

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE-RS**

**GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO
NARRATIVA**

JANAINE NARDINO

Santa Maria/RS, Brasil

2014

**GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO
NARRATIVA**

JANAINE NARDINO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação da Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde - EaD da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM/CESNORS, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Enf.^a Ms.^a Leila Mariza Hildebrandt

Santa Maria/RS, Brasil

2014

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE-RS

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO
NARRATIVA

elaborado por

Janaine Nardino

Como requisito para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Ms.^a Leila Mariza Hildebrandt
(Presidente/Orientadora)

Enf.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite (UFSM/CESNORS)
Primeiro Examinador

Prof.^a Esp. Adriane Marines dos Santos(UFSM)
Segundo Examinador

Prof.^a Dr. Ricardo Vianna Martins (UFSM)
Suplente

Santa Maria/RS, 13 de agosto de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico a todas as pessoas que amo.

AGRADECIMENTOS

A Deus...

Por nos dar a vida e iluminar nossos caminhos, *pois sem Ele nada disso seria possível*. Amém!

À minha orientadora...

Com dedicação, disponibilidade e entusiasmo contagiante. Por me incentivar a ir sempre mais além. Pelas orientações precisas e ensinamentos imprescindíveis.

Aos meus pais...

Devo tudo a eles! que não só acreditaram em mim, eles fizeram mais, muito mais, me deram chão em muitos momentos em que as dificuldades da vida abusaram da minha resistência. Obrigada pelo carinho, apoio e incentivo.

Ao meu irmão Marcelo...

Pelo carinho e incentivo, por me alegrar e deixar meus dias mais coloridos!

E a todas as pessoas que passaram em minha vida e que mesmo sem perceberem deixaram algum ensinamento, e, por isso, contribuíram para minha formação tanto pessoal quanto profissional!

EPIGRAFE

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
METODOLOGIA.....	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
CONCLUSÕES.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXOS.....	24
ANEXO A.....	25

GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO NARRATIVA

**Janaine Nardino
Marinês Tambara Leite
Leila Mariza Hildebrandt
Adriane Marinês dos Santos
Ricardo Vianna Martins**

RESUMO

O avanço na gestão envolve as práticas dos serviços de saúde e alude reflexões sobre novas abordagens na produção do cuidado realizado pela Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma revisão narrativa, que objetivou analisar as publicações brasileiras relativas à gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família no período de 2006 a 2013. A busca dos artigos ocorreu nos bancos de dados na Biblioteca Virtual de Saúde, refinando pelas fontes de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Literatura Internacional em Ciências da Saúde. De 73 artigos encontrados, após a leitura dos resumos, 18 enquadraram-se nos critérios de inclusão e foram analisados segundo os preceitos da análise de conteúdo. As publicações demonstram a importância da gestão na Estratégia Saúde da Família e apontam que os profissionais devam esforçar-se para atender as necessidades dos usuários e da comunidade, prestando serviço de qualidade e que gere satisfação. Os estudos mostram que há fragilidades nas Estratégias Saúde da Família e, assim, faz-se necessário desenvolver meios de aprimorar as ações e intervenções implementadas por elas. Isto é atribuição dos gestores, que devem promover conhecimento e socialização de experiências, que sirvam de base para o alcance de melhorias dos serviços de saúde e qualificação da gestão.

Palavras-chave: Gestão em saúde; estratégia saúde da família; saúde pública; revisão

ABSTRACT

CARE MANAGEMENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: NARRATIVE REVIEW

The advance in the management involves practices of health services and reflections about new approaches of care provided by the Family Health Strategy. It aimed analyze the brazilian publications about management of care in the Family Health Strategy from 2006 to 2013. The search of articles was in the Virtual Health Library. The databases were Latin American and

Caribbean Health Sciences Literature and International Health Science Data. It found 73 articles after of the reading the abstracts of according with inclusion criteria with content analysis. The publications showed the importance of management in the Family Health Strategy and also the professionals should meet the user's needs and the community providing quality service and satisfaction. The studies show weaknesses in the Family Health Strategy and the need to develop actions and interventions implemented by them. This is assignment of managers which should promote knowledge and sharing of experiences to improvements and qualification in the health management services.

Keywords: Health management; family health strategy; public health; review

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde tem passado por transformações e reorganizações com significativo avanço. As mudanças de maior impacto tiveram início com a reforma sanitária brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Constituição Federal do Brasil de 1988 transformou-se no marco teórico que concretizou o entendimento social de promoção da saúde, maior conquista do movimento sanitário brasileiro, e proporcionou garantias de cidadania social¹.

Nesse contexto, o SUS ampliou o acesso a saúde na atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), que foi criado em 1994. A partir da necessidade de revisar e adequar às normas nacionais e considerando os princípios e diretrizes propostos pelo pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão, houve a reorganização da atenção básica no Brasil. Esse novo serviço é composto por equipes multiprofissionais com visão holística, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação a saúde. Estratégia da Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, reorientar o modelo assistencial e focar a família como centro de atenção, com ações no âmbito individual e coletivo².

Neste cenário, as práticas de saúde continuamente precisam de investimentos materiais e de recursos humanos para manter a prestação da assistência a população. Isto é um constante desafio para a gestão do cuidado com as pessoas diante da efetivação das políticas públicas, no intuito de atender as múltiplas necessidades da população³.

Especificamente, em relação à gestão de cuidado, este é considerado o momento de encontro entre profissional/equipe e o usuário, constituindo-se em um espaço de diálogo, entre os que possuem necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar. Esses ambientes sofrem influência, tanto na equipe quanto no usuário, de diversos fatores externos, como organizações, crenças,

formações, entre outros. Sendo assim, a ESF proporciona uma mudança no processo de trabalho do profissional de saúde, que engloba o profissional, usuário, família e também toda a comunidade, valorizando vínculo e acolhimento⁴.

Cuidado é promover ou disponibilizar tecnologias de saúde conforme a necessidade de cada indivíduo, com o objetivo de proporcionar saúde, bem estar, segurança e autonomia. Para isso, a gestão do cuidado em saúde apresenta diferentes dimensões interdependentes e que dependem da ação de múltiplos atores⁵.

Três componentes determinam a gestão de cuidado na dimensão profissional. Um deles é a postura ética do trabalhador, com a forma de como o profissional percebe o indivíduo que precisa de cuidados; o segundo diz respeito à competência com que o trabalhador utiliza e domina seu saber técnico-científico no sentido de solucionar os problemas apresentados pelo paciente; e o terceiro está relacionado à capacidade de formação de vínculo entre o profissional e o paciente⁵.

Diante da configuração do modelo atual de atenção a saúde, observa-se que a gestão encontra-se num período de mudanças, de conscientização e, especialmente, de um processo de educação em saúde para a população e para os profissionais, que compõem o cenário dos serviços. Entende-se que a gestão do cuidado é uma questão de caráter individual e coletivo e, ao mesmo tempo, deve ser continuamente repensada, analisada e, caso necessário, modificada. Para tanto, há necessidade de se produzir conhecimentos e socializar, especialmente sobre os aspectos da gestão do cuidado na estratégia saúde da família.

Dessa forma, este estudo tem como questão de investigação: O que tem sido publicado no Brasil sobre a gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família? Centrado no problema de pesquisa está o objetivo que é: analisar as publicações brasileiras relativas à gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família no período de 2006 a 2013, disponíveis on-line.

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como uma revisão de literatura, a qual se constitui na busca de informações acerca de determinado tema, com a finalidade de sistematizar a produção do conhecimento sobre um problema de pesquisa. Ao proporcionar os resultados das investigações, essa metodologia pode auxiliar os profissionais, os pesquisadores e os estudantes em suas decisões, após conhecerem o que tem sido estudado sobre o assunto⁶.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), refinando pelas fontes de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Essa busca procedeu-se

em janeiro de 2014, a partir das palavras “gestão” *and* “estratégia de saúde da família” *and* “cuidado”. A delimitação temporal foi o período de 2006 a 2013, em que o ponto inicial foi determinado pela reorganização do sistema de atenção básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família, em 2006.

Os critérios de inclusão foram: artigos, disponíveis na íntegra em meio eletrônico e redigidos em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

A partir da leitura prévia dos títulos e resumos das 73 produções que emergiram, foram selecionados 18 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão. Para o acesso ao texto completo, foram usados os seguintes recursos: *link* disponível diretamente na base de dados LILACS, portal do periódico em que o artigo foi publicado, portal CAPES e buscador *Google*.

Para o mapeamento das produções científicas, utilizou-se uma ficha constituída das variáveis: ano de publicação, região da produção, objetivo(s), tipo de estudo e principais resultados. Foi desenvolvida a análise de conteúdo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Realizou-se leitura flutuante, a qual possibilitou ter uma visão abrangente do conteúdo. Na sequência houve a leitura integral do artigo, que permitiu identificar resultados e extrair trechos significativos. A leitura exaustiva se deu pela releitura dos textos, quando foi possível construir as categorias temáticas, observando as convergências, divergências e semelhanças do conteúdo existentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 18 artigos analisados na íntegra, verificou-se que a região brasileira de procedência dessas produções com maior destaque foi a Sudeste (09 estudos), seguida pela Nordeste (06 artigos), Centro-oeste (02 artigos) e Sul (01 artigo).

Da análise de conteúdo, elaboraram-se duas categorias temáticas: A Estratégia Saúde da Família e a gestão da atenção a saúde; e a (in)satisfação do usuário de saúde em relação do serviço recebido.

A Estratégia Saúde da Família e a gestão da atenção à saúde

A leitura dos textos possibilitou identificar que o modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) coloca a comunidade e o usuário no centro do processo de formulação e

operacionalização das políticas e ações de saúde, ampliando a participação destes na gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde⁷. Além disso, utilizam a estrutura de Apoio Matricial (AM) para ampliar e dar cobertura às ações de saúde, aproximando os profissionais da ESF com a comunidade, criando o vínculo necessário para obter os relatos, vivências, inquietações, medos, sugestões, reclamações, desabafos, entre outras necessidades das pessoas. Desse modo, é possível desenvolver uma gestão diferenciada na atenção do cuidado e, conseqüentemente, realizar ações de atenção integral para a população.

Nesse sentido, estudo⁸ menciona que o AM configura-se como um elo e atua articuladamente - equipe e rede assistencial - operando como uma ação de reflexão e remodelação das práticas de saúde, por meio da reorganização do processo de trabalho da ESF. Refere, ainda, que os encontros do AM se tornam essenciais para identificar as dificuldades que a equipe de saúde, por vezes, não consegue perceber. Para tanto, constroem soluções a partir de um planejamento de gestão participativa, em que são estabelecidas trocas de saberes entre os profissionais de diferentes serviços que estão envolvidos no cuidado ao usuário. Assim, esses aspectos se tornam importantes para o desenvolvimento de práticas de saúde, cuja maior finalidade é a construção do cuidado integral e humanizado, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, o AM é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde e, desse modo, faz com que o usuário seja cliente, favorecendo a construção de vínculo e responsabilização das equipes. Com isso, o AM é uma ferramenta indispensável para a atenção e a gestão à saúde, uma vez que possibilita o atendimento integral, aumentando a capacidade de resolver os problemas que a equipe apresenta. O AM serve como um suporte técnico ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele também é considerado um recurso que facilita o cuidado em saúde, presta atendimento individualizado, respeitando suas subjetividades e mantendo o contato com a família. Além disso, incentiva o comprometimento com a equipe da ESF com os problemas de saúde dos usuários não quebrando o vínculo já estabelecido⁹.

Contudo, ainda há fragilidades na consolidação das diretrizes preconizadas pelo SUS, pois uma pesquisa¹⁰ que envolveu trabalhadores e gerentes do cuidado integral ao usuário apontou que há necessidade de ampliar o vínculo entre profissionais de saúde e a população, além de qualificar o acolhimento aos usuários que procuram o serviço de ESF. Os autores mencionaram que a partir do estudo foi possível reorganizar os processos de trabalhos, em que gestores da ESF desenvolveram formas alternativas de gestão, com a finalidade de prestar atendimento de qualidade para a população.

Ainda, como meio de gerenciar a atenção à saúde, o estudo¹⁰ mostraram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificaram os problemas de saúde dos usuários e que esses

profissionais são elementos importantes para a equipe e os serviços da comunidade. Também, o vínculo construído entre usuário/comunidade e equipe auxilia os ACS e contribui na qualificação da atenção prestada à comunidade.

No entanto, publicações¹¹⁻¹²⁻¹³ apontaram problemas na atenção básica e sua integração com as equipes de saúde, em que houve falta de domínio técnico de determinadas áreas como a saúde mental, por parte dos profissionais, de limites para as suas atuações, a falta de vínculos com esses usuários e suas famílias, sendo que o papel do ACS foi de mediador do processo, e a necessidade de formação continuada para a equipe. Isto porque não basta inserir profissionais na atenção básica, mas estes devem estar capacitados para detectar os problemas de saúde e ter propostas de intervenções adequadas, para melhor organização e gestão do trabalho e para a qualidade da atenção aos usuários.

O acolhimento e vínculo são dois conceitos de extrema importância para o desenvolvimento e atendimento do usuário que apresenta problemas de saúde mental. Na atenção básica, o acolhimento e vínculo se tornam norteadores da assistência, ao proporcionar atendimento humanizado. É essencial que haja a inclusão do doente mental nos serviços da ESF, com atendimento diferenciado, que atende o princípio da igualdade na assistência à saúde¹⁴.

Os ACS, ao serem integrantes da comunidade, tornam-se mediadores e facilitadores da relação entre o serviço de saúde e seu usuário. Além disso, por terem facilidade de estabelecer vínculos e contatos, o ACS torna-se importante instrumento na atenção em Saúde Mental. Em relação aos cuidados oferecidos às pessoas com transtorno mental na atenção básica, os ACS são os profissionais que mais têm postura cordial, afetiva e compreensiva, o que facilita a relação¹⁵.

O vínculo entre usuários e ACS gera confiança mútua, o que é essencial para o sucesso do trabalho da equipe. Essa confiança se dá pelo elo que os ACS têm com as famílias, pois nas visitas a suas casas, conhecem seus hábitos, costumes, problemas, necessidades que o restante da equipe não fica conhecendo. É por meio dos ACS que se obtém informações sobre os usuários e as situações de riscos das famílias.

Na maioria das vezes o ACS assume a responsabilidade de manter a interação entre a população e a equipe de saúde da família¹⁶. É o ACS que vive na comunidade do usuário, que convive mais tempo com ela e sabe sobre as realidades do local, dos problemas, satisfações e insatisfações do ambiente¹⁷.

Estudo¹⁸ descreveu a interação dos usuários com os ACS, o qual apontaram que faltam conhecimento e capacitação dos agentes. Os usuários cobraram mais conhecimentos e isso prejudicou o bem estar dos ACS, pois se sentiam pressionados, estressados e cansados, ficando desacreditados diante a população. Esses sentimentos deveriam ser reconhecidos e considerados no planejamento da gestão, para que isso não prejudicasse o trabalho dos ACS.

Qualidade dos serviços implica assumir compromissos com a integralidade, universalidade e de repensar nos modelos de atenção e de gestão. O desafio foi intensificar ações que permitam aprimoramento do sistema, fortalecendo a atenção integral e resolutiva à população, com efetividade e responsabilidades. Para tanto, estudo apostou na educação permanente, com a finalidade de aperfeiçoar e reciclar os conhecimentos, contribuindo na qualificação das práticas. Vale destacar que após a implementação da ESF, o município e as equipes de saúde viveram um dilema de gestão, em que havia o desafio de disseminar e coletivizar as diretrizes institucionais do processo de trabalho local¹⁹.

Assim, percebe-se que a capacitação e melhor formação desses profissionais merecem atenção dos gestores diante das importantes contribuições dos ACS para a atenção básica. A atuação dos ACS em saúde mental muitas vezes se agrava, pois há falta de conhecimento específico nessa área. Os mesmos se vêem impotentes em função do desconhecimento e da pouca resolutividade que podem apresentar. Muitos ACS acompanham usuários e suas famílias com transtorno mentais e sentem dificuldade em atender a demanda, além de temerem por sua integridade física e psicológica. Sendo assim, justifica uma melhor capacitação desses membros da equipe de saúde para uma assistência de melhor qualidade²⁰.

Outro estudo analisado¹⁹ teve por objetivo relatar a experiência da construção de um modelo de atenção à saúde. Nele os autores apontaram que para garantir a integralidade do cuidado, com eficiência e qualidade, foram necessárias ações organizadoras que facilitassem o vínculo com a população e promovessem o cuidado de qualidade. Para tanto, foi importante ampliar a capacidade das equipes, avançar e agregar o saber dos usuários.

No decorrer da construção do sistema de saúde, há possibilidade de os trabalhadores, junto com a população, criarem mudanças na proposta da ESF, em que o trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Com participação coletiva, é possível ter uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforçando o compartilhamento de tarefas e, juntos, alcançando os objetivos comuns. Se não houver a interação entre profissionais e usuários, corre-se o risco de ter uma prática fragmentada, desumanizada e centrada no enfoque individual²¹.

Ações de promoção e prevenção, com atendimento integral, são fortalecidas a partir do vínculo construído entre profissionais e usuários, uma vez que este gera confiança, contribuindo para a saúde individual e coletiva e proporcionando melhor assistência à saúde do usuário²¹. Nessa mesma linha de discussão, um estudo realizado²² com o objetivo de analisar a produção do cuidado dos ACS, tendo as tecnologias de cuidado e a caracterização da reestruturação produtiva como principais marcadores de processo de trabalho, identificou que a subjetividade entre a equipe e os usuários, amplia os espaços de compartilhamento da gestão do cuidado pela equipe.

Outro aspecto, para o modelo de organização da gestão do cuidado e do trabalho que se estrutura por relações hierarquizadas, é que o ACS reproduz um modo de produção do cuidado centrado em procedimentos. Isso subestima os outros saberes e manifesta-se como o saber-cuidador, centrado em tecnologias relacionais que mantém a equipe pouco permeável a inovações no processo de trabalho do ACS. A análise mostra que os ACS, por não terem espaço para a elaboração de planejamento do trabalho, necessitam criar estratégias de gestão colegiada, para discutirem e resolverem os problemas. As tecnologias ligadas ao processo de trabalho em saúde têm contribuído muito para a gestão do cuidado e nos trabalhos dos serviços de saúde, por possibilitarem a identificação de ruídos, potencialidades, limites, presentes na malha progressiva de cuidado à saúde.

Quanto às linhas de cuidado, pesquisa²³ mostrou que estas são, frequentemente, instrumentos fundamentais para a organização da atenção em saúde. Desse modo, manifesta-se a necessidade de maior articulação entre os sistemas dos municípios e o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, para regular a organização de redes assistenciais e, com isso, obter resultados positivos para a saúde da população. Nesse cenário, a linha de cuidado é um modelo ideal para a organização assistencial e para a integralidade. Além disso, as práticas gestoras adequadas para a organização da atenção à saúde eficiente depende do aprimoramento do conhecimento sobre o SUS entre os gestores, profissionais e a população.

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para a obtenção da atenção integral, que é um dos princípios do SUS. O cuidado significa que não é só o cuidar de si, mas sim o cuidado do outro. O cuidado deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, com princípios e estratégias que norteiam a relação entre o paciente e o profissional de saúde. Desse modo, a linha de cuidado é uma forma de organização da atenção integral à saúde, com o propósito da estratégia de orientar os gestores e profissionais de saúde, e visa à continuidade do atendimento, fortalecendo, assim, a responsabilidade dos serviços²⁴.

O vínculo terapêutico, entre equipes e usuários, estimula uma progressiva responsabilidade pela coprodução de saúde. Assim, os gestores devem centrar-se nos usuários e serem seguidos por todos os trabalhadores, construindo uma rede de serviços e comprometimentos com a produção do cuidado. Contudo, estudo evidenciou, também, dificuldades na reorganização do processo de trabalho em saúde por parte dos médicos, tanto na unidade, na gestão da realização do cuidado e de como o usuário vê o profissional, dificultando a interação com o usuário²⁵.

Um dos motivos da falta de interação dos usuários com os médicos foi o excesso de demanda, prejudicando a qualidade do atendimento e interferindo na relação médico-paciente. Também, houve muita rotatividade dos médicos devido à insatisfação profissional e salarial, isso dificultou a criação do vínculo adequado com a população e, sem vínculo, as pessoas deixavam de fazer um acompanhamento regular, acontecendo somente atendimentos eventuais²⁶.

Outra pesquisa²⁷ realizada para conhecer as práticas de cuidado realizadas por enfermeiros, mostrou situações que desencadeavam prejuízos a saúde da população. Uma das dificuldades encontradas foi ausência do trabalho em equipe na execução das ações de saúde com a população. Os enfermeiros relataram que se sentiam sobrecarregados com as atribuições que tinham para com a população e com a organização das ESF. Mencionaram, também, que tinham dificuldade para dialogar com os demais membros da equipe da unidade. Sendo assim, o trabalho se tornou fragmentado e individualizado, o que não favoreceu para as mudanças em suas ações. Os resultados, ainda, mostraram que os enfermeiros se sentiam desassistidos pela gestão local para trabalhar junto com os usuários e com sobrecarga de responsabilidades, o que inviabilizou sua dedicação ao cuidado das pessoas.

Nessa investigação²⁷, os profissionais demonstraram que houve necessidade de reorganização da gestão para que seu trabalho pudesse ser coletivo, sistemático e que cada usuário tivesse atendimento de qualidade, desde o momento da chegada à unidade de saúde até o momento do seu retorno. Reforçaram a ideia da utilização do planejamento e avaliações das ações do ESF, de fazer uma rediscussão com os gestores e demais membros da equipe de saúde, para gerar mudanças no processo do cuidado.

Publicação²⁸ mostrou que, entre outras, é função do enfermeiro gerenciar e ser responsável por identificar como está organizado o atendimento ao usuário e como este se relaciona com a equipe. Com as funções de gerenciamento e de assistência, muitas vezes o enfermeiro fica sobrecarregado e não realiza as ações de cuidado adequadamente para os usuários, causando estresse e insatisfação. Gestão do ESF é um modelo que favorece para a realização do cuidado de enfermagem, otimizando interrupções em saúde de tal forma que contemple os saberes dos profissionais e dos usuários²⁹.

Pesquisa³⁰ evidenciou que as dificuldades encontradas pela equipe de saúde podem ser sanadas com mudanças na forma de organização do processo de trabalho. Para tanto, a equipe promoveu encontros quinzenais para discutir os processos e a organização do trabalho, com a proposta de desdobramento do procedimento de apoio institucional. As questões referentes à organização dos serviços eram trazidas a todo o momento, no decorrer dos encontros, e a insuficiência de recursos humanos um dos problemas que se tornava responsável pela sobrecarga de trabalho dos profissionais. A falta de acessibilidade dos usuários aos serviços em função da burocracia administrativa também era um fator de adoecimento da equipe, desenvolvendo sentimentos de angústia e impotência.

Na realidade, ninguém vive sem estresse. Ele é parte inerente de todo ser humano e tem pontos positivos. Porém, é necessário aprender a lidar com o estresse e mantê-lo sob controle. A função gerencial faz parte da rotina do enfermeiro como, também, a assistencial que são

interligadas. Para que ocorra um bom gerenciamento, é preciso planejar e o envolver todos, inclusive dos usuários. Muitas vezes, o enfermeiro encontra dificuldade em gerenciar, devido à falta de profissionais, e, nessa situação, há sobrecarga de trabalho e ocorre prejuízo na assistência à população. Os enfermeiros devem saber lidar com os problemas do dia a dia, não pondo a culpa nos usuários, ofertando assistência de boa qualidade. Também, os profissionais da equipe da ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas utilizando como instrumento de trabalho a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização³¹⁻³².

Nessa mesma linha de entendimento, pesquisa³³ buscou identificar o cuidado realizado pelos profissionais junto a crianças menores de um ano em um Programa de Saúde da Família (PSF), no qual o maior desafio dos profissionais foi integrar-se a rede do sistema de saúde. Isto porque pressupõe a organização de um sistema de referência e contra referência, com fluxos e percursos definidos, constituído de acordo com a demanda populacional. O estudo mostrou que os profissionais possuem dificuldades devido à descontinuidade da assistência, o que lhes causa impotência e desilusão. Outra dificuldade foi a manutenção de equipamentos tecnológicos que possibilitam bom atendimento. Sendo assim, o estudo mostrou que grande parte dos problemas evidenciados pode ser resolvida com ações simples e de baixo custo, só falta uma política de gestão comprometida com a efetiva mudança.

Dentre as dificuldades apresentadas está a descontinuidade na implantação de ações³⁴. Essa dificuldade sentida pela equipe é um elemento que dificulta a autonomia e interfere no processo de trabalho dos profissionais. As organizações estão sendo constituídas de acordo com a concepção de saúde e desconhecem as histórias de vida das pessoas. As especialidades levam a fragmentação do cuidado, já que não cuida do paciente como um todo, e com a sobrecarga de trabalho, a consequência é a descontinuidade da atenção³⁴.

(In) satisfação do usuário de saúde em relação ao serviço recebido

Nessa categoria agruparam-se os elementos apontados pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde que produzem (in) satisfação. Um dos artigos⁷ analisados relata a experiência da criação de encontros por meio dos quais seria possível identificar as fragilidades da ESF e assim melhorar o atendimento e a satisfação dos usuários. Foi realizado um encontro no qual a temática debatida era saúde e cuidado. A partir do segundo encontro, os usuários, um pouco mais a vontade, relataram aos profissionais a importância da rapidez no atendimento, da escuta do paciente, a sensação de descrença no serviço. Também, emergiu manifestações sobre a falta de esclarecimentos pelo profissional e o desrespeito para com o usuário. Além disso, outros assuntos foram levantados

tais como: a relação público-privado do sistema de saúde, a saúde como mercadoria, o direito do usuário e o dever do profissional, e a fragmentação do cuidado e dos conflitos profissionais, causando insatisfação no usuário.

Com o passar dos encontros, os usuários mostraram-se mais seguros em falar suas inquietações, uma vez aumentou os relatos de muitas queixas quanto à assistência prestada, à espera no atendimento, às consultas longinquamente agendadas. Com isso, os usuários saíam dos encontros, muito satisfeitos, afirmando que pretendiam voltar ao espaço e chamar mais pessoas para participar, pois ali era o momento deles exporem o que estavam sentindo quanto ao serviço prestado e o que poderia mudar e contestar junto à gestão municipal. Da troca de vivências apareceram as mudanças de postura entre a equipe e o usuário, o que fortalece a gestão compartilhada dos serviços ou das ações sociais de seus atores e a participação social⁷.

A insatisfação do usuário reflete na insatisfação do profissional também, pois implica nos resultados da assistência prestada. Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menos índices de adoecimento físico e mental. Para o usuário, não basta agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar, é preciso mais qualidade, disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para o problema do usuário³⁵.

Outro estudo³⁶ buscou comparar o atendimento prestado por serviço privado com o do serviço público, com base na vivência de uma pessoa. Em uma determinada situação a usuária tinha uma expectativa positiva, pois se tratava de um serviço privado, especialmente em relação à agilidade no atendimento, mediada, também, pela crença de que como cliente antiga do médico essa etapa seria agilizada. No entanto, seu sentimento foi de grande frustração, pois a organização e o longo tempo de espera lhe causaram grande angústia, insatisfação, falta de acolhimento. Optou, então, por procurar o serviço público que, mesmo com muitas tentativas, houve muita falta de agilidade. A alternativa encontrada foi esperar o tempo passar. Outra surpresa foi que em nenhum momento foi identificado, por algum serviço de saúde, uma possibilidade de alívio de suas angústias e acolhimento.

A produção do cuidado sem acolhimento gera insatisfação dos usuários e a não resolução de suas necessidades. A falta de acolhimento vinculado a dificuldade de acesso ao serviço de saúde está relacionado com baixa resolutividade no atendimento às necessidades de saúde da população, contrariando os princípios do SUS e as expectativas dos usuários³⁷.

Nessa mesma direção pesquisa³⁸ teve como objetivo avaliar o acesso do usuário à ESF e sua satisfação com o serviço recebido. Os resultados revelaram que o serviço não satisfaz a necessidade dos usuários. Um dos motivos pela insatisfação é de que os usuários têm dificuldades para agendar consulta médica, a qual parece ser a mais sentida pela população; o mau funcionamento do sistema

de referência e contra referência, comprometendo o acesso a especialistas; o excessivo número de pessoas adscritas na área das equipes; demora na sala de espera para receber o atendimento; retardamento no recebimento dos resultados de exames; despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas; e a espera pelo atendimento nas situações de urgência. Essa fragilidade na atenção a saúde é atribuída ao despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas; a baixa capacidade de visualizar a perspectiva coletiva da saúde, situada no campo da cidadania e as despesas com medicamentos e outros insumos.

Segundo estudo³⁸, do ponto de vista da gestora da unidade, as dificuldades relacionavam-se ao número excessivo de encaminhamentos. A comunicação e a troca de informações entre profissionais são importantes para a função de coordenação atribuída à ESF e para a garantia de continuidade do cuidado.

A dificuldade de acesso à consultas especializadas, exames complementares, demora no atendimento, vai contra o direito a cidadania e também aos princípios do SUS, sendo que os usuários ficam expostos e, muitas vezes, a condição de saúde se agrava. Além disso, esta situação gerou desconforto para a ESF, a quem cabe dar respaldo as condições³⁹.

A insatisfação é definida como uma expressão negativa e ocorre no momento que o usuário se sente descontente ou decepcionado com o desempenho de um serviço, no qual não atingiu suas expectativas⁴⁰. Vale destacar, que a insatisfação dos usuários em relação à atenção do cuidado faz com que os gestores e profissionais de saúde revejam seus trabalhos e repensem no atendimento que está sendo realizado.

CONCLUSÕES

Este estudo analisou as publicações brasileiras relativas à gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família, considerando que refletir sobre essa temática implica em reconhecer novos modos de ver as práticas de cuidado em saúde. Isto porque todos os profissionais de saúde têm o compromisso de, continuamente, gerar mudanças e transformações nas práticas do cuidado, com a finalidade de melhorar a assistência e a satisfação do usuário.

A análise dos textos possibilitou identificar que o modelo de gestão da ESF requer que os profissionais, gestores e usuários identifiquem os problemas e construam soluções juntos. Além disso, os profissionais devem estar capacitados para dar suporte para a comunidade, contribuindo para a promoção da saúde e do cuidado. O fortalecimento da equipe permitirá a identificação precoce dos problemas, o acolhimento e a criação do vínculo, elementos importantes entre

profissionais e usuários.

Desse modo, a ESF se constitui em um espaço no qual profissionais e usuários podem discutir as ações e intervenções em prol da saúde da população. Para tanto, a construção do vínculo e a satisfação de ambos são fundamentais para a obtenção do sucesso no processo de cuidado. Pode-se afirmar que esta é a dimensão profissional da gestão do cuidado. Contudo, a execução da gestão do cuidado na ESF ainda permanece como um dos desafios para os profissionais e gestores. Evidencia-se, nos artigos pesquisados, que há fragilidade nas organizações dos serviços de saúde e que gera a insatisfação dos usuários.

Para tanto, é necessário que os gestores criem processos de discussão e reflexões sobre a gestão do cuidado, juntamente com os profissionais que atuam na ESF e os usuários, que também fazem parte da organização. Nesse sentido, a gestão do cuidado nas ESF deve assegurar a atenção de qualidade nos serviços de saúde e qualificar seus profissionais, tendo em vista a assistência, o planejamento e as ações voltadas ao cuidado da população, uma vez que a gestão possui papel fundamental na produção de serviços que atendam às necessidades de saúde da população e das unidades básicas de saúde.

Por fim, os estudos apontam que a gestão do cuidado deve valorizar o uso das tecnologias leves como o vínculo, acolhimento, criação de relações entre profissionais e usuários. Nesse contexto, esta investigação possibilitou a realização de reflexões acerca das investigações no âmbito assistencial, ensino e de pesquisa no que tange à gestão do cuidado, na perspectiva de ampliação do conhecimento nesses campos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beck CL, Minuzi DO. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde, Santa Maria*, 2008; 34^a (1-2): 37-43.
2. Neves OJ, Meneghim MC, Pereira AC. Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais. *Odonto*, 2012; 20(39): 99-109.
3. Luzardo AR, Pereira MF, Pereira J. Modelo de gestão do cuidado em Atenção Primária: reflexões sobre determinantes sociais da saúde do idoso. In: Pereira MF, Costa AM, Moritz GO, Bunn DA. *Contribuições para a Gestão do SUS*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. 222p. (Gestão da Saúde Pública; v. 10).

4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
5. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface - Comunic. Saude, Educ., 2009; 13(supl.1): 545-55.
6. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
7. Maxta BSB, Almeida AB, Silveira LB, Soleman C, Ogata MN. Educação popular em saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de Saúde da Família. Trab. educ. saúde [online]. 2010; 8(1): 155-66.
8. Barrêto AJR, Romera AA, Oliveira AA, Sá LD, Almeida AS, Nogueira JA. Trabalho do apoiador matricial na Estratégia Saúde da Família. Rev. RENE, 2012; 13(1):166-77.
9. Schatschneider VB. O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.
10. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad. saúde pública, 2007; 23(6):1405-414.
11. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. Physis, 2010; 20(4):1209-26.
12. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. Saúde Soc. 2010; 19(4):803-13.
13. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Physis. 2011; 21(2): 541-60.
14. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP, 2011; 45(6): 1501-6
15. Waidman M AP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. Rev Esc Enferm USP, 2012: 46(5):1170-77.
16. Seabra DC, Carvalho ACD, Foster AC. O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de Saúde. Rev. APS, 2008; 11(3): 226-43.
17. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. Cogitare enferm Jan/Mar. 2010.
18. Bellenzani R, Mendes RF. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de

- agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 2012; 20 (2): 239-53.
19. Teixeira MG, Rates SMM, Pimenta Jr FG, Ferreira JM, Carvalho MJM. Construindo a Política Pública de Saúde em Belo Horizonte: O Sistema Único de Saúde no município. *Divulg. saúde debate*, 2012; (48):97-103.
 20. Munari DB, Melo TS, Oliveira MB, Barbosa CC, Queiroz ACCM, Araújo BFM. Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica: potencializando pessoas para cuidar de pessoas. *Rev. Tempus Actas Saúde Colet.* 2010; 4(1):115-23.
 21. Martins JS, Garcia JF, Passos ABB. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG*, 2008; 1(1): sp.
 22. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. saúde pública*, 2009; 25(4): 898-906.
 23. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev. bras. Epidemiol.* 2009; 12(2):158-71.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010.
 25. Ferreira RC, Chirelli MQ, Pereira AG. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. *Rev. bras. educ. méd.* 2011; 35(2):177-85.
 26. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33(3): 382-92.
 27. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*, 2010; 14 (3): 560-66.
 28. Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família: limites e possibilidades. *Rev. APS*; 2011; 14(1): 28-38.
 29. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(1): 223-30.
 30. Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estud. pesqui. psicol.* 2010; 10(1): sp.

31. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(4): 956-61.
32. Roecker S, Lazzarotto EM, Dutra JU. Dificuldades Encontradas por Enfermeiros no Gerenciamento de Equipes de Saúde da Família no Âmbito da 10ª Regional de Saúde. 4º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. 2009.
33. Vasconcelos EM, Silveira MFA, Eulalio MC, Medeiros PFV. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4): 1225-34.
34. Bôas LMFMV, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciênc. saúde coletiva*, 2008; 13(4): 1355-60.
35. Medeiros FGC, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. 2010; 12 (3): 402-13.
36. Villari APS, Souto BGA. Organização funcional da rede de saúde de um município de São Paulo na percepção de um usuário. *Rev APS*. 2012; 15(4): 404-11.
37. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da família: visão dos usuários. *Rev. enferm. UERJ*, 2011; 19(3): 397-402.
38. Azevedo AM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, 2010; 14(35): 797-810.
39. Santos SMS, Oliveira VAC, Oliveira RAC, Guimarães EAA. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. *Reme-Revista Mineira de Enfermagem*. 2010; 14(4): 499-508.
40. Santos HT. Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

ANEXOS

DIRETRIZES PARA AUTORES

ANEXO A

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A Revista de APS – Atenção Primária à Saúde – (impresa e on line) é uma publicação científica trimestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Rede de Educação Popular em Saúde, e tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

1. A revista está estruturada com as seguintes seções: **Artigos Originais; Artigos de Revisão; Artigos de Atualização; Relato de Casos e Experiências; Entrevista; Tribuna; Atualização Bibliográfica; Serviços; Notícias.**

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem críticas e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde, que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica, Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam sínteses atualizadas do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da saúde buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta por artigos que relatam casos ou experiências, explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de casos apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e podem ser realizados em humanos ou animais, ressaltando sua importância na atuação prática e mostram caminhos, condutas e comportamentos para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** – composta de lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2 páginas), de interesse na APS; **Serviços** informa sobre eventos e endereços úteis; **Notícias** – informa sobre eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho, leis de interesse na APS.

2. A submissão dos trabalhos é realizada online no endereço: <http://www.aps.ufjf.br>. O (s) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo aí acompanhar o processo de avaliação. Os artigos devem ser

elaborados utilizando o programa “Word for Windows”, versão 6.0 ou superior em formato doc ou rtf, letra “Times New Roman” tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento (anexado em documento suplementar em www.aps.ufjf.br) contendo nome dos autores e endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e serem endereçados à revista. Neste ofício, deverá ser explicitada a submissão exclusiva do manuscrito à Revista de APS, bem como declaração formal da contribuição de cada autor (segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) Contribui substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribui significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito). Ao trabalho que envolver pesquisa com seres humanos será exigido que esta tenha obtido parecer favorável de um Comitê de ética em pesquisa em seres humanos, devendo o artigo conter a referência a esse consentimento, estando citado qual CEP o concedeu, e cabendo a responsabilidade pela veracidade desta informação exclusivamente ao (s) autor (es) do artigo.

3. Os trabalhos devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

- a) título em português e inglês; deve ser conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho. Não deve conter abreviaturas
 - b) a identificação dos autores, filiação institucional e contato devem ser digitadas no SEER, cadastro dos autores. O manuscrito deve ser submetido no SEER sem autoria.
 - c) resumo do trabalho em português em que fiquem claros a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho;
 - d) palavras-chave – mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: <http://decs.bvs.br/>
 - e) abstract – versão do resumo em inglês;
 - f) key words – palavras-chave em inglês, de acordo com DeCS;
 - g) artigo propriamente dito, de acordo com a estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 1;
 - h) figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas no corpo do texto, no local exato de inserção na definição dos autores; serão aceitas fotografias em preto e branco. Todas as figuras deverão ser apresentadas em preto e branco ou escalas de cinza;
 - i) referências: Em conformidade com os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos” conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE disponível em: <http://www.icmje.org> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed> (inglês) e <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (português)..
1. Não são aceitas notas de rodapé. O conteúdo das mesmas deve ser inserido no corpo do artigo;
 2. Citações no texto: as citações de autores e textos no corpo do manuscrito serão **numéricas**, de acordo com ordem de citação, utilizando o estilo “Vancouver” ou “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos”.

Ex:

Citando autor: Vasconcelos¹:

Citando texto: “*A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.*”^{1:243} (indica-se o nº da referência : e a página)

Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos deverão fazer parte das referências, apresentadas em ordem numérica no final do artigo.

Regras para entrada de autores ver em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed&part=A32352>

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências:

Artigo de Periódicos

Com até seis autores:

Motta MG. Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. Rev APS. 2005 jul./dez; 8(2):118-22. .

Najar AL, Peres FF. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. Ciên Saúde Coletiva. 2007 maio/jun;12(3):675-82.

Aquino NMR, Sun SY, Oliveira EM, Martins MG, Silva JF, Mattar R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres. Rev Saúde Pública. 2009 dez; 43(6):954-60.

Com mais de seis autores

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. J Am Coll Surg. 2005 Jun; 200(6):869-75..

Livro

Autoria própria

Birman J. Pensamento freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. 204p.

Oguisso T, Schmidt MJ, organizadores. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Sem autoria

Análise do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC; 1987. 295p.

Capítulo de Livro

Vasconcelos EM. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. cap.9, p.65-9.

Dissertação e Tese

Caldas CP. Memória dos velhos trabalhadores [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993. 245f.

Teixeira MTB. Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. 114f.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

Mauad NM, Campos EM. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000, Salvador. **Resumos**. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000. p.328, ref.1101.

Publicações governamentais:

Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Universidade Federal de Minas Gerais. Normas gerais de pós-graduação. Belo Horizonte: UFMG; 1997. 44p.

Documentos Jurídicos

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 maio 2006. N. 84, Sec. 1, p.17888.

Minas Gerais. (Brasil). Decreto n. 17.248 de 4 de julho de 1975. Minas Gerais, Belo Horizonte, 1975. jul. 5, p. 5.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM nº 971 de 03 de maio de 2006. [Citado em: 20 maio 2007b] Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/legislacao/portarias.html>.

Artigo de Jornal

Sá F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras mas campanha de informação a turistas começa domingo. *Jornal do Brasil* (JB Ed.) 1999 abr. 15, Primeiro Caderno, Cidade, p.25. (col.1)

Gaul G. When geography influences treatment options. *Washington Post* (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Referência de documentos de acesso em meio eletrônico

Base de Dados

Online Archive of American Folk Medicine [Internet]. Los Angeles: Regents of the University of California. 1996 - [cited 2007 Feb 1]. Available from: <http://www.folkmed.ucla.edu/>.

B. Homepage Institucional

The American Academy of Pain Medicine: The Physician's Voice in Pain Medicine [Internet]. Glenview (IL): The Academy; c2007 [cited 2007 Feb 22]. Available from: <http://www.painmed.org/>.

Artigos de periodicos online

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandenberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, Rasmus D, Gerdt N, Ross A, Katz L, Herwaldt LA. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2006 Jan [cited 2007 Jan 5];27(1):34-7. Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf>

4. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

5. A revista aceita trabalhos em português, espanhol e inglês.

6. Há necessidade que os autores explicitem eventuais conflitos de interesse que possam interferir nos resultados (em documento suplementar)

7. Em trabalhos que envolvam financiamentos, estes devem ser citados no final do artigo antes das referências.

8. Avaliação por pares: os artigos recebidos são protocolados pelo SEER (Sistema eletrônico de editoração de revistas) ficando na fila de submissões como não designados. A diretora executiva faz a triagem, se insere como editora e faz a solicitação de avaliação a dois avaliadores entre os editores associados e Conselho Editorial, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo, dessa forma o artigo entra no SEER em avaliação. Todos os artigos são submetidos à avaliação de dois consultores, de instituição diferente do(s) autor (es) em um processo duplo cego, que os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência a linha editorial da revista. Os avaliadores emitem seus pareceres no sistema, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses casos, os artigos serão devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e reenvio; e aos consultores para nova avaliação. Em caso de recomendação de reformulação do artigo, o autor deverá fazer as modificações e enviar, junto com o artigo reformulado, uma carta ao parecerista informando, ponto por ponto, as modificações feitas (essa deverá ser anexada em documento suplementar no SEER). O resultado da avaliação é comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficam disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

9. **A submissão dos trabalhos é on line no endereço: <http://www.aps.ufjf.br>.** O (os) autor (es) deve (m) se cadastrar usando E - mail válido, respondendo de forma ágil às mensagens eletrônicas recebidas, podendo também acompanhar o processo de avaliação. Após o cadastramento deverá anexar o manuscrito seguindo as instruções contidas nesse mesmo endereço.