100, 2015.

YIN, R. K. Estudos de caso – Planejamento e Métodos. 5ª edição. Porto Alegre: **Bookman**, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 99622571 e e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.
- A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida

indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

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).

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE/DMS

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

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 o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) 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 (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local /Data:

Assinatura do participante:

Impressão digital (opcional)

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 – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Grupo de Pesquisa Econômica Política da Saúde

Informação dos Participantes:

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ().

Nacionalidade: _____

País onde realizou a graduação em Medicina: _____

Tempo que atua como profissional Médico: _____

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que Atua no Programa Mais Médicos _____

Pós-Graduação/Área: () Sim () Não

Residência: _____

Especialização: _____

MBA: _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

Dimensões de Giovanella	Questão Norteadora
1. Primazia das ações de promoção e prevenção.	Como você se insere nas ações de atenção à saúde realizadas para a população adstrita? Qual orientação e enfoque o município preconiza? Que atividades específicas são realizadas?
2. Garantia de atenção nos 3 níveis de complexidade a assistência médica.	Nas ações de referência e contrarreferência, de que forma você trabalha no cotidiano? Comente sobre

	facilidades e entraves.
3. Articulação das Ações de promoção, prevenção e recuperação.	No seu cotidiano, junto com as equipes, você realiza monitoramento dos indicadores? Como se dá o planejamento nesta perspectiva na equipe e a nível de gestão municipal?
4. Abordagem integral dos indivíduos e famílias.	Quais questionamentos/ações considera imprescindível para uma abordagem holística? Coloca-os em prática no cotidiano?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Grupo de Pesquisa Econômica Política da Saúde

Informação dos Participantes:

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ().

Nacionalidade: _____

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na Gestão Municipal de Saúde deste Município: _____

Função que exerce na Gestão: _____

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Formação de Nível Superior: Sim () Não ()

Curso: _____

Pós-Graduação/Área: () Sim () Não

Residência: _____

Especialização: _____

MBA: _____

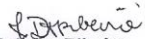
Mestrado: _____

Doutorado: _____

Dimensões de Giovanella	Questão Norteadora
1. Primazia das ações de promoção e prevenção.	Como os profissionais do Mais Médicos se inserem nas ações de atenção à saúde realizadas no município? Que atividades são preconizadas?
2. Garantia de atenção nos 3 níveis	No contexto da APS no município como

de complexidade a assistência médica.	são orientadas as ações de referência e contrarreferência? Foi necessária alguma mudança nos protocolos e fluxos de regulação diante da presença do programa no município? Caso sim, quais mudança(s) ocorreram?
3. Articulação das Ações de promoção, prevenção e recuperação.	Como se dá a articulação do Município com os profissionais do Mais médicos para efetivação das ações preconizadas pelo município?
4. Abordagem integral dos indivíduos e famílias.	Quais questionamentos/ações, praticadas pelos profissionais do Mais médicos, identificadas pelo município, apontam para uma abordagem integral para com os usuários?

ANEXO A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA DO MUNICÍPIO DE RECIFE

PREFEITURA DO RECIFE SECRETARIA DE SAÚDE Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde Divisão de Educação na Saúde
CI nº. 043 / 2017 – DES/UFES/DEGTES/SESAU
Recife, 29 de março de 2017.
Prezado(a) Senhor(a),
Informamos que Adriana Falangola Benjamin Bezerra, pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco, está autorizada, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título “ Iniciativas Inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”
Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.
Período da coleta de dados: dezembro de 2016 a dezembro de 2017
Finalização do projeto: dezembro de 2017
Cordialmente,
 Juliana Ribeiro Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Juliana Dias Torres Ribeiro Chefe de Divisão de Educação na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde Matrícula 99.205.3
Ilmo. (a). Sr. (a). Mônica Vasconcellos Gerente Geral de Assistência Integral à Saúde

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol), com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nas três línguas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nas três línguas da revista. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nas três línguas. As resenhas devem dispor do título da obra resenhada no seu idioma original.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.
- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

Nota

O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (*Main Document*) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na

contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

– Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 20 palavras.

– Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

Notas

Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

– Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas devem estar em arquivos separados do texto original (*Main Document*), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

8 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”² (p. 13).

Notas

No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM”¹ (p. 47).

No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE),

estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. ² (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

Autor é uma entidade: SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

Séries e coleções: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO

DE

LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

- Autor do livro igual ao autor do capítulo: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
- Autor do livro diferente do autor do capítulo: Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu
- Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo:

Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO

LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

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

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO

EM

JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA

AO

EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA

PUBLICADA

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO**ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OBSERVAÇÕES

Títulos e subtítulos

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

Nota

Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

Palavras-chave

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

Notas**de****rodapé**

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por ^(a), indicadas entre parênteses.

Nota

Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser ^(c)).

Nota

Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Destaque de palavras ou trechos no texto

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

Uso de caixa alta ou caixa baixa (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. *Manual de urgências médicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se

caixa

alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

Nota

Emprega-se **caixa baixa** em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

Nota

Emprega-se **caixa baixa** na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo ou de um exame: História da Educação, Psicologia, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Uso de numerais
Escrever por extenso:

- de zero a nove;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;

– quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

Uso **de** **cardinais**
Escrever por extenso:

– de zero a dez.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *online*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “*Author Center*” e iniciar o processo de submissão.

Nota

No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “*Edit Account*”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** – Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). Endereço institucional completo para correspondência (cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional).

– Coautores: **vínculo institucional** – Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). E-mail institucional.

Notas

Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

Em caso do autor ser aluno de graduação, deve-se informar: **Graduando do curso de ...**

Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas como documentos suplementares ao texto principal (*Main Document*), em campo específico do formulário de submissão.

5 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

6 Ao fazer a submissão, em **Cover Letter (Página de Rosto)**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Cover Letter**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, na *Cover Letter*, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado ativamente da discussão dos resultados e b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

Nota

No caso de submissão de resenha, na *Cover Letter* o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

7 No item **Contribution to Current Literature** o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

8 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **revisão por pares**.

Todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. Essa análise é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores. O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

Notas

Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

O Corpo Editorial de Interface pode adotar, em situações especiais, a revisão por pares *fast track*. Este procedimento visa dar uma visibilidade mais rápida a manuscritos submetidos cujas contribuições sejam consideradas relevantes e prioritárias para a comunidade científica da área de escopo da revista.

Edição de manuscrito aprovado: uma vez aprovado o manuscrito, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação (diagramação, editoração e marcação dos originais). Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de manuscrito com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Colaboradores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, incluindo pelo menos os seguintes critérios mínimos de autoria:

1) ter participado ativamente da discussão dos resultados do trabalho;

2) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho;

– em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do manuscrito inclui a diagramação, editoração e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação do manuscrito pelos autores.

Todos os artigos aprovados são publicados em fluxo contínuo, na versão pré-publicação (*ahead of print*) na coleção SciELO, já com número DOI, permitindo que estejam disponíveis nesta base para consulta e, assim, possam ser citados, antes mesmo de sua publicação no fascículo correspondente.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Nota

Caso tenham interesse de publicar seu manuscrito na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública.