



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ PESSOA LEAL

**PROJETO DE LEI COMO FERRAMENTA PARA O CONHECIMENTO DE
PARLAMENTARES DO PIAUÍ SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERESINA
2017

JOSÉ PESSOA LEAL

**PROJETO DE LEI COMO FERRAMENTA PARA O CONHECIMENTO DE
PARLAMENTARES DO PIAUÍ SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado-TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos
Mesquita

TERESINA
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

L433p Leal, Jose Pessoa.

Projeto de lei como ferramenta para o conhecimento de parlamentares do Piauí sobre a estratégia saúde da família / Jose Pessoa Leal. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita: UNINOVAFAPI, Teresina, 2017.

70. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2017.

1. Saúde da família. 2. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Mesquita, Gerardo Vasconcelos.

CDD 614.068

JOSÉ PESSOA LEAL

**PROJETO DE LEI COMO FERRAMENTA PARA O CONHECIMENTO DE
PARLAMENTARES DO PIAUÍ SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

DATA: 04/07/2017

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dra. Maria Eliete Batista Moura (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Prof. Dra. Eliana Campelo Lago (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para superar as dificuldades.

Ao centro Universitário UNINOVAFAPI, na pessoa da Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de aprender e me qualificar profissionalmente.

Ao meu orientador Professor Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, pelo apoio e orientações recebidas, através do seu conhecimento.

As professoras Dra. Eliana Campelo Lago e Dra. Maria Eliete Batista Moura, pelas contribuições fundamentais para engrandecimento desta pesquisa e exemplo de profissionalismo e pela confiança.

Aos colegas deputados por compartilharem seus conhecimentos.

E a todos que fizeram parte direta ou indiretamente da minha formação.

"Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto."

(Albert Einstein)

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família foi implementada para reorganizar os serviços de atenção primária à saúde no Brasil com ações voltadas para o indivíduo, família e comunidade a fim de romper o modelo biomédico. Os serviços de atenção primária são bem discutidos junto ao legislativo brasileiro tendo em vista a Constituição Federal de 1988 que inclui a saúde como um direito universal. O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento de parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família e elaborar um Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 12 parlamentares do Piauí, Brasil. Os dados foram produzidos por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas foram realizadas na Assembleia Legislativa do Estado (Sala dos parlamentares estaduais) e nos respectivos escritórios de deputados federais e gravadas com o auxílio de um aparelho de áudio MP4. Os critérios de inclusão foram: ser parlamentar do Piauí, estar em exercício do mandato e exercendo suas atividades. Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ e analisado por meio da Classificação Hierárquica Descendente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI. O IRAMUTEQ reconheceu a separação do *corpus* em 11 Unidades de Contexto Inicial (UCI), dividido em 39 Unidades de Contexto Elementar (UCE), com aproveitamento de 59,09% do *corpus* total. Os segmentos classificados foram divididos em 05 classes, a saber: Classe 3 - Atendimento ao público por meio de programas de atenção à saúde; Classe 2 - A abrangência da Estratégia Saúde da Família para a preservação da vida; Classe 4 - Estrutura funcional da Estratégia Saúde da Família; Classe 5 - Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS; Classe 1 - O conceito de atenção primária centrada na doença. Os parlamentares do Estado do Piauí entendem a Estratégia Saúde da Família como um programa de atenção à saúde para a preservação da vida, com necessidades de financiamento para ter boa estrutura organizacional e funcional. No entanto, ainda possuem o conceito de atenção aos usuários da saúde centrada na doença e não com base nos princípios do Sistema Único de Saúde - universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, que apontam como deve vir a ser construído o sistema que se quer institucionalizar para a descentralização da gestão e transferência de poder de decisão; a regionalização dos serviços, que implica na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde; a hierarquização, como o respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços e a participação social. Como contribuição do estudo, elaborou-se um Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos parlamentares se atualizarem em matérias relacionadas à Estratégia Saúde da Família para as deliberações sobre o tema.

Descritores: Conhecimento. Saúde da família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy was implemented to reorganize the primary health care services in Brazil with actions aimed at the individual, family and community in order to break the biomedical model. Primary care services are well discussed with the Brazilian legislature in view of the 1988 Federal Constitution that includes health as a universal right. To analyze the knowledge of parliamentarians of the State of Piauí on the Family Health Strategy; Elaborate a Bill on the Family Health Strategy. This is a qualitative research carried out with 12 parliamentarians from Piauí, Brazil. The data were produced through a semi-structured interview script. The interviews were held at the State Legislative Assembly (State Parliamentarians' Room) and at the respective federal deputies offices and recorded with the help of an MP4 audio device. The inclusion criteria were: to be a Piauí parliamentarian, to be in office and to carry out his activities. The data were processed by the IRAMUTEQ software and analyzed by means of the Descending Hierarchical Classification. The research was approved by the Ethics and Research Committee of UNINOVAFAPÍ University Center. IRAMUTEQ recognized the separation of the corpus in 11 Units of Initial Context (ICU), divided into 39 Units of Elementary Context (UCE), using 59.09% of the total corpus. The classified segments were divided into 05 classes, namely: Class 3 - Attendance to the public through health care programs; Class 2 - The coverage of the Family Health Strategy for the preservation of life; Class 4 - Functional structure of the Family Health Strategy; Class 5 - Financing of the Unified Health System - SUS; Class 1 - The concept of primary care centered on disease. The parliamentarians of the State of Piauí understand the Family Health Strategy as a health care program for the preservation of life, with funding needs to have a good organizational and functional structure. However, they still have the concept of attention to health users focused on the disease and not based on the principles of the Unified Health System - universality, equity and integrality of health care, which point out how the system that The institutionalization of the decentralization of management and transfer of decision-making power, the regionalization of services, which implies the delimitation of a territorial base for the health system, hierarchy, such as respect for the possibility of organization of the units according to the degree of complexity Services and social participation. As a contribution to the study, a draft Law on the Family Health Strategy was prepared, which provides for the obligation of parliamentarians to update on matters related to the Family Health Strategy for deliberations on the topic.

Keywords: Knowledge. Family Health. Health Unic System.

RESUMEN

La Estrategia de Salud Familiar se implementó para reorganizar los servicios de atención primaria de salud en Brasil, con acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad con el fin de romper el modelo biomédico. servicios de atención primaria están bien discutidos por el legislador brasileño en vista de la Constitución Federal de 1988, que incluye la salud como un derecho universal. Analizar el conocimiento del estado de Piauí parlamentarios en la Estrategia Salud de la Familia; elaborar un proyecto de ley sobre la Estrategia de Salud Familiar. Se trata de una investigación cualitativa con 12 parlamentarios de Piauí, Brasil. Los datos se produce mediante una secuencia de comandos de entrevista semiestructurada. Las entrevistas se llevaron a cabo en la Asamblea Legislativa del Estado (los legisladores del estado Hall) y en las respectivas oficinas de diputados federales y grabado con la ayuda de un dispositivo de audio MP4. Los criterios de inclusión fueron: Piauí parlamentaria, ya sea en el ejercicio de sus funciones y el ejercicio de sus actividades. Los datos se procesaron por software IRAMUTEQ y se analizaron a través de la clasificación jerárquica descendente. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el Centro de Investigación de la Universidad de UNINOVAFAPI. IRAMUTEQ reconocieron la separación del corpus en 11 unidades iniciales de contexto (UCI), divididos en 39 unidades de contexto elementales (ECU), con el uso de 59,09% de la corpus total. Los segmentos clasificados fueron divididos en 05 clases, a saber: Clase 3 - Servicio al público a través de programas de cuidado de la salud; Clase 2 - El ámbito de aplicación de la Estrategia Salud de la Familia para la preservación de la vida; Clase 4 - Estructura funcional de la Estrategia Salud de la Familia; Clase 5 - Financiación del Sistema Único de Salud - SUS; Clase 1 - El concepto de atención primaria se centró en la enfermedad. Los legisladores del Estado de Piauí entienden la Salud de la Familia como un programa de atención médica para la preservación de la vida, con la financiación tiene que tener una buena estructura organizativa y funcional. Sin embargo, aún tenemos el concepto de atención a los usuarios de la salud centrados en la enfermedad y no sobre la base del Sistema Único de Salud - universalidad, equidad e integridad de la atención sanitaria, señalando como debe llegar a ser construido el sistema que quiere institucionalizar la descentralización de la gestión y el poder de decisión de transferencia, la regionalización de los servicios, lo que implica la delimitación de una base territorial para el sistema de salud, la jerarquía, en cuanto a la posibilidad de que las unidades de la organización de acuerdo con el grado de complejidad servicios tecnológicos y la participación social. Esta investigación contribuye, hemos preparado un proyecto de ley sobre la Estrategia de Salud de la Familia, que establece la obligación de actualización de los parlamentarios sobre las cuestiones relativas a la Estrategia de Salud Familiar para las deliberaciones sobre el tema.

Palabras clave: el conocimiento. salud de la familia. Sistema único de Salud.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	Contextualização do Problema.....	09
1.2	Objeto do estudo.....	11
1.3	Questão Norteadora.....	11
1.4	Objetivos.....	11
1.5	Justificativa.....	11
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	O Sistema Único de Saúde.....	12
2.2	Estratégia Saúde da Família como instrumento reorientador da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil.....	14
2.3	O Papel da Câmara dos Deputados.....	16
3	METODOLOGIA.....	19
3.1	Tipo de pesquisa.....	19
3.2	Local do estudo.....	19
3.3	Participantes do estudo.....	19
3.4	Instrumento de produção dos dados	20
3.5	Processamento e análise dos dados.....	20
3.6	Aspectos éticos.....	21
4	RESULTADOS.....	22
4.1	Manuscrito: Conhecimento de Parlamentares do Piauí - Brasil sobre a Estratégia Saúde da Família.....	22
4.2	Produto: Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família.....	41
5	CONCLUSÃO.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	.	
	APENDICE.....	48
	ANEXOS.....	52
	.	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

A Estratégia de Saúde da Família, outrora denominada Programa Saúde da Família, surgiu em 1994 por meio de portaria instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB), o qual veio apresentar a necessidade de um novo perfil profissional pela utilização de uma pedagogia problematizadora nas ações básicas da saúde em conformidade com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para um novo modelo de assistência à saúde (DAB, 2012). Esse programa evoluiu e ganhou dimensão de estratégia, assumindo o protagonismo na assistência à saúde das famílias em todo o território nacional e, na atualidade, constitui-se como a principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2011).

Seguindo essa lógica, a ESF é uma estratégia de reorganização da saúde no nível da Atenção Básica, que trouxe grandes desafios e avanços para a saúde do Brasil, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB, 2012).

Constitui-se uma estratégia de implementação de ações focadas no indivíduo, família e comunidade, definidas no pacto pela Saúde, este realizado entre União, Estados e Municípios, configurando-se uma grande e importante mudança do cenário da saúde no Brasil. No pacto pela Saúde redefiniu-se desde as responsabilidades entre as instâncias gestoras às ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família operacionalizada no âmbito dos municípios define a dinâmica do trabalho prestado pelas equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem como equipe básica o enfermeiro, o médico, os técnicos ou auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, podendo abranger ainda odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas dentre outros. Acompanha um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada visando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2011).

A ESF é o principal modelo da atenção primária à saúde no Brasil, atuando na promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Sartietet al (2012), a ESF foi responsável por uma reorientação do antigo modelo assistencial ao propor um deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas em seu contexto familiar e comunitário.

Em contextos internacionais como na Inglaterra, a atenção primária à saúde é bem articulada e tem sua atuação também focada na promoção e prevenção da saúde articuladas com o autocuidado (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

O processo de descentralização proposto pela ESF ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do País, e com suas especificidades regionais. A necessidade de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde culminou com a implementação, em 2005, do Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2011).

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A atenção básica tem a saúde da família como estratégica prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A ESF propõe uma assistência diferenciada, que vê o indivíduo como um todo e prioriza as ações e promoções da saúde com uma nova relação de confiança, de atenção e de respeito. Esta relação fortalece o vínculo e o envolvimento entre profissionais e usuários favorecendo o ato de cuidar. Estudos indicam que, quando profissionais da ESF criam vínculo com os usuários a satisfação em relação aos serviços prestados pela ESF melhora e contribui para o avanço da qualidade da assistência, de forma que a relação de confiança entre usuários e profissionais tende a aumentar (MOURA et al., 2017).

Assim, a proposta da ESF, visa trabalhar o cuidado com o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva cultural, respeitando sua inserção no contexto cultural, social e comunitário bem como no familiar com ações mais humanísticas (MEDEIROS, 2009).

Diante do contexto apresentado, o desenvolvimento de pesquisas que auxiliem na consolidação do conhecimento técnico-científico nesta área temática torna-se relevante, pois podem auxiliar na identificação dos desafios na consolidação da Estratégia Saúde da Família, resultando na efetivação da política nacional de atenção básica realizada a âmbito nacional pelas equipes de ESF's.

1.2 Objeto do estudo

O conhecimento de parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família.

1.3 Questão Norteadora

Qual o conhecimento de parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família?

1.4 Objetivos

- Analisar o conhecimento de parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família;
- Elaborar um Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família.

1.5 Justificativa

O tema despertou interesse a partir da participação em trabalhos na Assembleia Legislativa do Piauí e por meio de contatos com Deputados da Câmara Federal que proporcionou maior aproximação com os assuntos discutidos entre os parlamentares do Estado.

O interesse do estudo é saber quais os conhecimentos atuais dos parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família, visto que a saúde é um assunto bastante discutido no legislativo brasileiro. O conhecimento de parlamentares sobre o tema em questão é de extrema relevância para a tomada de decisões de cunho estadual e federal.

A garantia de um modelo de saúde voltado para ações preventivas, com o intuito de diminuir as filas nos hospitais, além de outros objetivos, como promoção e proteção de saúde, reabilitação, tratamento e a manutenção da saúde foi conquistado com a Constituição Federal de 1988, mas é necessário que esses direitos continuem sendo defendidos e garantidos.

Diante disso, alguns questionamentos são levantados: Será que os parlamentares conhecem de fato a Estratégia saúde da família, como ela funciona e se já fizeram uso desse serviço em algum momento? Enfim, podendo expor sua realidade, suas críticas e seus conhecimentos sobre a Estratégia Saúde da Família.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 O Sistema Único de Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o atual sistema de saúde brasileiro instituído pela constituição federal de 1988. No artigo 196 o Estado é responsabilizado por garantir o direito da população a ter acesso à saúde de qualidade (BRASIL, 1988). No momento histórico anterior, antes da implantação do SUS, a assistência encontrava-se associada à contribuição previdenciária, o acesso aos serviços de saúde era limitado aos cidadãos que tinham vínculo formal com o mercado de trabalho, os que não possuíam tal vínculo eram amparados por instituições públicas ou filantrópicas de amparo aos “indigentes” (BRASIL, 2002).

A implantação do SUS deu-se em um período histórico que foi caracterizado por reivindicações da população por melhorias. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde os vários seguimentos da população participaram do processo decisório sobre os novos rumos da saúde brasileira. As discussões nesta conferência evidenciaram que a problemática do setor saúde transcendia de reforma administrativa e financeira assim como o próprio conceito de saúde. Este período ficou conhecido como reforma sanitária brasileira. Conforme esclarece Alves (2006) os anos de 1980 foram marcados por eventos significativos para a caracterização das políticas de saúde no Brasil. Luz (2001) relata que esta década foi espaço de reivindicações em torno das políticas públicas, principalmente a da saúde, que passou a ser vista como direito de cidadania.

No ano de 1990, foi criada a Lei 8080/90, conhecida como lei orgânica da saúde que operacionaliza o atendimento público da saúde, regula as ações e serviços de saúde. O artigo 2º versa: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Desta forma, o Estado é o responsável direto em garantir a saúde população, a responsabilização engloba a execução de intervenções que visam reduzir os riscos à saúde, tais intervenções devem contemplar as áreas econômicas e sociais. Conforme aborda Alves (2006), as políticas de saúde na década de 1990, tiveram expressão mais concreta às disposições constitucionais, através de portarias e normas operacionais da Saúde na referida década.

Em 1994 o Ministério da Saúde lança o Programa de Saúde da Família (PSF), após 10 anos de implantação passa a assumir papel fundamental no que diz respeito à assistência à saúde das famílias nas diversas regiões brasileiras evoluindo da condição inicial de programa

e assume o papel de política nacional, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 2006 essa política já contava com 26.100 equipes de saúde da família cobrindo aproximadamente 84 milhões de usuários (BRASIL, 2006).

A partir da implantação do programa em algumas cidades como Campinas (SP), Londrina (PR), Monte Caros (MG) e outras, a concepção de saúde que se tinha antes passou a ser questionada de forma mais efetiva, os questionamentos em torno do modelo médico-assistencial ganham novos impulsos (SOUSA; HAMANN, 2006). O (PSF) passou a ser compreendido, pelo Governo Federal, como uma política pública onde passa a ser o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde e uma estratégia para reorientação do sistema de saúde (Brasil, 1997).

Nesta conjuntura o PSF passa para categoria de estratégia (ESF) onde as perspectivas de programa de saúde são ampliadas para dimensões que aclaram a proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde que visa à integralidade da assistência (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). A ESF objetiva estruturar o modelo de atenção à saúde com foco na integralidade e na qualidade da assistência tendo contribuição direta na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (CHAGAS; SECLLEN, 2003).

A ESF baseia-se no cuidado integral do paciente observando as peculiaridades da comunidade a qual ele está inserido, baseia-se em um modelo que preconiza atenção integral à saúde, dando resolução aos problemas encontrados (STARFIELD, 1998). O SUS tem dado prioridade à atenção primária no contexto das comunidades incluindo a ESF como ferramenta reorganizadora da atenção à saúde, como prioridade, tal estratégia tem recebido cada vez mais incentivos financeiros oriundos do MS (PAIM et al., 2011; PORTELA; RIBEIRO, 2011).

Quanto à qualidade e efetividade da assistência prestada pelas equipes, Ciampone e Pедуzzi (2000) afirmam que os profissionais envolvidos necessitam estabelecer vínculos com a comunidade a fim de criar laços com a população e, desta forma, estabeleçam-se corresponsabilidades entre comunidade e profissionais de saúde. Tal vínculo é essencial, pois profissionais mais próximos possuem maior facilidade durante a compreensão do processo saúde-doença, além do conhecimento mais profundo das particularidades da comunidade.

Conforme ressaltam Camargo-Borges e Cardoso (2005), o rompimento do tecnicismo da saúde fortalece e envolve a comunidade no cuidado da sua própria saúde. A proximidade entre cuidadores e pacientes facilita o acesso aos serviços de saúde, especialmente quando existe uma equipe direcionada para tal público em particular.

A ESF insere-se em ambiente específico, geográfico e cultural, onde existem relações já estabelecidas seja de trabalho seja interpessoal, por tanto é oportuno a aproximação com a

comunidade para que se possa trabalhar em conjunto. Para Camargo-Borges (2000) essa interação deve ser menos técnica e mais relacional. Segundo Sousa e Hamann (2009) este é o princípio de adscrição de clientela, onde se estabelecem novos vínculos, de caráter permanente, entre os grupos sociais e as equipes de saúde.

Os dois autores ainda ressaltam que o novo modelo de reorganização do SUS se orienta em quatro princípios fundamentais que são: adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local. Com relação ao princípio da territorialização norteia a identificação da comunidade segundo territórios pré definidos. Tal divisão implica em divisão segundo área específica em que a comunidade se encontra inserida (SOUSA; HAMANN 2009).

A ESF deve ser composta por no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, são responsáveis por cerca de 3.000 habitantes, aproximadamente 1.000 famílias na área adscrita (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; SOUSA; HAMANN, 2009).

A implantação do programa deu-se no ano de 1994. Na época não se via muito interesse dos gestores municipais e estaduais. A implantação do PSF foi em caráter nacional, porém apenas alguns Estados da federação aderiram inicialmente ao programa, mais precisamente doze estados que são: (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina), e doze municípios que são os pioneiros: Bragança (PA), Campina Grande (PB), Neópolis (SE), Quixadá (CE), Goiânia e Planaltina de Goiás (GO), Juiz de Fora e Além Paraíba (MG), Niterói (RJ), Curitiba (PR), Joinville e Criciúma (SC) (SOUSA; HAMANN, 2009).

A partir desta implantação nos municípios pioneiros, outras unidades da federação aderiram ao programa em várias regiões do país. No final do ano de 1994 o programa já estava implantado em 55 municípios contando com um total de 328 equipes atuantes (SOUSA; HAMANN, 2009). Porém, a verdadeira expansão deu-se no ano de 1998 em reação à mudança no financiamento quando no ano de 1997 foi implantado o Piso de Atenção Básica (PAB).

2.2 Estratégia Saúde da Família como instrumento reorientador da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil

A ESF atualmente é considerada a principal estratégia de implementação e organização da APS, inicialmente foi apresentado como programa, porém posteriormente passou a ser considerado estratégia (GOMES et al., 2011). Nesta perspectiva, após a implementação da Estratégia de Saúde da Família, nasceram vários movimentos com a finalidade de fortalecer a APS no país. O primeiro foi o Departamento de Atenção Básica criado pelo Ministério da Saúde no ano 2000 e posteriormente, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica e o Pacto Pela Saúde e Pela Vida. Evidencia-se que a ESF torna-se prioridade na consolidação e qualificação como modelo na configuração do modelo de APS (GOMES et al., 2011).

Conforme reiteram Sousa e Hermann (2009), a Estratégia de Saúde da Família desde sua origem teve como objetivo fundamental a reorganização e fortalecimento da atenção básica a saúde em todo o território nacional no SUS utilizando-se de ferramentas como a ampliação do acesso e qualificação profissional.

Com a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, a ESF propõe-se a mudar o contexto de saúde no cenário brasileiro, uma vez que supera as práticas tradicionais centradas na doença e evolui com ações direcionadas à coletividade centrada na família e na realidade social local (GOMES et al., 2011).

De acordo com Solla et. al. (2007) a gestão federal do SUS merece destaque na expansão da cobertura da atenção básica, pois as novas estratégias de financiamento têm garantido maior cobertura da atenção básica através das equipes de saúde da família.

Por outro lado, evidencia-se que apesar das ações estarem voltadas à saúde coletiva e focadas na prevenção de doenças e agravos ainda existe influência considerável do modelo biomédico, contudo entende-se que as relações estabelecidas entre profissionais e comunidade são essenciais para o processo de mudança (GOMES et al., 2011).

Conforme afirmam Gomes 15L15L. (2011) a ESF desde sua implementação tem aumentado a oferta de ações e serviços de saúde para a população. Tal fato caracteriza a ESF como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. O entendimento que se deve ter quando a ESF é abordada como o contato inicial dos usuários com os serviços de saúde é que o acesso universal, a integralidade e a resolutividade devem ser contempladas.

Os usuários devem ter acesso aos serviços do SUS através da atenção primária e tais serviços necessitam estar aptos para agregar e ter a capacidade de responder de forma eficaz os principais problemas trazidos pela comunidade. A resolutividade do sistema pode ser avaliada como reflexo da qualidade dos serviços desempenhados (VIEGAS; PENNA, 2013).

A literatura aborda que a resolutividade na ESF ainda é deficiente nos dias atuais por conta de alguns fatores como a indisponibilidade de algumas especialidades no sistema, porém ressalta-se que quando os usuários são interrogados em relação a este aspecto evidencia-se que o nível de satisfação é melhor quando comparado ao período anterior à implantação da ESF na área (SCHWARTZ 16L16L., 2010).

A aproximação das Unidades Básicas de Saúde das residências dos usuários é um fator que facilita o acesso aos serviços de saúde, contudo é necessário que haja vínculo entre profissionais da equipe de saúde da família e comunidade. A soma desses fatores amplia o acesso e melhora a avaliação dos serviços (SCHWARTZ 16L16L., 2010).

Conforme corroboram Azevedo e Costa (2010) as barreiras relacionadas à distância estão ligadas de forma direta ao grau de complexidade dos serviços, ou seja quanto mais simples é o serviço, mais próximo está da população. É estratégica a implantação das unidades de saúde da família dentro do território em que residem as famílias cadastradas, pois melhora a disponibilização das equipes à comunidade.

Porém, o acesso aos serviços de saúde não se limitam às barreiras físicas ou geográficas, estudos mostram que dificuldades de acesso relatadas pelos usuários estão relacionadas à marcação de consultas, longas esperas em filas, demora na marcação de exames e recebimento do resultado (AZEVEDO; COSTA 2010; SCHWARTZ 16L16L., 2010). Atualmente entende-se que a capacidade de resolver os problemas da população em tempo hábil é um dos grandes desafios do SUS dentro da ESF, a resolutividade do sistema e ampliação dos serviços.

Giovanella 16L16L. (2009) reforçam a discussão e relatam que a Estratégia de Saúde da Família mesmo com suas limitações e dificuldades tem contribuído para o fortalecimento dos serviços básicos e ampliado a porta de entrada preferencial, contudo corroboram com as ideias de outros autores reafirmando que as dificuldades de acesso permanecem na atenção especializada.

2.3 O Papel da Câmara dos Deputados

A Câmara dos Deputados escreve sua história desde a época imperial, tendo sua primeira reunião registrada em 17 de abril de 1823. Nesse período, foram discutidas questões como a legislativa imperial. Ressalta-se que essa primeira reunião ocorreu em decorrência do cenário político internacional, a partir dos avanços de Napoleão Bonaparte e suas tropas. O

fato é que a Família Real Portuguesa foi transferida para o Brasil o que ocasiona diversas mudanças, incluindo a necessidade de uma Assembléia Geral Constituinte e Legislativa do Império do Brasil (BARSIL, 2016).

Desde então, a Câmara dos Deputados exerce funções relevantes para o cenário histórico e político do Brasil. Atualmente é composta por 513 (quinhentos e treze) parlamentares representantes do povo, proporcionalmente à população de cada unidade da Federação, que tem a missão de legislar sobre assuntos de interesse Nacional e fiscalizar a aplicação de recursos públicos. Seus membros são eleitos para um mandato de quatro anos pelo sistema proporcional.

O número total de deputados é garantido pela Constituição Federal em seu artigo 45 bem como a divisão por cada Estado e Distrito Federal, ou seja, a representatividade de cada Estado da Federação. Ressalta-se que o número mínimo de parlamentar por Estado deve ser oito não devendo ultrapassar setenta.

Os Estados que contam com o número mínimo de deputados são: Acre; Amazonas; Amapá; Distrito Federal; Mato Grosso do Sul; Mato Grosso; Rio Grande do Norte; Rondônia; Roraima; Sergipe e Tocantins. Já os Estados com maior número de Deputados são: São Paulo, com 70 e Minas Gerais com 53 (BARSIL, 2016).

Ressalta-se ainda que, o cálculo para determinar a quantidade de Deputados por Estado é realizado baseado em dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O cálculo é feito no ano anterior às eleições e o Tribunal Superior Eleitoral é responsável pelos passos seguintes que irá definir o número de encaminhar para os Tribunais Regionais (BRASIL, 2016).

A dinâmica de trabalhos é regida por cronograma interno, respeitando o período legal garantido a cada parlamentar, de forma que uma legislatura é dividida em quatro sessões legislativas que correspondem a quatro anos, exatamente o período que dura um mandato conferido ao parlamentar por meio de eleições diretas. Ressalta-se que todo o funcionamento da Câmara dos Deputados está sujeito à Constituição Federal, devendo cada parlamentar observar as normativas da constituição em respeito ao cargo conferido pelo voto popular.

A Câmara dos Deputados têm ainda o papel de substituir o Presidente da República, especificamente na pessoa do Presidente da Câmara, devendo este ser brasileiro nato.

O Poder Legislativo cumpre papel imprescindível perante a sociedade do País, visto que desempenha três funções primordiais para a consolidação da democracia:

representar o povo brasileiro, legislar sobre os assuntos de interesse nacional e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

Nesse contexto, a Câmara dos Deputados, autêntica representante do povo brasileiro, exerce atividades que viabilizam a realização dos anseios da população, mediante discussão e aprovação de propostas referentes às áreas econômicas e sociais, como educação, saúde, transporte, habitação, entre outras, sem descuidar do correto emprego, pelos Poderes da União, dos recursos arrecadados da população com o pagamento de tributos.

Assim, a Câmara dos Deputados compõe-se de representantes de todos os Estados e do Distrito Federal, o que resulta em um Parlamento com diversidade de ideias, revelando-se uma Casa legislativa plural, a serviço da sociedade brasileira.

Baseado nisso, este estudo irá mostrar a percepção desses deputados na saúde atual, um assunto debatido e discutidos por eles. Visto que, geralmente nos dias “D” de certas patologias como hipertensão arterial, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose e outras, são sempre lembradas por parlamentares nas sessões.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa sobre o conhecimento de parlamentares do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família.

A abordagem qualitativa propicia uma profunda compreensão da história e requerem o máximo de envolvimento por parte do pesquisador. Desvenda diversos fatores que não podem ser quantificados sendo eles relacionados a subjetividade, isto é, percepções, significados, vivências, atividades cotidianas, representações, crenças e relações dos indivíduos envolvidos em uma determinada investigação. Deste modo, ela auxilia a expor os espaços mais profundos das relações e dos fenômenos, que não se reduz à operacionalização de variáveis, aprofundando a compreensão de um grupo social de um fenômeno ou trajetória vivida (MINAYO, 2010; 2006)

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada na Assembleia Legislativa do estado do Piauí (Parlamentares estaduais) e também nos respectivos escritórios de deputados federais (Parlamentares federais), todos localizados na cidade de Teresina, capital do Piauí.

A Assembleia Legislativa do Piauí é o órgão de representação do Poder Legislativo através dos 30 deputados estaduais. Fica localizada na capital do estado, Teresina, na Avenida Marechal Castelo Branco, 201 no bairro Cabral.

O Estado do Piauí está localizado no noroeste da Região Nordeste, possui área de unidade territorial de aproximadamente 251 577,738 Km², e os seguintes limites geográficos: Ceará e Pernambuco a leste, Bahia a sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e Maranhão a oeste, é delimitado pelo Oceano Atlântico ao norte. Tem uma população de 3.194,7186 habitantes. A capital e cidade mais populosa do Piauí é Teresina. Está dividido em 4 mesorregiões e 15 microrregiões, divididos em 224 municípios (IBGE, 2011).

3.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com 12 parlamentares do Piauí, sendo 08 Estaduais e 04 Federais. Como critérios de inclusão optou-se por: ser parlamentar do Piauí, estar em

exercício do mandato e exercendo suas atividades. Como critérios de exclusão foram: estar afastado do cargo; de férias ou que se afastou do cargo para assumir outra função pública.

3.4 Instrumento de produção dos dados

Os dados foram produzidos por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A), com variáveis relacionadas a temática da pesquisa. Segundo Minayo (2010) este tipo de coleta possui um caráter especialmente flexível, permitindo uma interlocução mais efetiva na transposição das respostas do pesquisado ao pesquisador. As entrevistas foram realizadas na Assembleia Legislativa do estado do Piauí (Parlamentares estaduais) em suas referidas salas e também nos respectivos escritórios para os deputados federais.

A produção dos dados foi realizada entre os meses de Julho e Novembro de 2015 pelos próprios pesquisadores, as entrevistas foram gravadas com o suporte de um aparelho de áudio MP3 e tiveram duração média 45 minutos cada.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados auxílio do *software* de origem francesa denominado IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) e analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Durante o seu processamento ele analisa a similaridade entre as palavras, como resultado surge a apresentação dos elementos em nuvem de palavras, isto é, dos vocabulários mais utilizados no corpus ou nas classes específicas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ ancora-se no *software* R, dá a possibilidade de realização de aplicação de análises estatísticas em grupos de textos, ou seja, em *corpus* textuais. Esses grupos de textos podem ser entrevistas, trechos de notícias de jornais, textos de artigos entre outros. O programa possibilita a realização de análises estatísticas simples e de alta complexidade (MOURA et al., 2014).

O objeto de análise do IRAMUTEQ é composto por três elementos: *Corpus*, construído pelo pesquisador, através da integração das diversas entrevistas; *Texto*, que é cada entrevista isolada que compõe o *Corpus* e *Segmentos de texto*, partes do texto, frequentemente do tamanho de três linhas, mas que podem ser configurados pelo próprio pesquisador, sendo dimensionadas pelo próprio software (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Por levar em consideração o rigor científico ele possui denominações próprias que auxiliam na transcrição e discussão dos seus resultados, sendo necessário que o pesquisador entenda esses conceitos supracitados.

Para esta pesquisa, algumas etapas foram seguidas, a saber: produção de dados por meio de entrevistas em profundidade, transcrição das entrevistas, construção do *corpus* textual respeitando as normas estabelecidas de acordo com as indicações publicadas no tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2016).

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário – UNINOVAFAP, com CAAE 56950416.6.0000.5210 e parecer 1.613.777. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A), respeitando os preceitos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente os seres humanos.

De acordo com a Resolução em vigor do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa que envolve seres humanos envolve riscos, podendo este ser imediato ou tardio e comprometer o indivíduo participante ou a coletividade, a exemplo disso é o participante se sentir constrangido ao ser questionado sobre a temática deste estudo. A fim de reduzir o constrangimento, todas as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e calmo, deixando o participante calmo e com privacidade para manifestar suas respostas. Foi garantido o anonimato dos participantes.

Os benefícios desta pesquisa fundamentam-se no enriquecimento da literatura científica acerca da temática através da divulgação dos resultados ao público em revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novos conhecimentos e produzindo maior visibilidade e fortalecimento na formação desses profissionais e suas potencialidades de contribuição para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, tanto em âmbito regional quanto nacional.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito: Conhecimento de Parlamentares do Piauí - Brasil - Sobre a Estratégia Saúde da Família

A ser encaminhado para a Revista “Interface – Comunicação, Saúde, Educação”

José Pessoa Leal
Gerardo Vasconcelos Mesquita
Maria Eliete Batista Moura
Eliana Campelo Lago
José Nazareno Pearce de Oliveira Brito

RESUMO

O trabalho tem o objetivo de analisar o conhecimento de parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família. Pesquisa qualitativa realizada com 12 parlamentares do Piauí, Brasil. A produção dos dados teve suporte de um roteiro de entrevista semiestruturado e processados pelo *software* IRAMUTEQ e analisado por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Os segmentos classificados foram divididos em 05 classes que representam o conhecimento dos parlamentares sobre saúde da família. Os parlamentares do Estado do Piauí entendem a Estratégia Saúde da Família como um programa de atenção à saúde para a preservação da vida, com necessidades de financiamento para ter boa estrutura organizacional e funcional. No entanto, ainda possuem o conceito de atenção aos usuários da saúde centrada na doença e não com base nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Conhecimento. Saúde da família. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), outrora denominada Programa Saúde da Família, surgiu em 1994 por meio de portaria instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB), que apresentou a necessidade de um novo perfil profissional voltado para ações básicas da saúde em conformidade com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para um novo modelo de assistência à saúde (DAB, 2012). Esse programa evolui e ganhou dimensão de estratégia, assumindo o protagonismo na assistência à saúde das famílias em todo o território nacional e, na atualidade, se constitui como a principal porta de entrada do SUS (BRASIL, 2011).

Seguindo essa lógica, a ESF é uma estratégia de reorganização da saúde no nível da atenção básica, que trouxe grandes desafios e avanços para a saúde do Brasil, principalmente no rompimento do modelo biomédico que tem seu foco de atuação na doença em detrimento com ações de promoção e prevenção da saúde (DAB, 2012).

Constitui-se uma estratégia de implementação de ações focadas no indivíduo, família e comunidade, definidas no pacto pela Saúde, este realizado entre União, Estados e Municípios, configurando-se uma grande e importante mudança do cenário da saúde no Brasil. No pacto pela Saúde redefiniu-se desde as responsabilidades entre as instâncias gestoras às ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde da população.

A ESF operacionalizada no âmbito dos municípios define a dinâmica do trabalho prestado pelas equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem como equipe básica o enfermeiro, o médico, os técnicos ou auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, podendo abranger ainda odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas dentre outros. Acompanha um número definido de famílias, localizadas numa área geográfica delimitada visando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2011).

A ESF é o principal modelo da atenção primária à saúde no Brasil, atuando na promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Sartietet al (2012) a ESF foi responsável por uma reorientação do antigo modelo assistencial ao propor um deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas em seu contexto familiar e comunitário.

Em contextos internacionais como na Inglaterra, a atenção primária à saúde é bem articulada e tem sua atuação também focada na promoção e prevenção da saúde articuladas com o autocuidado (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

O processo de descentralização proposto pela ESF ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do País, e com suas especificidades regionais. A necessidade de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde culminou com a implementação, em 2005, do Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2011).

Assim, a proposta da ESF visa trabalhar o cuidado com o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva cultural, respeitando sua inserção no contexto cultural, social e comunitário bem como no familiar com ações mais humanísticas (MEDEIROS, 2009).

Nesse contexto, o desenvolvimento de pesquisas que auxiliem na consolidação do conhecimento técnico-científico nesta área temática torna-se relevante, pois podem auxiliar na identificação dos desafios na consolidação da Estratégia Saúde da Família, resultando na efetivação da política nacional de atenção básica realizada a âmbito nacional pelas equipes de ESF's.

Diante desta problemática, o estudo tem como objetivo analisar o conhecimento de parlamentares do Estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa realizado com 12 parlamentares do estado do Piauí, Brasil, sobre seus conhecimentos sobre a Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi realizado na Assembleia Legislativa do estado do Piauí e nos escritórios de deputados federais, todos localizados na cidade de Teresina, capital do Piauí.

Participaram do estudo 12 parlamentares do estado do Piauí, estaduais e Federais. Os critérios de inclusão foram: ser parlamentar do Piauí, estar em exercício do mandato e exercendo suas atividades. Como critérios de exclusão foram: estar afastado do cargo; de férias ou que se afastou do cargo para assumir outra função pública.

Os dados foram produzidos por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A) contendo variáveis relacionadas a temática da pesquisa, gravadas com o suporte de um aparelho de áudio MP3 e tiveram duração média 45 minutos cada. As entrevistas foram realizadas na Assembleia Legislativa do estado do Piauí, nas salas dos parlamentares e também nos respectivos escritórios para os deputados federais. A produção dos dados foi realizada entre os meses de Julho e Novembro de 2015.

Os dados foram processados auxílio do *software* IRAMUTEQ e analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Foram seguidas as etapas: produção de dados por meio de entrevistas em profundidade; transcrição das entrevistas; construção do *corpus* textual respeitando as normas estabelecidas de acordo com as indicações publicadas no tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2016).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário - UNINOVAFAPI, com CAAE 56950416.6.0000.5210 e parecer 1.613.777. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), respeitando os preceitos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente os seres humanos (BRASIL, 2012).

A fim de reduzir o constrangimento, todas as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e calmo, deixando o participante calmo e com privacidade para manifestar suas respostas. Foi garantido o anonimato dos participantes.

Os benefícios desta pesquisa fundamentam-se no enriquecimento da literatura científica acerca da temática através da divulgação dos resultados ao público em revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novos conhecimentos e produzindo maior visibilidade e fortalecimento na formação desses profissionais e suas potencialidades de contribuição para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, tanto em âmbito regional quanto nacional.

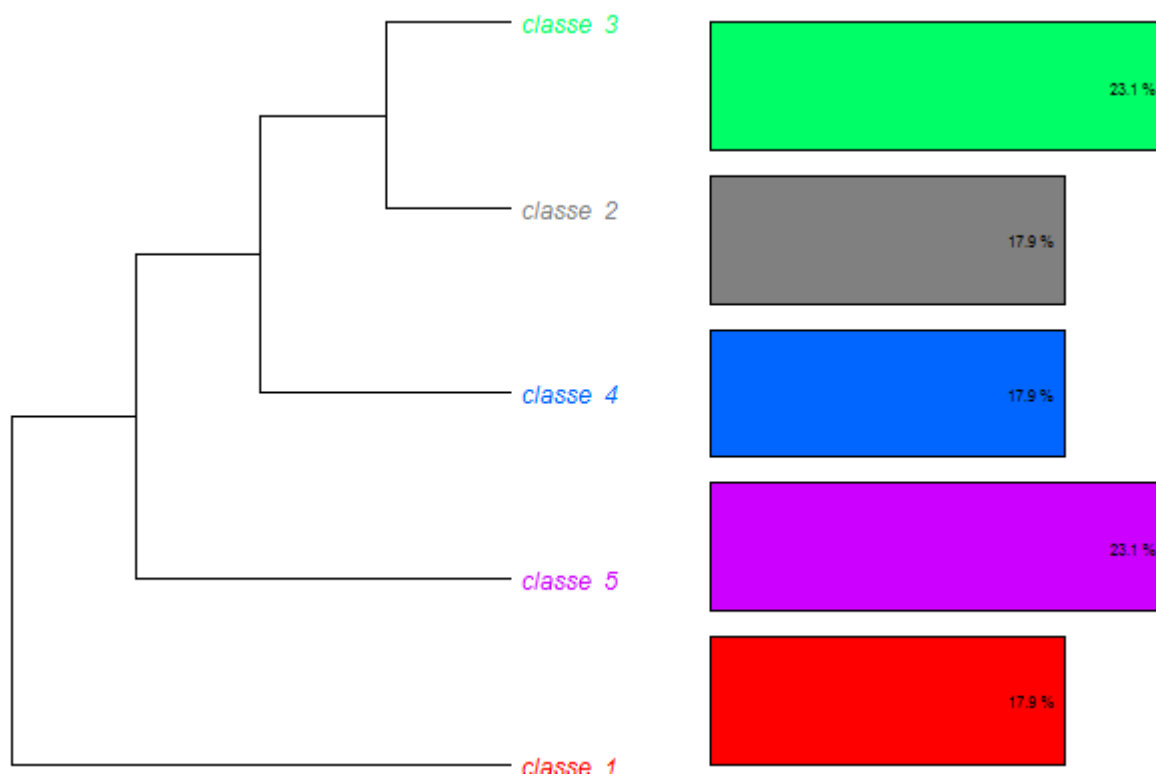
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O IRAMUTEQ reconheceu a separação do **corpus** em 11 Unidades de Contexto Inicial, ou entrevistas (UCI) e foi dividido em 39 Unidades de Contexto Elementar (UCE), a partir de 66 segmentos de textos. Foram registradas 2247 ocorrências, com aproveitamento de 59.09% do **corpus** total. Os segmentos classificados foram divididos em 05 classes, conforme o dendograma representado na Figura 1, com percentual de ocorrência e valor de X^2 mais elevado das classes.

As cinco classes semânticas do material analisado foram associadas às variáveis do estudo, idade e número de mandatos dos parlamentares, as quais representaram 100% do material submetido à análise.

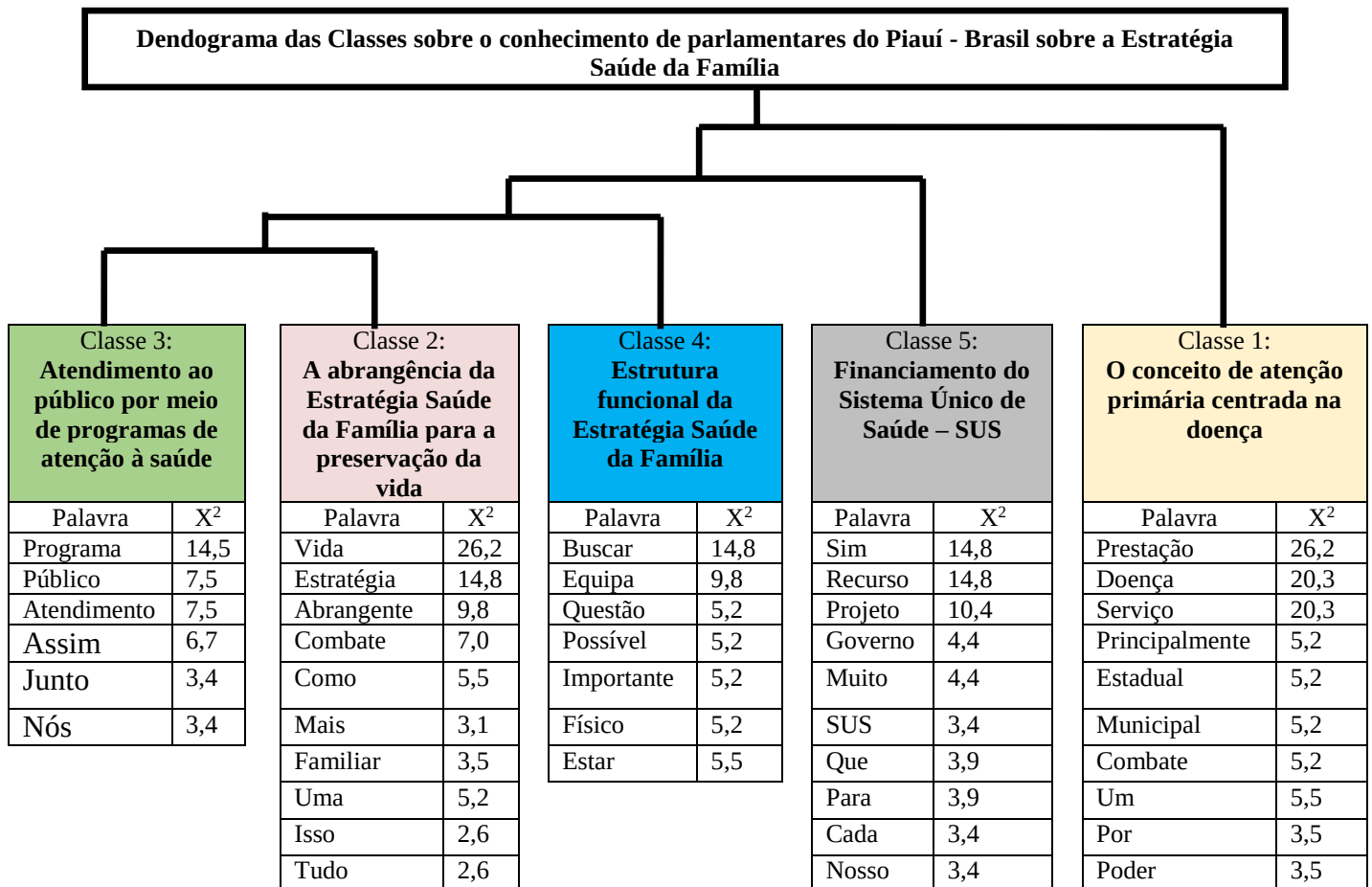
A análise hierárquica descendente resultou a seguinte distribuição de classes ou contextos temáticos.

Fig. 1 – Estrutura temática sobre o conhecimento de parlamentares do Piauí - Brasil sobre a Estratégia Saúde da Família



Fonte: IRAMUTEQ, 2017

Fig. 1 – Dendograma das Classes sobre o conhecimento de parlamentares do Piauí - Brasil sobre a Estratégia Saúde da Família



Fonte: IRAMUTEQ, 2017

As classes e suas descrições

Classe 3 - Atendimento ao público por meio de programas de atenção à saúde

A Classe 3 está diretamente relacionada à Classe 2 e corresponde a 23,1% do corpus. Composta pelos vocábulos: **programa; população; atendimento; público; assim**, todos com associação estatística significante. Na presente classe, os parlamentares percebem a Estratégia Saúde da Família como um instrumento do SUS que recebe as demandas da comunidade por meio de programas específicos de atenção à saúde como pode ser evidenciado nas falas:

A Estratégia saúde da família é uma coisa mais abrangente passa a visar uma reorganização, uma questão básica e é tida como os gestores estaduais e municipais

para expandir para uma melhor qualificação mais aprofundada. Uma equipe mais qualificada preparada e com profissionais de diversas áreas, a Estratégia Saúde da Família é isso né, cuidar prevenir orientando de uma forma mais abrangente e assim proporcionando mais qualidade de vida (Ent. 2)

As dificuldades enfrentadas pela população né, dificuldade de saúde os problemas de saúde. Então dentro do possível nós temos dado nossa contribuição junto à saúde pública do estado do Piauí (Ent. 3).

É uma reorientação das famílias sobre o atendimento e a saúde, nossa atuação na área da saúde é através de emenda parlamentar nossa contribuição de postos de saúde ciclo de palestras programa de combate a dengue etc. além de outros requerimentos no sentido de melhorar os hospitais regionais (Ent. 6).

Os parlamentares percebem a ESF como uma estratégia que reorganiza os serviços de saúde no contexto da atenção primária funcionando como porta de entrada para os serviços do SUS.

De fato, a ESF, conforme dados do Departamento de Atenção Básica é uma estratégia que tem como objetivo a reorganização dos serviços de atenção básica no Brasil proporcionando avanços na saúde pública brasileira e prestando assistência para as famílias em seu próprio contexto comunitário (DAB, 2012).

Autores têm descrito a ESF como a principal porta de entrada para os serviços do SUS em virtude de sua localização estratégica que se insere geograficamente na realidade das famílias (GIOVANELLA, et al., 2009). Entretanto, Azevedo e Costa (2010), ressaltam que a ESF é uma porta de entrada estreita para o SUS devido a problemas como a demora na marcação de consultas, especialmente para especialidades médicas, deficiência na referência e contra-referência bem como um número elevado de famílias por equipe.

Porém, mesmo com dificuldades em sua efetivação e implementação, a ESF se articula na atenção básica a fim de contemplar ações voltadas para a saúde da população, tanto individual quanto coletiva, para a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico e reabilitação da saúde com foco no cuidado integral (BRASIL, 2012).

Uma pesquisa sobre o acesso aos serviços do SUS por meio da ESF no município de Vitória, Espírito Santo, evidenciou que existem problemas e dificuldades de acesso aos serviços, apesar da população mostrar-se satisfeita com a desenvoltura das equipes de saúde. O Estudo mostrou que uma das dificuldades mais relevantes presente no município é o acesso às especialidades médicas em virtude, principalmente, da demora para a marcação de consultas. Entretanto, os autores destacam que o processo de descentralização dos serviços não está claro para a população (DOURADO et al., 2010).

Ressalta-se aqui que, em relação à falta de informação da população, os gestores em saúde devem elaborar planos para transmitir à população informações claras sobre a dinâmica dos serviços de saúde, em especial para serviços que não são oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, pois o fluxo dos usuários depende também do conhecimento dos serviços, ou seja, a forma como eles estão organizados no Sistema.

Dessa maneira, a ESF presta serviços à comunidade por meio de programas que atendem demandas específicas como: atendimento a doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus); atendimento às gestantes; crianças e adolescentes; atenção à saúde do homem e da mulher; entre outros (BRASIL, 2012).

Classe 2 - A abrangência da Estratégia Saúde da Família para a preservação da vida

A Classe 2 está diretamente relacionada à Classe 3 e são determinadas pela Classe 4, corresponde a 17,9% do corpus. Composta pelos vocábulos: **vida; estratégia; abrangente; como; mais**, todos com associação estatística significativa. Na presente classe, os parlamentares ressaltam a importância e abrangência da ESF na preservação da vida com destaque para a prevenção de doenças como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Bem, essa questão do programa saúde da família, o PSF, consiste basicamente na prevenção de doenças. É um programa do governo federal em parceria com os municípios e também com os governos estaduais é onde busca é haver uma prevenção. Neste caso, o serviço médico ele parte na frente antes da doença chegar acometer determinada pessoa da determinada família ele já está se precavendo fazendo o trabalho de prevenção que eu acho que é fundamental (Ent.3).

Eu entendo que a estratégia saúde da família funciona como sendo um programa oferecido pelo governo de atenção à saúde básica com uma equipe multidisciplinar, onde a família se torna o alvo maior onde é analisado o ambiente em que vive permitindo uma assistência de inclusão prevenção recuperação e reabilitação (Ent.10).

A prevenção de doenças é um dos temas centrais da ESF idealizada com o objetivo de romper o modelo biomédico que tem a doença como foco das ações. Na ESF são desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e se constitui em um importante espaço prestador de serviços de saúde em nível de atenção básica por equipes multiprofissionais e interdisciplinares (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

Desde muito cedo, ou seja, na primeira década da Estratégia Saúde da Família, pesquisadores já discutiam a ESF como um modelo reorientador do modelo assistencial com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde (ALVES, 2005).

Posteriormente, diversos temas foram emergindo no contexto da saúde da família com o objetivo de aprimorar os serviços oferecidos no novo modelo de atenção à saúde. Um deles é a educação em saúde. Ou seja, discutiu-se a importância de diálogos entre profissionais da saúde e população a fim de aproximar cada vez mais os usuários dos serviços das equipes de saúde da família e elucidação de temas relevantes para a saúde da população (BESEN et al., 2007).

Dessa maneira, a complexidade da dinâmica, implantação e efetivação da estratégia foi sendo discutida. Emergem questões como a formação profissional para a Estratégia e se os profissionais de saúde compreendem a ideologia proposta (GUIMARÃES; AERTS, 2011).

Nessa perspectiva, a ESF aproxima profissionais de saúde à comunidade para facilitar o acesso de usuários aos serviços do SUS a fim de que as demandas de saúde cheguem ao sistema cada vez mais rápido e os problemas da população sejam percebidos pelos profissionais de saúde inseridos na ESF de forma pontual, dessa forma, as equipes estarão com maior propriedade para atuar em campanhas preventivas específicas, ou seja, com foco na real necessidade do usuário (DIAS et al., 2014).

De 2002 a 2010 ocorreram grandes avanços referentes a acolhimento e criação de vínculo com a comunidade, apesar de serem encontradas falhas nos aspectos substitutivos do modelo de saúde vigente (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Moura et al. (2017) afirmam que para as ações de prevenção e o acesso aos serviços do SUS sejam efetivados por meio da ESF é necessário que usuários e profissionais da saúde estabeleçam vínculo, dessa forma, ocorre aumento da confiabilidade nos serviços das equipes.

Dessa forma, os serviços oferecidos à comunidade pelas equipes de saúde da família abrangem as demandas da comunidade e as inserem na referência e contra-referência promovendo o cuidado integral. Entretanto, Azevedo e Costa (2010) pontuam que existem lacunas nos serviços de referência e contra-referência.

Dourado et al. (2010), ressaltam que a população é desinformada em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, especialmente sobre o processo de descentralização. Além disso, o cuidar integral é fragmentado quando a contra-referência não funciona prejudicando o usuário. De fato, o usuário é o maior prejudicado quando ocorre descontinuidade do cuidado.

É importante destacar que os gestores e equipes de saúde são responsáveis pelas informações sobre os serviços de saúde de forma que o fluxo dos serviços deve ser elucidado para diminuir a dificuldade de acesso. Considerando a ESF a porta de entrada para o SUS,

espera-se que seja composta por profissionais aptos a fornecer informações necessárias para diminuir as dúvidas dos usuários.

Classe 4 - Estrutura funcional da Estratégia Saúde da Família

A Classe 4 determina as Classes 2 e 3, corresponde a 17,9% do corpus. Composta pelos vocábulos: **buscar; equipe; questão; possível; importante; físico; estar**, todos com associação estatística. Nesta classe os parlamentares abordam a estrutura funcional da estratégia com foco na composição das equipes de saúde da família conforme pode ser evidenciado nas falas:

É a implantação de equipes de unidades básicas de saúde. Investir mais em equipes de profissionais bem preparados montar uma equipe de multiprofissionais e fiscalizar a realização destes trabalhos nas cidades (Ent.5).

Formada por uma equipe que possa ajudar a proporcionar esse bem estar, que é a saúde que buscamos, é primordial através do atendimento orientação formando condições para promover e que ofereça também maior capacidade resolutiva (Ent.6).

Estamos buscando ideias para colaborar com essa importante modalidade de saúde pública (Ent.12).

A composição mínima das equipes de saúde da família, de acordo com o Ministério da Saúde, é: um médico seja generalista ou com especialidade em saúde da família; um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, a equipe pode ser acrescentada com a participação de cirurgião-dentista assistido por um auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2012). Tal composição visa à atenção integral às famílias por meio de uma equipe multiprofissional.

Neste sentido, essa equipe se insere no contexto da gestão compartilhada que pode ser entendida como uma modalidade de gestão que é realizada em conjunto com as equipes de saúde e com a participação da comunidade, que juntos, buscam soluções para os problemas de saúde de uma determinada realidade comunitária e planejam as ações de saúde a serem desenvolvidas. A ideia da gestão compartilhada parte do princípio de captar pessoas com experiências em diversas áreas para o desenvolvimento de trabalho em conjunto (BRASIL, 2012).

Entretanto Sulti et al. (2015) apontam que os gestores da ESF se percebem como o centro da equipe e estabelecem uma relação de hierarquia de forma que a tomada de decisões

torna-se burocrática e centralizada em detrimento do preconizado pela gestão compartilhada. Esses autores ressaltam a importância de discussões que priorizem o entendimento de como deve ser conduzida a gestão na Estratégia Saúde da Família e dar espaço para que os trabalhadores possam participar da gestão compartilhada.

Em uma pesquisa com gestores da ESF, os pesquisadores evidenciaram que o modelo de gestão presente era fundamentado na ideologia da administração clássica, ou seja, no modelo tradicional de gestão em que se sobressaem a burocracia, hierarquização e decisões centradas na gestão (SULTI et al., 2015). Dessa maneira, faz-se necessário refletir sobre o modo como a ESF é conduzida e como as relações profissionais são desenvolvidas.

Estudos reforçam a necessidade de profissionais da Estratégia Saúde da Família de estabelecer práticas que promovam a integralidade na gestão do cuidado proporcionando acolhimento e vínculo. Sabe-se que o acolhimento nos serviços de saúde funciona como uma prática que aproxima usuários de forma que a confiabilidade nas equipes aumenta contribuindo para maior procura dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (PINTO; PINHEIRO, 2005).

Embora a gestão compartilhada seja um objetivo idealizado pelos serviços de saúde, ainda existem obstáculos de ordem estrutural e organizacional presentes que devem ser superados. Um dos obstáculos é a hierarquização. Estudos feitos com equipes de saúde da família mostram que o processo de trabalho ainda é percebido como um modelo clássico e tradicional. Dessa forma, são evidenciadas fragilidades no modelo ideal da gestão compartilhada havendo a necessidade rever práticas dos profissionais de saúde e gestores de forma a aprimorar a gestão da saúde da família (FIGUEIREDO et al., 2010).

Um estudo sobre acolhimento no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro evidenciou fragilidades. Nesse sentido, os autores reforçam o acolhimento como uma ferramenta importante para a gestão do cuidado ampliando o acesso aos serviços do SUS (SILVA; ROMANO, 2015).

Outros autores descrevem a gestão compartilhada como um desafio para o SUS enfatizando que é necessário compreender as formas de estruturação do poder nos serviços de saúde. Essa compreensão, pois o convívio no ambiente profissional guiará a gestão. Para que seja compartilhada, faz-se necessário que gestores e profissionais de saúde tenham momentos para discutir o próprio trabalho, a gestão e organização dos serviços, conforme destacam (SULTI et al., 2015).

Em uma pesquisa com 72 gestores de 36 municípios sobre a gestão do trabalho na estratégia saúde da família foi evidenciado que a gestão apresenta dificuldades de

funcionamento em decorrência de interferências políticas e baixo número de profissionais médicos. Desse modo, os autores enfatizam que os desafios consistem em inovações na gestão fundamentada na gestão compartilhada (GALAVOTE et al., 2016).

Classe 5 - Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS

A Classe 5 determina as Classes 3, 2 e 4, corresponde a 23,1% do corpus. É composta pelos seguintes vocábulos: **sim, recurso, projeto, governo, ação, muito, SUS**, todas com associação estatística significativa. Nesta Classe os parlamentares falam sobre o funcionamento dos gastos públicos com saúde, pode-se evidenciar nas falas:

Ações do estado para financiar os custos da saúde da família curativa, porque é financiar para as famílias de baixa renda que não tem recursos para pagar. Eu acho muito importante, inclusive a nossa luta para aumentar o percentual da saúde dentro do projeto de ajuste fiscal do governo, apesar do projeto ser para conter gastos conseguimos tirar com nosso trabalho e conseguimos até aumentar o percentual e com isto em vez de limitar fizemos foi crescer os recursos para saúde no orçamento geral da união (Ent.4).

Não é bem a nossa especialidade, mas estamos sempre cobrando junto ao governo do estado melhorias nesta área este ano direcionamos aproximadamente 30 das nossas emendas para a saúde e poderemos sim ver algo neste sentido (Ent.5).

Nossos projetos voltados para a saúde da família além de audiências públicas para discutir sobre a aplicação dos recursos do SUS na ampliação das ações de atenção básica o nosso mandato apresentou dois projetos de leis da maior importância para esta área que são projeto que cria na estrutura administrativa do sistema único de saúde SUS no estado do Piauí o prontuário médico saúde conduzido pelo paciente para evitar desperdícios de recursos do sistema (Ent.11).

O financiamento da saúde pública no Brasil é um assunto que instiga discussões, mesmo antes da Constituição Federal de 1988 e após ela com a criação do SUS. É importante ressaltar que um dos principais problemas no financiamento do SUS é o pouco recurso que é destinado para saúde em detrimento dos valores que são cobrados para amparar o SUS. Neste sentido, o financiamento está aquém das necessidades, especialmente quando os valores gastos com saúde no Brasil são comparados com países como França e Alemanha (MENDES; FUNCIA, 2016).

Entretanto, os avanços na saúde pública brasileira são inegáveis com a criação do SUS, mas melhorias ainda precisam ser feitas para se ter um sistema público de saúde universal. Mendes e Funcia (2016) relatam que países como Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia gastam o dobro com saúde do que se gasta no Brasil. Esta postura de

financiamento do SUS prejudica a efetivação dos serviços e tem reflexo direto no acesso e qualidade dos serviços oferecidos pelas equipes de saúde.

Mendes e Weiller (2015) relatam que em um sistema capitalista o financiamento de sistema público de saúde universal enfrenta sérias barreiras em decorrência dos planos de saúde privados que são de interesse de grandes empresas detentoras de capital significativo tanto na política quanto no comércio. Nesse sentido, entende-se que um sistema público de saúde necessita constantemente de defensores no campo político para que reafirmem o compromisso do Estado com a saúde pública. Os autores ainda pontuam que as renúncias fiscais se configuram como um obstáculo para o financiamento do SUS.

Em um país com dimensões continentais e com um sistema público de saúde com dificuldades em seu financiamento, faz-se necessário ampliar o volume de recursos destinados ao setor saúde a fim de se reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde nas mais diversas regiões do país, pois locais mais afastados dos grandes centros urbanos, como Estados localizados no extremo Norte do País podem ter maiores dificuldades para gerir os serviços do SUS em decorrência das desigualdades regionais (MENDES; WEILLER, 2015).

A escassez de recursos para o SUS é um problema crônico e enfrenta dificuldades desde sua criação, depois nos anos 1990, e nos anos 2000 sofreu sucessivos episódios de constrangimento em que a saúde pública não foi valorizada, um exemplo disso foi a criação da CPMF que substituiu antigas fontes de financiamento (VIEIRA, 2016).

Sobre a distribuição dos recursos, uma análise sobre recursos transferidos para o Estado da Bahia, foi evidenciado que os gastos com atenção básica foram maiores que com os serviços de alta complexidade. Este fato é destacado pelos autores como um importante passo para quebra de cultura centrada no modelo biomédico (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

O financiamento do SUS é tido por alguns pesquisadores como uma questão controversa por faltar um volume elevado de recursos para cobertura dos serviços oferecidos (SANTOS, 2016). Assim, apesar dos avanços obtidos na saúde pública com o SUS, ainda são necessárias mudanças para aprimorar os serviços, destaca-se que uma dessas mudanças seja o financiamento e melhoria na gestão dos recursos.

Classe 1 - O conceito de atenção primária centrada na doença

A Classe 1 determina as demais classes e se constitui como a importante na relação. Corresponde a 17,9% do corpus e composta pelos vocábulos: **prestação; doença; serviço;**

também; principalmente; estadual; municipal, todas com associação estatística significativa. Nesta classe, os parlamentares entendem a atenção primária à saúde orientada pela ESF como um serviço de saúde que objetiva tratar doenças fundamentados na ideia difundida pelo modelo biomédico centrado na doença. Evidencia-se nas falas:

Eu entendo dessa forma, como uma prestação de serviço por parte do poder publico no combate as mais diversas doenças que possam acometer o ser humano e também principalmente aqueles que não têm disponibilidade de ter acesso a um plano de saúde (Ent.3).

Principalmente para reduzir os custos e o paciente que chega já a um pronto atendimento no hospital com uma doença bem mais grave sendo que essa doença poderia ter sido evitada com a prestação de serviço do programa saúde da família (Ent.3).

O projeto dispõe sobre a prestação de assistência especial a parturientes cujos filhos recém nascidos sejam portadores de deficiência ou doença congênita (Ent.11).

A visão que os parlamentares têm da atenção primária à saúde no Brasil não está de acordo com o que é preconizado pelo SUS tendo a ESF como estratégia para reorganização dos serviços de atenção primária.

O objetivo na reorganização dos serviços é romper o modelo biomédico que tem a doença como foco priorizando ações de promoção e prevenção. A ideia é trabalhar a prevenção de agravos e perceber o usuário como um ser inserido em um contexto tanto social quando histórico e inserido na realidade de sua comunidade e que apresenta necessidades específicas (MOURA et al., 2017).

A prevenção de doenças é o centro das ações da ESF e se justifica pela tentativa de rompimento do modelo biomédico. As ações desenvolvidas são programadas a partir das necessidades locais e conduzidas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares (FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

O foco na prevenção deu-se a partir da incorporação dos princípios e diretrizes do SUS pela ESF com o objetivo de causar mudanças na saúde brasileira superando as práticas tradicionais centradas na doença direcionando ações à coletividade centrada na família e na realidade social local (GOMES et al., 2011).

Entretanto, conforme observado nesta classe e nos estudos de Gomes et al. (2011), apesar das ações estarem voltadas à saúde coletiva com foco para a prevenção de doenças e agravos ainda persistem influências do modelo biomédico. Mas, o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários é essencial para o processo de superação do antigo modelo de saúde (GOMES et al., 2011). Estudo de cunho quantitativo mostrou que os repasses para os

serviços de atenção primária foram superiores aos de alta complexidade (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016).

De fato, a atenção primária à saúde apresenta desafios que precisam ser superados. Romper o modelo biomédico significa substituir antigas práticas de saúde centradas na doença e valorizar a promoção e prevenção. Fertoni et al. (2015), ressaltam que apesar de existirem esforços para romper o modelo biomédico, existem dificuldades significativas para se obter resultados esperados.

Os avanços na construção do novo modelo de saúde estão presentes na Estratégia Saúde da Família com a ampliação do acesso aos serviços do SUS, aproximação dos serviços e profissionais de saúde com a comunidade, destaques na saúde da mulher e criança entre outros (FERTONI et al., 2015).

O entendimento dos parlamentares sobre a Estratégia Saúde da Família centrada no adoecimento reflete a cultura de saúde presente na atual sociedade brasileira que têm fortes conceitos arraigados no meio social. Esses conceitos foram construídos e fortalecidos ao longo de séculos com a medicina centrada em práticas curativas.

De fato, a ideia preventivista apresentada pelo SUS por meio da ESF é relativamente nova quando comparada à história da saúde pública no país e todos os desdobramentos para se chegar ao atual modelo de saúde proposto.

Reforçar o financiamento SUS, melhorar a qualidade dos serviços, aumentar o vínculo com a sociedade e ampliar o acesso contribuirá para a mudança de pensamento em relação à Estratégia Saúde da Família. Apesar dos avanços conquistados nos mais de vinte anos de estratégia, melhorias precisam ser efetivadas para consolidação do novo modelo de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os parlamentares do Estado do Piauí entendem a Estratégia Saúde da Família como um programa de atenção à saúde para a preservação da vida, com necessidades de financiamento para ter boa estrutura organizacional e funcional. No entanto, ainda possuem o conceito de atenção aos usuários da saúde centrada na doença e não com base nos princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, que apontam como deve vir a ser construído o sistema que se quer institucionalizar para a descentralização da gestão e transferência de poder de decisão, a regionalização dos serviços, que implica na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, a hierarquização,

como o respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços e a participação social.

Como contribuição do estudo, elaborou-se um Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos parlamentares se atualizarem em matérias relacionadas à Estratégia Saúde da Família para as deliberações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família*. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.14, n.35, p.797-810, out./dez., 2010.

BESEN, Candice Boppré et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: **uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. (2002). Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília.

_____. M. S. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. M. S. Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. M.S. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. M. S. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012d

_____. M. S.. **DAB - Departamento de Atenção Básica**. Disponível: em <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>> Acesso: em 20 de nov. 2012.

CAMARGO-BORGES, C. CARDOSO, C. M. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*. v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518. 2013.

DIAS, Maria Socorro Araújo et al. intersectorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, 2014.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; VIANA, Livia Maria Mello. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2011; 12(n. esp.):930-6.

DOURADO, Talita et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

FIGUEIREDO, Paula et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, 2010.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família:(des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 881-892, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GUIMARÃES, Gehysa; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo, 2002.37 p.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde debate**, v. 39, p. 491-505, 2015.

MENDES, A.; FUNCIA, F. O. SUS e seu financiamento. **Marques RM, Plola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**, v. 1, p. 139-68, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2010.

MOURA, L. K. B. et al. Satisfaction of Users of the Family Health Strategy in a Capital City of Northeast Brazil. **Int Arch Med**. v.10, n.80, p. 1-7, mar. 2017.

PINTO, Márcia Constância; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, 2005.

SANTOS, B.R.L. O PSF e a enfermagem. **RevBras Enfermagem**.2000;53(N Esp):49-53.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 28 mar. 2012.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013.

SILVA, Tarciso Feijó; ROMANO, Valéria Ferreira. O acolhimento e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: fragmentos, perspectivas e reflexões. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. **RevBras Enfermagem**. 2000;53(N Esp):25-30.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infan**. v. 7, n. 4, p. 495-502, out. / dez., 2007.

SULTI, Amanda Del Caro et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 172-182, 2015.

TELES, Andrei Souza; COELHO, Thereza Christina Bahia; DA SILVA FERREIRA, Milla Pauline. Blocos de Financiamento: Transferências Federais para o Estado Da Bahia. **Saúde. com**, v. 12, n. 2, 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.1, p. 181-190, 2013.

VIEIRA, Fabiola Sulino. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, p. 187-199, 2016.

4.2 Produto: Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família

PROJETO DE INDICATIVO LEI Nº. /17

“Criação de núcleos permanentes de capacitação na estratégia Saúde da Família (ESF) vinculados às instituições de educação superior pública e privada”

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PIAUÍ,

Faço saber que o Poder Legislativo decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Este projeto de lei trata da ampliação da capacitação de recursos humanos na estratégia Saúde da Família.

Art. 2º. – O conhecimento dos parlamentares devem maior percepção sobre o programa da saúde da família:

I - Mediante o conhecimento dos parlamentares, a importância do programa Estratégia Saúde da Família, na atenção primária da saúde os parlamentares podem identificar os pontos positivos e negativos, propor ao poder executivo para que possa melhorar o Sistema de Saúde, baseados nas principais doutrinas do SUS (Sistema Único da Saúde), que seja mais rápido e resolutividade e atendimento sem comprometer a qualidade.

Art. 3º Solicitar a ampliação do programa (ESF), devido os resultados já alcançados, por meio dos núcleos vinculados aos cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu em estratégia Saúde da Família.

Art. 4º Esses núcleos estariam vinculados aos cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu em estratégia Saúde da Família com o apoio das autoridades constituídas do poder executivo (gestores), legislativo e judiciário.

Art. 5º A criação dos núcleos de capacitação estará vinculada às instituições educacionais superiores que deverá ofertar os cursos com vagas destinadas aos profissionais da estratégia

saúde da família, cabendo ao poder executivo, o financiamento.

Art. 6º. – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º. – Revogam-se as disposições em contrário.

Sala das seções da Assembleia Legislativa do Estado do Piauí, em 18 de abril de 2017.

Deputado Dr. Pessoa

JUSTIFICATIVA DO PROJETO DE LEI

O Programa Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como “Estratégia Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”, teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orientada pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação, expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família. Desta forma, atua na promoção da saúde e na medicina preventiva, sem se descuidar dos aspectos assistenciais. Apresenta um alcance social inestimável pois, pelo serviço das equipes desenvolve pelo território nacional, intervenções que, se comparada às demais ações, garante seu dever de garantir a saúde da população (BRASIL,2007).

O novo modelo de Atenção Primária visa a reversão do modelo assistencial anterior onde predominava o atendimento hospital-colônia, sem considerar o ser humano no seu contexto biopsicossocial, cultural e econômico.

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família

(PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

O médico de família e comunidade é preparado para acompanhar os pacientes em seu contexto familiar e social diagnosticando e tratando os problemas mais frequentes e, principalmente, prevenindo doenças e promovendo a saúde. No Brasil esses médicos integram as equipes do Programa Saúde da Família.

O acesso das populações rurais aos serviços básicos de saúde é um desafio em várias partes do mundo. O problema é agravado, principalmente pela falta de profissionais qualificados, alta rotatividade profissional e infraestrutura deficiente. Para iniciar o combate a esses problemas se deve ampliar a formação e a capacitação de médicos especializados no atendimento às famílias e às comunidades rurais, além da descentralização dos cursos de medicina, para promover e estimular a ampliar a assistência médica das áreas rurais e dos municípios mais distantes dos grandes centros.

O Ministério da Saúde tem como prioridade o fortalecimento da Atenção Básica, com capacidade para solucionar até 80% dos problemas de saúde da população, o que ajuda a desafogar os atendimentos em hospitais gerais e instituições habilitadas para serviços de média e alta complexidade. Em 2002, o governo federal destinava R\$ 3,2 bilhões à Atenção Básica. Em 2015, o investimento alcançou R\$ 18,7 bilhões. O número de Unidades Básicas de Saúde no Brasil também cresce a cada ano. Em 2010, havia cerca de 32,8 mil unidades em funcionamento. Até o final de julho já somam mais de 40,6 mil em funcionamento.

Diante do importante reconhecimento que este projeto alcança é que submeto a meus pares a presente proposição, para que se dignem em aprová-la.

Deputado Dr. Pessoa

5 CONCLUSÃO

Os parlamentares do Estado do Piauí entendem a Estratégia Saúde da Família como um programa de atenção à saúde para a preservação da vida, com necessidades de financiamento para ter boa estrutura organizacional e funcional. No entanto, ainda possuem o conceito de atenção aos usuários da saúde centrada na doença e não com base nos princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, que apontam como deve vir a ser construído o sistema que se quer institucionalizar para a descentralização da gestão e transferência de poder de decisão, a regionalização dos serviços, que implica na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, a hierarquização, como o respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços e a participação social.

Como contribuição do estudo, elaborou-se um Projeto de Lei sobre a Estratégia Saúde da Família, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos parlamentares se atualizarem em matérias relacionadas à Estratégia Saúde da Família para as deliberações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família*. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.14, n.35, p.797-810, out./dez., 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. (2002). Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília.

_____. M. S. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família Brasília; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. M. S. Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. M.S. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da unidade de saúde da família. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. M. S. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012d

_____. M. S.. **DAB - Departamento de Atenção Básica.** Disponível: em <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>> Acesso: em 20 de nov. 2012.

CAMARGO-BORGES, C. CARDOSO, C. M. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*. v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518. 2013.

DIAS, Maria Socorro Araújo et al. intersectorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, 2014.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko; VIANA, Livia Maria Mello. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 12, 2011; 12(n. esp.):930-6.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 881-892, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo, 2002.37 p.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde debate**, v. 39, p. 491-505, 2015.

MENDES, A.; FUNCIA, F. O. SUS e seu financiamento. **Marques RM, Plola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**, v. 1, p. 139-68, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2010.

MOURA, L. K. B. et al. Satisfaction of Users of the Family Health Strategy in a Capital City of Northeast Brazil. **Int Arch Med**. v.10, n.80, p. 1-7, mar. 2017.

SANTOS, B.R.L. O PSF e a enfermagem. **RevBras Enfermagem**.2000;53(N Esp):49-53.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 28 mar. 2012.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. **RevBras Enfermagem**. 2000;53(N Esp):25-30.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.** v. 7, n. 4, p. 495-502, out. / dez., 2007.

SULTI, Amanda Del Caro et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 172-182, 2015.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.1, p. 181-190, 2013.

VIEIRA, Fabiola Sulino. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, p. 187-199, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONARIO SEMIESTRUTURADO

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

1. Dados de Identificação

Gênero: () Masculino () Feminino

Faixa etária:

() 30 -40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 () 71 ou mais

Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () União estável

Formação Acadêmica: _

Ano de Formação:

Pós- graduação:

Ano: _____ Área: _____

Ano: _____ Área: _____

2. Questão sobre a temática:

O que você entende por Estratégia Saúde da Família?

APENDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ-
UNINOVAFAPÍ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“CONHECIMENTO DE PARLAMENTARES DO PIAUÍ SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF”**, desenvolvida por José Pessoa Leal, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi, sob orientação do Professor Gerardo Vasconcelos. O objetivo central do estudo é avaliar o conhecimento de parlamentares do estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família. O convite a sua participação se deve porque o senhor é parlamentar atuante do estado do Piauí. Sua participação é muito importante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Para sua identificação será utilizada a sigla S seguida de um número crescente limitando a 40.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. O tempo de duração é de aproximadamente meia hora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPÍ. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de que Os resultados finais desta pesquisa ainda irão enriquecer a literatura científica acerca da temática através da divulgação dos resultados ao público em revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novos conhecimentos e produzindo maior visibilidade e fortalecimento na formação desses profissionais.

O senhor (a) poderá sentir algum desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais e em alguns tópicos ficarem constrangidos em falar. Neste sentido, esta pesquisa busca minimizar o máximo de riscos ou desconfortos para os participantes, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer

tempo sem qualquer ônus. A entrevista será em sala reservada para minimizar esses riscos citados. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Ressalta-se que se o senhor(a) vier a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12. Este documento é redigido em duas vias sendo uma para o senhor (a) e a outra para o pesquisador.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Gerardo Vasconcelos Mesquista- Pesquisador Responsável
RG: CPF: 287.191.903-87

José Pessoa Leal- Pesquisador Participante
CPF: 382.014.707-10

Gerardo Vasconcelos Mesquista- Pesquisador Responsável e-mail: gvmesquita@uol.com.br

Teresina ____ de _____ de 2016

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA “**Interface – Comunicação, Saúde, Educação**”

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação *on-line*, em acesso aberto, interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas. Prioriza abordagens críticas e inovadoras e dá ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. O Corpo Editorial da revista pode propor, eventualmente, temas específicos considerados relevantes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outra língua. Todos os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico por pares. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. O título abreviado do periódico é **Interface (Botucatu)**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas. A submissão de manuscritos é feita apenas *on-line*, pelo sistema *Scholar One Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas a seguir. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na triagem inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

Na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

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, resumos 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 **apenas** de título nas três línguas.

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 20 palavras).

Notas

Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 20 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 informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, indicando **apenas** o número do processo, apresentadas no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. O número do processo 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 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 enviados 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).

Nota

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 à esquerda, 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.

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.

Nota

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

Exemplo:

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 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (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 acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 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).

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

Utilizar caixa alta:

– apenas na primeira letra de palavras que indicam grandes áreas do conhecimento ou instituições (Saúde Coletiva, Epidemiologia, Educação, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Instituto de Pesquisas);

– na primeira letra da palavra Estado – apenas quando representar a instituição Governo (“O Estado determina as regras...”);

– 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

– ao usar sigla, primeiro escrever por extenso e depois a sigla, entre parênteses.
Utilizar caixa baixa:

- escola, medicina, homeopatia, educação superior, hepatite...;
- títulos (professor, doutor, chefe, coordenador, diretor...).

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

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. Titulação, cargo ou 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 20 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. 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.**

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

Todo texto 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 seguindo para a etapa de avaliação se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema.

O processo de avaliação possui duas etapas: **a pré-avaliação e a avaliação por pares.**

1 Pré-avaliação: é realizada pelos editores e editores associados e só seguem para a avaliação 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.

2 Avaliação por pares: os textos aprovados em pré-avaliação seguem para avaliação *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.

3 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);
- 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;
- 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.

Custos operacionais da submissão e publicação

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital, e este formato envolve custos substanciais, atualmente não assegurados integralmente por recursos públicos. Neste sentido, Interface passou a adotar **taxas de submissão e publicação** de manuscritos aprovados, para ajudar a cobrir parcialmente os custos operacionais da revista e assegurar a manutenção da sua qualidade e o acesso aberto aos manuscritos publicados.

Taxa de submissão

A taxa de submissão é solicitada aos autores pela secretaria da revista logo após a etapa de triagem do manuscrito submetido, feita pelo editor responsável pelo processo, **se o mesmo estiver dentro do escopo da revista**. Esta taxa não será devolvida caso o artigo seja rejeitado na etapa de pré-avaliação e/ou de avaliação por pares.

Valor: R\$150,00

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander

Agência 0039

Conta Corrente: 13001550-1

Código: 11890-4

Após efetuado o depósito, os autores deverão enviar o comprovante via sistema, como documento suplementar, no **passo 6** do processo de submissão.

Nota

Não será cobrada taxa de submissão em reapresentação de manuscrito rejeitado para publicação.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para manuscritos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto**.

Valor:

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 600,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 700,00**

Nota

Neste valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo continuará a ser responsabilidade individual dos autores do manuscrito em publicação.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico eletrônico, em acesso aberto e não cobra taxas para acesso aos artigos.

Todo o conteúdo de **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics <<http://publicationethics.org>>

Interface – Comunicação, Saúde, Educação adota o sistema Turnitin para identificação de plágio.

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE PARLAMENTARES DO PIAUÍ SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Pesquisador: GERARDO VASCONCELOS MESQUITA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56950416.6.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.613.777

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa sobre o conhecimento de parlamentares do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família.

Local do Estudo: A pesquisa será realizada na Assembleia Legislativa do estado do Piauí (Parlamentares estaduais) e também nos respectivos escritórios de deputados federais (Parlamentares federais), todos localizados na cidade de Teresina, capital do Piauí. **Participantes do estudo:** A pesquisa será realizada com os 40 Parlamentares do estado do Piauí, sendo destes 30 deputados estaduais e 10 deputados federais. Os critérios de inclusão serão ter disponibilidade de participar da pesquisa, bem como aceitarem participar da pesquisa, e por fim assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO), o qual segue os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento de parlamentares do estado do Piauí sobre a Estratégia Saúde da Família;

Objetivo Secundário:

Analisar como os parlamentares do estado do Piauí aplicam seus conhecimentos sobre a Estratégia

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.613.777

Saúde da Família para a elaboração e
fiscalização das leis relacionadas à saúde;
Elaborar uma Cartilha de Orientação Parlamentar sobre a Estratégia Saúde da Família- ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução em vigor do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa que envolve seres humanos envolve riscos, podendo este ser imediato ou tardio e comprometer o indivíduo participante ou a coletividade. Assim os participantes deste estudo poderão sentir desconfortos em compartilhar informações pessoais ou confidenciais e em alguns tópicos ficarem constrangidos em falar. Neste sentido, esta pesquisa busca minimizar o máximo de riscos ou desconfortos para os participantes, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. A entrevista será em sala reservada para minimizar esses riscos citados.

Cabe ressaltar que os participantes incluídos no estudo assinarão duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a pesquisa conduzida ao comitê de ética do Centro Universitário UNINOVAFAPI para a aprovação. Durante todas as etapas do estudo todos os pesquisadores respeitarão impreterivelmente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente os seres humanos. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo será utilizada a sigla S seguida de um número crescente limitando a 40.

Benefícios:

Os resultados finais desta pesquisa ainda irão enriquecer a literatura científica acerca da temática através da divulgação dos resultados ao público em revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novos conhecimentos e produzindo maior visibilidade e fortalecimento na formação desses profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Diante do contexto apresentado, o desenvolvimento de pesquisas que

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

CEP: 64.073-500

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.613.777

auxiliem na consolidação do conhecimento técnico-científico nesta área temática torna-se relevante, pois podem auxiliar na identificação dos desafios na consolidação da Estratégia Saúde da Família, resultando na efetivação da política nacional de de atenção básica, que é inegavelmente, realizada a âmbito nacional pelas equipes de ESF's.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória estão de acordo com a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está elaborado de acordo com a resolução 466/12 do CNS, portanto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_737502.pdf	10/06/2016 21:39:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	questionario.pdf	10/06/2016 21:39:16	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	10/06/2016 21:27:38	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	lattesgerardo.pdf	10/06/2016 21:27:12	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tleok.pdf	10/06/2016 21:25:07	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	10/06/2016 21:24:00	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaok.pdf	10/06/2016 21:22:25	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	10/06/2016 21:22:18	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Declaração de	lattesjose.pdf	10/06/2016	GERARDO	Aceito

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.613.777

Pesquisadores	lattesjose.pdf	21:21:48	VASCONCELOS MESQUITA	Aceito
Folha de Rosto	folhsok.pdf	10/06/2016 21:03:25	GERARDO VASCONCELOS MESQUITA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 29 de Junho de 2016

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br