

A presença do médico e a garantia da acessibilidade à atenção básica à saúde em município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro

The presence of the doctor and the guarantee of access to primary health care in a small city in the state of Rio de Janeiro

Wesley Nunes Teles¹, Fernanda de Almeida Jannuzzi Mendes², Lucas Garcia da Rosa Figueira³
Amanda de Almeida Jannuzzi Mendes⁴, Marcos Alex Mendes da Silva⁵

Como citar esse artigo. Teles WN, Mendes FAJ, Figueira LGR, Mendes AAJ, Mendes da Silva MA. Mortalidade por Doença de Parkinson no mundo: protocolo de revisão sistemática. Rev Pró-UniversUS. 2023; 14(2):15-23.



Resumo

A força de trabalho na saúde tem sofrido transformações no sentido de responder às necessidades dos sistemas de saúde de cobertura universal com vistas à ampliação do acesso e à garantia do cuidado. A disponibilidade de profissionais de saúde favorece e constitui um dos elementos da acessibilidade do usuário. A demografia médica revelou que a relação de médicos por habitantes em municípios de pequeno porte é bem inferior, quando comparada aos municípios de médio e grande porte, e, portanto, foram os maiores beneficiados com a provisão de médicos, entretanto, esse benefício não se reproduziu em todas as realidades brasileiras. O estudo buscou conhecer a percepção de usuários, gestor e dos profissionais de saúde sobre a acessibilidade aos serviços de atenção básica, considerando a proposta de provisão do profissional médico em equipes de trabalho por iniciativas ministeriais. Os sujeitos do estudo foram o gestor municipal, os profissionais e os usuários de duas equipes de saúde da família de um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro. Adotou-se a abordagem qualitativa para coletar os dados e a análise de conteúdo para interpretá-los, a partir da compreensão ampliada sobre o acesso e da percepção sobre o modelo assistencial predominante. Concluiu-se que os usuários percebem uma evolução no conceito de acesso, porém não sabem explicá-la, enquanto os profissionais de saúde e o gestor municipal a vinculam às iniciativas ministeriais e à disponibilidade de profissionais capacitados. A presença do profissional médico, exclusivamente, não garantiu aumento e qualidade da acessibilidade à atenção básica.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Acessibilidade; Atenção Básica à Saúde.

Abstract

The health workforce has undergone transformations in order to respond to the needs of universal coverage health systems with a view to expanding access and guaranteeing care. The availability of health professionals favors and constitutes one of the elements of user accessibility. Medical demography revealed that the ratio of doctors per inhabitant in small municipalities is much lower, when compared to medium and large municipalities, and therefore were the biggest beneficiaries of the provision of doctors, however, this benefit is not reproduced in all Brazilian realities. The study aimed to understand the perception of users, managers and health professionals about accessibility to primary care services, considering the proposal for the provision of medical professionals in work teams by ministerial initiatives. The study's subjects were the municipal manager, professionals and users of two family health teams in a small city in the state of Rio de Janeiro. The qualitative approach was adopted to collect the data and the content analysis to interpret them, based on the expanded understanding of access and the perception of the predominant care model. It was concluded that users perceive an evolution in the concept of access, but do not know how to explain it, while health professionals and the municipal manager link it to ministerial initiatives and the availability of trained professionals. The presence of the medical professional, exclusively, did not guarantee an increase and quality of access to primary care.

Keywords: Health Education; Accessibility; Basic Health Care.

Resumen

La fuerza laboral en salud ha sufrido transformaciones para responder a las necesidades de los sistemas de salud con cobertura universal, con miras a ampliar el acceso y garantizar la atención. La disponibilidad de los profesionales sanitarios favorece y constituye uno de los elementos de la accesibilidad del usuario. La demografía médica reveló que la proporción de médicos por habitantes en los municipios pequeños es mucho más baja cuando se compara con los municipios medianos y grandes y, por lo tanto, son los más beneficiados por la provisión de médicos, reproducida en todas las realidades brasileñas. El estudio buscó conocer la percepción de usuarios, gestores y profesionales de la salud sobre la accesibilidad a los servicios de atención primaria, considerando la propuesta de dotación de profesionales médicos en equipos de trabajo por iniciativas ministeriales. Los sujetos de estudio fueron el administrador municipal, profesionales y usuarios de dos equipos de salud de la familia en un pequeño municipio del estado de Río de Janeiro. Se adoptó un enfoque cualitativo para recolectar datos y se utilizó análisis de contenido para interpretarlos, a partir de una comprensión ampliada del acceso y la percepción del modelo de atención predominante. Se concluyó que los usuarios perciben una evolución en el concepto de acceso, pero no saben cómo explicarlo, mientras que los profesionales de salud y el gestor municipal lo vinculan a las iniciativas ministeriales y la disponibilidad de profesionales capacitados. La presencia del profesional médico, exclusivamente, no garantizaba un aumento y calidad de la accesibilidad a la atención primaria.

Palabras clave: Educación en Salud; Accesibilidad; Primeros auxilios.

Afiliação dos autores:

¹Acadêmico do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: wesleynunes10@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7710-9261>

²Acadêmico do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: fernanda.ajmendes@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2018-2396>

³Acadêmico do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: lucas.grf@live.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1514-2231>

⁴Docente do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: amandaajmendes@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1468-3688>

⁵Docente do curso de Medicina, Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil. Email: marcosalexmendes@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4059-925X>

* Email de correspondência: wesleynunes10@hotmail.com

Recebido em: 23/02/23. Aceito em: 08/08/23.

Introdução

Nos últimos 10 anos, a força de trabalho na saúde, a nível mundial, têm sofrido transformações que visam a responder às necessidades dos sistemas de saúde com cobertura universal, ou de proteção social, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essa mudança paradigmática na formação e na organização do processo de trabalho envolveu a superação das abordagens fragmentadas do usuário e o aumento da oferta de profissionais de saúde para populações historicamente desassistidas.

O relatório da Organização Mundial de Saúde¹ destaca a importância desta relação, e ainda aponta para a escassez do profissional em muitos países, embora alguns dispositivos de provisão e fixação dos profissionais em áreas menos atraentes tenham sido implementados. O documento aponta ainda, quatro dimensões críticas para a avaliação da qualidade dos sistemas de cobertura universal, a partir da força de trabalho: a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade da força de trabalho, todos na base do conceito de cobertura efetiva, do direito à saúde e dos planos de proteção social, o que reforça coletivamente a agenda universal de cobertura da saúde centrada na equidade.

A disponibilidade do sistema é medida pela razão entre a densidade de mão-de-obra qualificada e a população coberta, com escores diferenciados entre os 186 países avaliados no relatório. Já acessibilidade, ou dimensão do acesso, reforça a importância de se ter trabalhadores de saúde suficientes e adequadamente distribuídos, perto das comunidades que eles servem e sem barreiras ao acesso, enquanto a dimensão da aceitabilidade introduz a dinâmica de como os usuários percebem o trabalhador da saúde e a força de trabalho e, por extensão, a escolha do paciente, e a qualidade identifica as competências dos profissionais - suas habilidades, conhecimento e comportamento - para atender e oferecer serviços de saúde¹.

A disponibilidade de profissionais de saúde é, portanto, o principal determinante e uma condição necessária para a cobertura universal efetiva, mas que, aliada aos princípios do direito à qualidade dos serviços de saúde e ao atendimento centrado nas pessoas ao longo do curso da vida, também exigem atenção total à acessibilidade, aceitabilidade e qualidade¹.

No Brasil, o sistema de saúde estrutura-se em diferentes níveis de complexidade, que facilitam a oferta de ações e serviços em ambientes hierarquicamente diferentes, porém intercomunicantes. A Política Nacional de Atenção Básica² é o documento que orienta a organização e a distribuição dos serviços de atenção básica no país, e conta com o apoio de outros programas do governo federal para promover a melhoria do acesso e

da qualidade desse nível da atenção à saúde (PMAQ-AB), a reestruturação da infra estrutura das unidades básicas de saúde (Requalifica UBS) e a provisão emergencial de médicos para as equipes multiprofissionais de trabalho (o Programa Mais Médicos – PMM, e mais recentemente, o Projeto Médicos pelo Brasil). Um dos grandes desafios enfrentados pela Atenção Básica à Saúde (ABS) consiste em efetivar o direito à saúde à população, por meio da garantia do acesso às ações e aos serviços ordenadores do SUS, que permitam ao usuário entrar e caminhar com resolutividade pelos diferentes espaços da atenção, e mais especificamente, ser cuidado pelo profissional médico qualificado e disponível para suas demandas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com o compromisso de reordenar esse fluxo e o modelo assistencial e, não só expandir, mas também qualificar e consolidar a ABS, na medida em que favoreça a uma mudança no processo de trabalho, com implantação de uma equipe multiprofissional, trabalhando em um território definido, sob a lógica do atendimento integral, da garantia do acesso e da satisfação das necessidades individuais e coletivas, com vistas à ampliação da resolutividade e do impacto na situação de saúde².

Neste avanço, a gestão do trabalho ganha relevância pela necessidade de se preparar continuamente os profissionais que atuarão nas equipes, sobretudo os profissionais médicos, histórica e quantitativamente menos inseridos na ABS. A instituição do PMM pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013³, e sua substituição pelo Programa Médicos pelo Brasil⁴, com a finalidade de formar e oferecer recursos humanos qualificados na área médica para as populações, e ainda de diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias, fortaleceu a oferta de ações básicas em saúde, tem aprimorado a formação médica no país e impulsionado a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da cooperação das instituições de ensino superior (IES) na supervisão das atividades desempenhadas pelos médicos^{4,5}. Para o alcance dos distintos objetivos, o PMM estruturou-se inicialmente em três eixos: o Provento Emergencial de médicos, cuja estratégia foi a abertura de editais de chamadas nacional e internacional; a Educação, com ampliação da oferta de vagas na graduação e na residência médica; e a Ampliação e Melhoria da Infraestrutura.

Todos os municípios puderam à época aderir ao PMM em diferentes editais, contudo, alguns critérios/perfis precisaram ser atendidos para que essa adesão fosse concluída, tais como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo/muito baixo; 20% de população encontrar-se em extrema pobreza; municípios que tenham participado do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e municípios com cobertura da Atenção Básica abaixo do necessário, entre outros³.

Do total de 1304 municípios brasileiros que

apresentaram algum grau de carência de médicos na atenção básica, 875 (67,1%) eram de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 mil habitantes. Na mesma linha, a demografia médica revelou que a relação de médicos por habitantes em municípios de pequeno porte é bem inferior se comparada aos municípios de médio e grande porte⁶. Neste sentido, os municípios que tinham entre 10.000 e 20.000 habitantes (pequeno porte) foram os que apresentaram maior adesão ao PMM, considerando que os seus serviços de saúde eram predominantemente compostos pela atenção básica, e em geral encontravam-se situados em áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica, e assim, com escassez de profissionais médicos⁷.

O conceito de acesso é bastante complexo e, muitas vezes, não expressa com qualidade o uso de serviços de saúde. Seu significado é polissêmico e varia entre autores, ora a literatura apresenta aqueles que utilizam o termo acesso e acessibilidade como sinônimos, ora outros que fazem distinção entre os seus significados. Para estes, o conceito de acessibilidade é mais abrangente do que o conceito do acesso e está relacionado à demora do encaminhamento do usuário, à dificuldade na obtenção da vaga, ao auxílio de terceiros para conseguir a vaga, entre outros condicionantes, e não somente à disponibilidade do acesso (ato de ingressar, entrada). Na lógica da acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível), a utilização dos serviços de ABS representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, sendo determinada pelos fatores de acesso, e resulta da interação entre o comportamento dos usuários, que procuram os cuidados, e dos profissionais, que os conduzem. Portanto, os estudos sobre a acessibilidade e a utilização dos serviços têm sido indispensáveis para avaliação das intervenções e para o planejamento em saúde, sobretudo em municípios de pequeno porte⁸.

Um estudo⁹ distingue dois grupos de pensadores: os que entendem a acessibilidade como característica da oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade; e os que discutem acesso como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, definindo vários atributos para o conceito: 'disponibilidade' (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; 'acessibilidade', - 'dimensão de acesso' caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; 'acolhimento' (*accomodation*) - forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e o grau de adaptação dos usuários; 'capacidade de compra' - formas de financiamento e a possibilidade dos usuários de pagarem pelos serviços; e 'aceitabilidade' - reação dos usuários e profissionais de saúde diante das características e práticas de cada um desses sujeitos.

Acompanhando o segundo grupo de pensadores, a OMS propõem alguns indicadores que dimensionam os atributos criados para expressá-la, tais como o indicador

de disponibilidade de profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros e parteiras), representado pelo número de profissionais de saúde qualificados dividido por 10 mil habitantes. O Brasil apresenta uma densidade igual ou superior a 59,4/10.000, incluindo-se no grupo de melhor relação profissional/população.

Entretanto, quando se observa a distribuição dos profissionais médicos, verifica-se uma relação desigual entre as regiões brasileiras, com grande concentração em áreas urbanas e populosas, e baixa concentração nas demais. Presume-se que o problema brasileiro não esteja na quantidade de profissionais de saúde (2,18 médicos/1 mil habitantes), mas sim na sua distribuição geográfica, com grandes vazios assistenciais¹.

Como os municípios brasileiros de pequeno porte estão mais sujeitos à escassez de profissionais de saúde, sobretudo médicos, o presente estudo torna-se relevante por revelar uma realidade mais comum no sistema de saúde brasileiro do que se possa imaginar, embora não haja qualquer compromisso com a reprodutibilidade do estudo para outras populações, mas sim em relação às proposições teóricas do estudo¹⁰.

Objetivo: este estudo objetivou conhecer a percepção de usuários, dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e do gestor de atenção básica sobre a acessibilidade aos serviços de atenção básica em um município de pequeno porte, mais permeável à adesão ao PMM, sem, contudo, induzir a uma corrente específica do pensamento sobre o acesso/acessibilidade.

Este estudo objetivou conhecer a percepção de usuários, dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e do gestor de atenção básica sobre a acessibilidade aos serviços de atenção básica em um município de pequeno porte, mais permeável à adesão ao PMM, sem, contudo, induzir a uma corrente específica do pensamento sobre o acesso/acessibilidade.

Material e Método

Este estudo constitui um recorte da pesquisa intitulada "Efeitos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e do Programa Mais Médicos em municípios do Estado do Rio de Janeiro", realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFF, em parceria com os pesquisadores dos demais campi universitários da instituição, com apoio do Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo de caso, de natureza transversal e descritiva, desenvolvido em um município de pequeno porte populacional no estado do Rio de Janeiro.

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. Embora quantitativamente forneça pouca base para generalização científica,

o estudo de caso, aliado à abordagem qualitativa, representa importante ferramenta para compreensão dos significados e percepções que conformam a individualidade de uma realidade¹⁰.

O estudo adotou a abordagem qualitativa para coletar e interpretar os dados, pela sua capacidade de expressar sentidos e expressões, sem o compromisso com a padronização da informação e com a quantidade dos sujeitos, mas somente com o sentimento manifesto. Neste sentido, foi adotado como instrumento de coleta de dados um roteiro semi estruturado de entrevista, realizada presencialmente nos cenários de atuação dos profissionais, tendo como público alvo um profissional de saúde e um usuário de cada uma das duas ESF selecionadas, e o gestor da atenção básica municipal. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, e para a análise e interpretação das informações, adotou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin¹¹, que as categorizou em dois domínios: a compreensão ampliada sobre o acesso (acessibilidade) e a percepção sobre os modelos assistenciais em saúde.

Essa investigação obedeceu às recomendações da Resolução CNS 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica da Universidade Federal Fluminense em 23 de maio de 2016, sob o parecer nº 1.566.273.

Resultado e Discussão

O município possuía em 2019 uma população estimada de 9284 habitantes, com uma densidade demográfica de 17,9 habitantes por km², e uma taxa de urbanização de 69% da população. Apresentava um IDHM igual a 0,680 e um investimento em saúde na ordem de 31,4% da receita¹².

A rede assistencial de saúde municipal era composta por 8 unidades básicas de saúde, 4 clínicas especializadas, 1 hospital geral, 1 unidade móvel de Nível Pré-Hosp-Urgência/Emergência e 1 centro de atenção Psicossocial (CAPS). Já as ações da atenção básica estavam estruturadas nas 4 equipes de saúde da Família, com uma cobertura populacional que ultrapassava os 100%, ao se considerar a relação entre número de ESF e habitantes¹². Todas as ESF haviam aderido ao PMAQ AB desde o primeiro ciclo, tendo sido avaliadas com nota acima da média nas duas avaliações pelas quais passaram¹³.

Das quatro ESF implantadas no município, duas contavam com médicos do PROVAB, o que funcionou como critério de adesão ao PMM, uma passou a contar com o profissional do PMM, e a outra tinha os custos do profissional médico arcados integralmente pela própria prefeitura. Para composição do grupo de sujeitos do presente estudo, foram selecionadas intencionalmente duas das quatro equipes, uma com o profissional do PMM e outra sem o PMM, embora ambas tivessem

aderido ao PMAQ AB.

O critério de inclusão considerou a hipótese de que a presença do profissional do PMM pudesse imprimir características diferenciadas das demais equipes, sendo assim foi escolhida a equipe com o referido profissional, e a outra equipe foi escolhida por sorteio aleatório entre as três restantes.

Os resultados do estudo são apresentados segundo as categorias criadas pela análise de conteúdo nas falas dos entrevistados. A primeira refere-se à compreensão ampliada sobre o acesso (acessibilidade) e a segunda à percepção sobre o modelo de atenção à saúde. As percepções são identificadas pelas expressões: gestor, usuário da ESF A (sem PMM), usuário da ESF B (com PMM), profissional da ESF A e profissional da ESF B. Essa codificação visa a proteger a privacidade dos informantes-chave, assim como do município estudado.

A compreensão ampliada sobre o acesso - a acessibilidade

A atual Política Nacional de Atenção Básica² mantém a ESF como instrumento disparador de organização do sistema de saúde e incorpora suas diretrizes no controle do acesso e do fluxo dos usuários pelos pontos de atenção à saúde, conforme suas necessidades e a capacidade instalada de cada ponto na oferta de ações e serviços. Entretanto, compreender e controlar os fatores que influenciam diretamente essa organização não é tarefa fácil para os gestores, muito menos para os usuários, acostumados a relacionar a qualidade da atenção exclusivamente ao acesso aos serviços dos quais necessita.

Ao analisar a compreensão do acesso aos serviços neste estudo, observa-se que ele constitui um elemento exaustivamente comentado pelos usuários no contexto de um município que tem 100% de cobertura de atenção básica, e que o relacionam à própria qualidade do sistema de saúde local que lhes é ofertado, e dimensiona a forma como eles o avaliam.

[...] Praticamente diariamente (acesso a unidade) porque eu tenho que aferir a pressão, [...] a gente sempre vem aqui, a gente pede aqui e a médica dá o encaminhamento [...]. (usuário da ESF A)

Na percepção acima, observa-se que o acesso aos diferentes níveis da atenção à saúde representa para esse usuário toda a qualidade assistencial prestada, sem que sejam considerados outros fatores nesta caracterização. A intensa dependência desse usuário da ESF A dos serviços ofertados demonstra que ele conhece o fluxo que orienta sua trajetória dentro do sistema de saúde, e que ele se encontra satisfeito com essa organização, por ter suas demandas atendidas, tanto na UBS, quanto na

unidade de referência.

Embora os usuários deste estudo tenham percebido uma melhora na qualidade do acesso e do atendimento ao longo do tempo, o usuário da ESF A não entende que essa melhora esteja relacionada com as iniciativas ministeriais, que paulatinamente vinham sedimentando a ABS no SUS, com sua fala mencionando melhorias, sem, contudo, vinculá-las às iniciativas e/ou aos programas. Ele destaca a relação da melhora na qualidade do acesso com um profissional mais humanizado.

Percebe-se que ainda persiste certa confusão no entendimento do funcionamento dos programas governamentais por parte dos usuários, fruto do desconhecimento das suas propostas. Enquanto o usuário da ESF A destaca o perfil mais humanizado do profissional como elemento positivo, o usuário da ESF B aponta a importância do investimento gradativo em infra estrutura, sem mencionar a qualidade do profissional, sendo que este usuário mantém contato direto com o profissional do PMM. No entanto, ambas as representações caminham no sentido da conformação da percepção do usuário sobre a importância do acesso vinculada à sua experiência com a unidade de saúde, mediado, ora pela boa infra estrutura, ora pelo perfil profissional humanizado, assim como orienta a portaria da ABS².

[...] Ah, melhorou, melhorou um pouco (o acesso). Não muito, mas melhorou sim porque, essa médica que tá agora aí ela é mais atenciosa, sabe aquele médico mais humano? Que te põe a mão, que te chama. (usuário da ESF A) Hoje a gente tem um raio x de imediato [...] isso aqui agora recentemente foi feita uma reforma pela prefeita, e modificaram, aumentaram bastante coisa, o espaço, aumentaram, cada um tem seu gabinete de atendimento, melhorou muito. (usuário da ESF B)

Já na visão gestora, a melhora do acesso está ligada à preparação do profissional médico que atua na atenção básica, que tecnicamente deveria ser o mais resolutivo possível no seu nível de atuação, como afirma o relato, ao apresentar o empenho na qualificação do profissional médico, sobretudo em relação ao médico do PMM que passa obrigatoriamente por todo processo de preparação que o programa propõe.

[...] fazemos reuniões periódicas com os médicos para que possa diminuir e ser mais resolutivo aqui mesmo, em vez de ficar só encaminhando [...] (Gestor)

Essa preparação profissional, como instrumento de qualificação do acesso, já vem sendo estimulada desde a PNAB de 2006 e, sobretudo, com a implantação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS, que desde a sua implementação propunha a organização e a sistematização de iniciativas regionais de fortalecimento contínuo da gestão do trabalho, antevendo uma

compreensão mais abrangente para o acesso e sua relação com o trabalho resolutivo decorrente do melhor preparo profissional¹⁴.

Neste sentido, quanto melhor preparada uma ESF, maiores as chances de oferta de um serviço resolutivo, com menos encaminhamentos e acesso facilitado à população. O acesso está normativamente ligado à ampliação da oferta de ações de saúde, sobretudo, no nível de atenção básica, no qual predomina a maior concentração de problemas de saúde. No Brasil, desde a sua implantação, houve uma expressiva expansão da ESF, chegando a uma cobertura de 64,21% da população em setembro de 2019¹⁵. Mas apesar dos grandes avanços, nem sempre o aumento da cobertura e do acesso representa mudança real no modelo assistencial e nas práticas do cuidado, e se reproduzem na garantia do acesso, pois coexistem desafios no contexto profissional, que impedem a mudança e envolvem as condições e o ambiente de trabalho, a motivação, a forma de vínculo, a estabilidade financeira, e com isso, a fixação dos profissionais comprometidos com a qualidade assistencial¹².

Campos e Pereira Junior¹⁶ destacaram, nesse contexto, que a despeito da adoção pelo então PSF, desde a sua origem, de uma perspectiva ampliada no processo de cuidado, observou-se na prática “heterogeneidade na forma concreta de operar destas equipes”, cujas principais dificuldades foram: as limitações da gestão no nível municipal, a administração de pessoal médico, problemas salariais, indisciplina no trabalho, oposição corporativa às diretrizes orientadoras da ABS, baixo número de médicos com formação em saúde da família/comunidade, além das conhecidas dificuldades de recrutamento e fixação destes profissionais em regiões de maior vulnerabilidade.

Em um estudo realizado¹⁷, das equipes do PMM implantadas, 57,3% substituíram equipes ESF convencionais, em funcionamento desde 2012. Por sua vez, 42,7% das equipes do PMM foram responsáveis pela expansão das equipes de atenção básica no país, com maior proporção na região Sudeste, onde 50,5% das equipes no último ano estudado representavam novas equipes implantadas. Em 2015, mais de 70% dos municípios do país tinham equipes do PMM. Entre aqueles sem equipes implantadas, mais de 90% eram cidades com menos de 30.000 habitantes. Das equipes do PMM, a substituição de equipes convencionais, já implantadas desde 2012, foi maior nos municípios de menor porte (até 29.999 habitantes), como aconteceu neste estudo de caso.

Outra descrição do acesso foi realizada¹⁸, que o relacionaram à quantidade de consultas médicas e de encaminhamentos para outros profissionais. Segundo o estudo, a mediana do total de consultas médicas no Brasil foi de 285 (IC95%: 284–286) por equipe (com e sem PMM)/por mês, em 2014, abaixo da proposta ministerial

de 305, indicando uma média de 14,4 consultas por dia, e os achados apontaram que a mediana do total de consultas médicas foi menor nas regiões mais pobres e, quanto aos valores relativos à população cadastrada, os municípios de baixo IDH apresentaram as menores taxas em relação ao geral, se comparado à mediana nacional. Entre os grupos de equipes, aquelas com PMM produziram mais consultas médicas nos municípios mais pobres e com menores IDH; e menos em regiões metropolitanas e capitais. Vale ressaltar que no grupo de municípios mais pobres, as equipes PMM produziram 31 consultas médicas a mais por mês e 24 consultas médicas a menos por mês nas capitais, se comparado às equipes sem o PMM. Em relação aos encaminhamentos, não houve diferença significativa entre tipos de equipes, com diferenças reais de medianas encontradas apenas para encaminhamentos a especialista nas capitais, com as equipes sem o PMM apresentando maiores valores. O presente estudo concluiu que a produção médica da atenção básica, em 2014, com adição do PMM, contribuiu para aumentar o acesso aos serviços de saúde dos brasileiros, mensurados pela produção de consultas, produtividade semanal e encaminhamentos médicos, considerados imprescindíveis para a resolutividade e a integralidade do cuidado em saúde.

O acesso está diretamente ligado à resolutividade, e esta, à percepção que as pessoas têm sobre a resolução dos seus problemas, seja na própria unidade de primeiro acesso, ou naquelas referenciadas, com encaminhamentos que garantam aos usuários a acessibilidade, que corresponde a uma compreensão mais abrangente do acesso e envolve a utilização do serviço e de seus fatores. Naturalmente o gestor possui uma compreensão mais coerente da acessibilidade, por se preocupar com todos os aspectos envolvidos na garantia do acesso, neste caso, preocupado com o aspecto operacional do transporte, enquanto o profissional e o usuário da ESF B estão mais preocupados com a vaga em si, que é apenas um componente da acessibilidade, como mostram as afirmações.

Tipo, a gente consegue desde a medicação, o transporte, o transporte para outros níveis de atenção. (Gestor) [...] eles reclamam às vezes é porque, vamos supor, eles querem uma consulta com um ortopedista, e assim, a marcação com o ortopedista é um pouco mais difícil porque ele atende poucas pessoas. (Profissional da ESF B) [...] Eu volto à médica que me encaminhou, ela que me encaminha, eu vou, faço a consulta, sou bem atendido, não tem como reclamar (Usuário da ESF B)

Contudo, a preocupação desses atores expressa o acesso como instrumento da acessibilidade, e esta da resolutividade. Expressa ainda a importância da atuação do médico do PMM na conformação da integralidade do cuidado, quando o usuário fala que volta para a médica do programa que o encaminhou, após o bom

atendimento na unidade de referência.

Estudo realizado¹⁹ no Nordeste demonstrou que o PMM é visto pelos usuários como estratégia importante do governo para suprir a falta de médicos em UBS e melhorar o acesso a esse profissional na APS. Na avaliação do programa, os usuários referem além de um maior acesso à consulta médica, uma redução do tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta. Contudo, evidencia a continuidade dos mecanismos de marcação de consulta pela tradicional distribuição da ficha de atendimento por ordem de chegada, o que gera filas nas UBS e não organiza a demanda. A garantia da acessibilidade é complexa, pois abrange as dimensões política (pactuação entre instâncias, controle social), econômico-social (investimentos públicos, renda do usuário), organizacional (fluxo de atendimento, regulação, referência/contrarreferência), técnica (acolhimento, qualidade da atenção), simbólica (cultura, crenças, valores) e geográfica.

Pôde-se observar neste estudo, que a garantia do acesso está proporcionalmente relacionado com a cobertura do PMM, considerando esta como a única iniciativa de provisão de profissional médico, contudo, a eficácia desse acesso somente será sentida quando acompanhada de uma mudança no modelo de atenção à saúde, por mais que quantitativamente haja um crescimento de consultas médicas, como tem acontecido¹⁹.

A percepção sobre o modelo assistencial

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.²⁰

Na afirmação acima, observa-se que a definição de modelos que expliquem a evolução do processo saúde doença na população e as formas de enfrentamento está diretamente ligada ao tempo, ao local e às características sócio sanitárias da intencionalidade das ações. Portanto, os modelos são dinâmicos e reúnem elementos temporais que os caracterizam, entretanto, o enfrentamento das condições agudas e crônicas com efetividade, eficiência e segurança, considerando os determinantes sociais nessas últimas, tornou-se um marco na definição de um modelo inovador, ampliado, com mudança na gestão da clínica e na estratificação dos riscos, sedimentado no Brasil pela PNAB.

Equipes fortes de atenção básica significam, mesmo em tempos de cortes orçamentários, introduzir melhorias e avançar no aprimoramento de um modelo de atenção com ampliação da carteira de serviços e no incremento da resolutividade. A literatura evidencia que

essa é a melhor forma de organizar o acesso à consulta médica no âmbito da APS, embora estudos envolvendo UBS com ESF no Ceará, Pernambuco e na Bahia revelaram a reprodução de um modelo ultrapassado, associado a esperas que chegam a superar 15 dias para realização da consulta, após o seu agendamento²¹.

Estudo quantitativo a partir de dados secundários do componente 'Avaliação Externa' do banco do PMAQ-AB procurou identificar os fatores que favorecem o acesso a equipes de ESF. Os resultados apontaram para a localização na região Sudeste, em capitais e municípios de maior porte e com maior número de equipes por unidade. As questões observadas, a partir daquelas disponíveis nos instrumentos, foram as relativas a disponibilidade e acolhimento, consideradas como coerentes com a dimensão de 'acesso' já que expressam condições favoráveis, que implicam em uma melhor possibilidade de utilização dos serviços. Nesse sentido, os autores destacaram a necessidade de ações voltadas à qualificação da oferta, especialmente nos municípios de pequeno porte²².

Estudo baseado nos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2012, mostrou que mais de 50% dos usuários no Brasil pegavam ficha na UBS como forma de agendamento de suas consultas, e mais de 30% deles faziam filas na UBS, antes de ela abrir. Trata-se da reprodução de um modelo tradicional e ineficaz, indutor de filas de usuários na porta dessas Unidades de Saúde, que organiza dias e/ou horários fixos, para que a população faça o agendamento da consulta médica, o que, geralmente, é feito pela recepção da UBS, sem que um profissional qualificado hierarquize sua necessidade. Esse modelo ultrapassado, quando muito, realiza uma triagem dos usuários antes de encaminhá-los à consulta médica. Quanto ao tempo de espera, embora os usuários do PMM refiram redução desse tempo e maior acesso à consulta, não se chega ao ponto de, sempre, viabilizar-se o atendimento médico no mesmo dia em que se procura¹⁹.

Estudo que analisou a posição da ESF no contexto as Redes de Atenção à Saúde, a partir de dados do PMAQ-AB de 2012, observou que a despeito dos avanços da ESF como porta de entrada do sistema de saúde, persistem obstáculos como: fluxos pouco ordenados, baixa a integração da APS à rede e inexistência de coordenação entre APS e atenção especializada. Os autores observaram ainda que quanto menor o porte populacional do município, menor a frequência de realização de acolhimento²³.

Embora os modelos de atenção à saúde não sejam híbridos, ou seja, não funcionem isoladamente, pois as características de um convivem com as de outro, prevalecem no município deste estudo as orientações da PNAB para organização assistencial, com cobertura de 100% da população e com funcionamento de equipes de

saúde da família completas e regionalizadas, inclusive com incorporação de equipe de saúde bucal e com matriciamento realizado pelo NASF. No entanto, os usuários percebem a mudança no modelo por meio das ações ofertadas, embora não saibam explicá-la, mas apontam o diferencial no cuidado em saúde no seu território e sua satisfação com essa mudança.

[...] Além da minha agente de saúde que frequenta aqui a nossa rua aqui e a recepcionista, e a psicóloga quando vem aqui ela vai até a minha casa pra saber por que eu não fui, o que aconteceu. (Usuário da ESF A)
[...] Eu volto à médica que me encaminhou (Usuário da ESF B)

Enquanto os usuários percebem a mudança, mas não sabem explicá-la, a gestão tem a clareza da mudança do modelo assistencial e a incentiva, assim como entende a importância dos programas no aperfeiçoamento desse modelo de atenção e os relaciona à resolutividade pretendida pelo SUS. Observa-se na percepção gestora, a contribuição do PMM na expectativa de se criar vínculo com um profissional com outras experiências, culturas e competências, bem como do PMAQ, que possibilitou transferir recursos na forma de materiais e insumos para as unidades de saúde contempladas.

[...] com relação ao Mais Médicos, é muito bom que o município receba profissionais de fora, que de repente venham interagir com profissionais com uma outra cultura, uma outra ideologia [...] Na verdade, o recurso (do PMAQ) retornou à população de certa forma, mas em termos de materiais, de insumos, não voltou para a equipe de saúde. (Gestor)

Na percepção do profissional de saúde há uma concordância com a percepção da gestão em relação aos efeitos benéficos dos programas de apoio, como o PMAQ, para a consolidação do modelo assistencial pretendido, porém, há também uma discordância na forma como o recurso advindo do programa foi aproveitado, embora a satisfação dos usuários tenha contribuído sobremaneira para incentivar o trabalho da equipe e a qualificação do modelo, sem que houvesse desânimo em função da discordância, como relata o próprio profissional de saúde.

[...] a motivação vem por conta da satisfação dos pacientes, porque a gente sente que eles estão assim satisfeitos com algumas coisas que a gente faz [...] mas por questão financeira desestimula, porque a gente sabe que vem o dinheiro pra gente e a gente não recebe nada, entendeu? (Profissional da ESF A)

Essa situação reflete o conflito que permanece entre as percepções de diferentes atores, que entendem o modelo pela ótica de sua necessidade e expertise. Os usuários percebem mudanças na organização do trabalho da equipe, mas não conseguem relacioná-la à mudança de um modelo de atenção; já o profissional compreende a mudança do modelo, mas não concorda com a gestão dos recursos; enquanto o gestor percebe

e entende os objetivos da mudança do modelo, mas avalia criticamente o processo de trabalho adotado pelo profissional.

Na percepção do gestor sobre a experiência com o PMM, o processo de trabalho ficou muito aquém do esperado, que tinha no profissional médico uma grande expectativa de incorporação de novas culturas de trabalho, com impacto igualmente negativo sobre a percepção do usuário, que continuou a reclamar por mais médicos na unidade, embora essa queixa tenha sido apontada neste estudo por razões diferentes. Enquanto a gestão entendia que o perfil do profissional não atendia às necessidades da unidade de saúde, os usuários reclamavam que o profissional não conseguia atender durante toda semana na unidade sede, por estar alocado também em subunidades de atendimento, mantendo assim a percepção sobre a carência de assistência médica.

[...] não tem como um médico desse ter vínculo. Só de atestado deve ter vários atestados, várias licenças, entendeu? [...] mas isso prejudica o andamento da saúde da comunidade (Gestor) [...] porque talvez nós precisamos de mais médicos, eu acho. Nós temos a doutora que atende as segundas e as quintas, somente aqui, porque não sei se o senhor conhece a região, mas nós temos outras subunidades. (Usuário da ESF B)

A percepção negativa da gestão sobre o único profissional do PMM no município contribuiu para se questionar o perfil desejado para esse profissional na atenção básica, enquanto ordenadora do cuidado e centralidade do modelo de atenção, bem como a forma de selecioná-lo, da gestão de suas atividades, e do processo de trabalho que ele desperta em sua equipe. Essa ampla discussão torna-se relevante na medida em que se procura entender a gestão do PMM e aponta alguns dos limites desse processo – como a gestão municipal conseguirá potencializar sua governabilidade sobre um profissional sujeito a orientações externas, envolvido com regras da esfera federal e que somente atende às orientações da supervisão do programa, e não do município em que atua? Como resolver essa distorção na constituição dessa relação de trabalho entre profissional/supervisão/coordenação local?

A literatura¹⁶ destaca que é negativa a opção do Ministério da Saúde em oferecer o sistema de supervisão e tutoria apenas ao profissional médico e não a toda a equipe, o que os autores consideram um “descuido” com a adoção de modelos de gestão, destacando ainda que estes deveriam combinar estratégias capazes de assegurar autonomia e responsabilidade sanitária.

[...] hoje, no meu ponto de vista, o médico não está preparado pra trabalhar em atenção primária [...] Nós não temos opção de podermos controlar esse profissional (do PMM), eu acho assim, o município tinha que ter um controle sobre o profissional [...]o que eu sinto é que o profissional é voltado pro coordenador dele, não

pra equipe, não pro gerenciamento municipal (Gestor)

Um estudo⁴ sobre a avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços de saúde, os usuários avaliaram positivamente os aspectos médicos (satisfação dos usuários) e não médicos (responsividade) do cuidado em 32 municípios aderidos ao PMM. Alguns fatores contribuíram para esses resultados, tais como, o acesso ao médico para populações que raramente ou nunca tinham tido esse profissional no município, seu bom desempenho profissional, sobretudo na maneira de se relacionar com usuários, famílias e comunidade, e sua disponibilidade e sensibilidade no tratamento com as pessoas. Nessa perspectiva, o desempenho técnico e humanizado dos médicos contribuiu para garantir o acesso e reafirmar o direito à saúde.

Para além do processo de trabalho, essa insatisfação com o profissional do PMM leva a outro questionamento: como tem sido a formação e preparação desse profissional para atuar na APS e se inserir em um contexto local, muitas vezes desconhecido por ele? A narrativa da gestão aponta a necessidade de se buscar um perfil generalista e sinaliza a importância de se escolher profissionais com perfil mais adequado para atuar na atenção básica, assim como acontecia no período de implantação da ESF, mas que foi perdido em função da provisão emergencial de profissionais médicos pelo programa, com menor investimento na qualidade da escolha profissional. Entretanto, o aprendizado mútuo entre as instituições formadoras e os serviços, na busca da transformação da realidade local sanitária e sob a perspectiva da educação permanente, torna-se importante estratégia de qualificação desse processo de trabalho com condicionamento do perfil desejado, sob o constante monitoramento e aprimoramento dos dispositivos do PMM⁷.

Conclusão

O estudo permitiu conhecer a percepção do gestor, dos profissionais e dos usuários deste sistema de saúde nas diferentes categorias estabelecidas sobre a acessibilidade.

Verificou-se que os usuários percebem uma evolução no conceito de acesso e no modelo de atenção à saúde, requerendo resolutividade para suas demandas no contexto da acessibilidade, porém não sabem explicar os conceitos e nem justificar as mudanças.

Já os profissionais de saúde concordam com o gestor sobre a importância da acessibilidade na percepção do usuário, pois essa representa para eles a eficácia do programa, sobretudo no contato com o profissional médico, e na necessária mudança no modelo assistencial, cuja atenção básica deva ser fortalecida para organização de todo o sistema de saúde. Porém,

discordam na forma de operacionalizar as ações, que muitas vezes valorizam exclusivamente o usuário, sem valorizar o profissional.

Ambas as percepções, dos usuários e dos profissionais, não sofreram influência direta do PMM ao se considerar as respostas daqueles que atuavam na equipe com o profissional do programa, e daqueles que atuavam na equipe sem o PMM. Neste sentido, ambas as equipes cumprem com os atributos preconizados para o bom funcionamento das equipes de saúde da família.

A percepção do gestor demonstra que ele compreende a importância do conceito de acessibilidade e de sua efetivação na organização dos serviços, bem como, os objetivos da mudança pela qual o modelo assistencial tem passado, porém, avalia criticamente a supervisão do trabalho do profissional médico ser externa, no caso do PMM, sem que ele possa alinhá-la com as demais equipes. Neste sentido, a presença do profissional médico, exclusivamente, não garantiu aumento e qualidade da acessibilidade à atenção básica.

Referências

- World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce, 2014
- Brasil. 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. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017
- Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
- Brasil. Congresso Nacional. Medida provisória nº 890 de 2019. Programa Médicos pelo Brasil. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. 2019a.
- Pinto H, Oliveira FP, Soares R. Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil. *Revista Bahiana de Saúde Pública*. v. 46, n. 1, p. 32-53jan./mar. 2022.
- Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2020. 286 p.
- Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2019;14(41):2180. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2180>
- Santos WD, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde debate* [Internet]. 2019Jan;43(Saúde debate, 2019 43(120)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019>
- Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Apr;25(Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(4)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.0184202>
- Yin, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre : Bookman, 2001.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p
- Brasil. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria geral de Planejamento. *Estudo socioeconômico dos municípios do Estado do Rio de Janeiro*. 2021. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br> . Acesso em 20-01-23
- Brasil. *Cadernos de informações em saúde*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm> Acesso em 22-01-23
- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Informação e gestão da atenção básica. E-gestor AB. Cobertura de atenção básica*, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 13-01-23
- Wollmann L, Pereira D'Ávila O, Harzheim E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 16º de março de 2020;15(42):2346. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2346> Acesso em 14-01-23
- Giovanella, L et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 10, 2019, e00178619. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619> Acesso em 14-01-23
- Melo Neto AJ de, Barreto D da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 26º de agosto de 2019;14(41):2162. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2162> Acesso em 14-01-23
- Mourão, JJ et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42, e2. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2> . Epub 07 Jun 2018. ISSN 1680-5348. Acesso em 21-01-23
- Daumas, RP et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 6, 2020, e00104120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120> Acesso em 12-01-23
- Benevides PM et al. Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: avaliação por modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(10):e00197319. Disponível em: [csp_1973_19_pt.indd \(scielosp.org\)](https://doi.org/10.1590/0102-311X00197319) Acesso em 23-01-23
- Ferrari IW, Grisotti M, Amorim L de C de, Rodrigues LZ, Ribas MT, Silva CU da. “Tratamento precoce”, vacinação e negacionismo: quem são os Médicos pela Vida no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2022;27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.09282022> Acesso em 20-01-23
- Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas interações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, n. 1260, pp. 708-724, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609> . Acesso em 19-01-23
- Vieira N, Cunha F et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 2, 2021, e200516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interf.200516> Acesso em 20-12-23