

## Percepção do profissional Médico sobre sua atuação na Atenção Básica

### Physician professional's perception of his/her performance in Primary Care

Karla Cavalcante Silva De Morais<sup>1</sup>, Maryana Mendes Gomes<sup>1</sup>, Renata Boa Sorte Alves<sup>1</sup>,  
Geraldo Lino da Silva Junior<sup>1</sup>, Juliana Barros Ferreira<sup>1</sup>, Pedro Fonseca de Vasconcelos<sup>2\*</sup>

---

#### RESUMO

Esse artigo objetiva compreender a percepção dos médicos sobre sua atuação no âmbito da Atenção Básica. Caracteriza-se como estudo descritivo e exploratório, com delineamento transversal e abordagem qualitativa. Foi realizado nas unidades básicas de saúde na cidade do sudoeste da Bahia. Utilizou-se um questionário semiestruturado que incluiu variáveis de questionamento sociodemográficas e questões norteadoras. A maioria dos médicos entrevistados, demonstraram boa percepção e conhecimento sobre sua atuação na Atenção Básica. Contudo, ainda são necessárias ações e políticas públicas que venham a fortalecer os pilares que forneçam aos profissionais médicos melhores condições de trabalho para que consigam atuar colocando em prática na sua totalidade os princípios e diretrizes do SUS. É preciso, que a rede de Atenção Básica e a Secretaria de Saúde dos Municípios e Estados invistam em uma gestão eficiente que planeje ações e estratégias. Espera-se que assim, a questão da educação em saúde, da capacitação médica e do direito à informação se tornem acreditados e as ações em saúde se fortaleçam visando sempre, a atenção no cuidado, a longitudinalidade e a integralidade no âmbito da Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Humanização; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde. Medicina.

---

#### ABSTRACT

This article aims to understand the perception of doctors about their work in the context of Primary Care. It is characterized as a descriptive and exploratory study, with a cross-sectional design and a qualitative approach. It was carried out in basic health units in the southwestern city of Bahia. A semi-structured questionnaire was used, which included sociodemographic variables and guiding questions. It preceded a quantitative analysis through the application of questionnaires, with 15 interviewees being medical professionals who work in primary care. Most physicians interviewed demonstrated good perception and knowledge about their role in Primary Care. However, actions and public policies are still needed to strengthen the pillars that provide medical professionals with better working conditions so that they can act by fully implementing the principles and guidelines of the SUS. It is necessary that the Primary Care network and the Health Department of Municipalities and States invest in efficient management that plans actions and strategies. It is hoped that in this way, the issue of health education, medical training and the right to information become accredited and health actions are strengthened, always aiming at attention in care, longitudinality and comprehensiveness in the scope of Primary Care.

**Keywords:** Humanization; Family Health Strategy; Primary Health Care. Medicine.

---

---

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitória da Conquista.

\*E-mail: pedrobio.vasconcelos@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Jequié

## INTRODUÇÃO

O acesso dos usuários às Unidades básicas de saúde (UBS's) é caracterizado por um esforço das equipes na busca por arranjos capazes de conciliar as demandas espontâneas com os programas de atendimento às populações prioritárias (BIANA, 2019; CYRINO, 2009).

Contudo, devido ao número ainda elevado de pessoas por equipe (3.450 indivíduos/equipe), a missão se torna muitas vezes complexa, sobretudo em regiões que possuem redes de saúde frágeis em torno da UBS e/ou populações em situação de alta vulnerabilidade social. A atenção primária à saúde enquanto coordenadora do cuidado ainda é uma realidade distante no Brasil (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

É notório que o crescimento da atenção primária à saúde no Brasil não veio acompanhada de suficiente incremento na formação de médicos e tão pouco na quantidade de especialistas em medicina de família e comunidade. Com isso, pode-se constatar um gargalo histórico no preenchimento das vagas para médicos nas equipes (JUNIOR, 2010; STEDILE, 2015).

Dessa forma, esse é um problema que envolve um aspecto quantitativo, à medida que o Brasil ainda possui uma taxa inferior de médico por mil habitantes quando comparada com outros países que possuem sistemas universais de saúde, mas também diz respeito ao perfil dos médicos formados - a maioria direcionada a especializações hospitalares (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os médicos, são indispensáveis para atingir os objetivos dos serviços, transpor desafios e alcance de avanços nos processos de trabalho dentro da equipe no âmbito da Atenção Básica. É preciso, constantemente trazer espaços de reflexão sobre a prática, acolhimento e coordenação do cuidado, sobre humanização na saúde, questões de atualização técnico-científica e o diálogo com os usuários, com a população e os demais trabalhadores que integram os serviços de saúde (PEDUZZI, 2006).

Assim, esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a percepção dos médicos sobre sua atuação no âmbito da Atenção Básica (AB). Além disso, tem como objetivos específicos caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional do profissional médico atuante no nível primário da atenção à saúde; e elucidar os desafios e/ou avanços, encontrados pelo profissional de medicina na sua prática laboral no SUS.

Como toda profissão que atua na Atenção Básica (AB), a medicina encontra dificuldades para executar seu trabalho com perfeição, muitas dessas dificuldades estão relacionadas a uma certa escassez de recursos disponibilizados, sendo assim o médico tem que usar a criatividade para poder executar um bom serviço. Ainda existe uma certa resistência por parte da população que é beneficiada pelo serviço de apoio a saúde da família, o que também dificulta o trabalho do médico (FARIA, 2016).

Este estudo poderá contribuir de forma benéfica e construtiva na atividade laboral dos médicos que exercem atividade na Atenção Básica, como também na construção de ações de educação e políticas de saúde que visem o profissional médico, bem como também, direcionar profissionais à reflexão ativa sobre sua atuação e melhora na assistência prestada à população. Sendo assim poderá contribuir para um maior conhecimento da sociedade sobre a atuação da Medicina na AB.

Portanto, esse artigo objetiva compreender a percepção dos médicos sobre sua atuação no âmbito da Atenção Básica.

## **METODOLOGIA**

O estudo consiste em uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória de delineamento transversal com abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas geralmente são utilizadas para projetar as características de uma população. Já as exploratórias têm como objetivo promover um maior entendimento sobre determinado problema, com intuito de torná-lo mais claro ou permitir a construção de hipóteses.

A pesquisa foi realizada em unidades básicas de saúde do município de Vitória da Conquista - Bahia, situadas na zona urbana, que compreendem a rede de atenção básica. Atualmente, tem-se 06 unidades classificadas como UBS no município, sendo a coleta feita nesses locais.

A população da pesquisa foi representada por todos os profissionais médicos atuantes na Atenção Básica. O convite à participação na pesquisa ocorreu de maneira presencial a todos os profissionais de medicina. A partir desta abordagem, foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tendo como critérios de inclusão os profissionais de medicina atuantes na Atenção Básica, com no mínimo seis meses de atuação na área. E os critérios de exclusão são: profissionais que não aceitarem participar

da pesquisa e que durante a realização da mesma não tiveram disposição para coleta de dados.

Foi utilizado um questionário semiestruturado, formulado pelas pesquisadoras. O mesmo inclui variáveis de questionamento sociodemográfico como: idade, estado civil, ocupação, tempo de formação, renda, e questões norteadoras que buscam compreender quais as maiores dificuldades encontradas pela profissão, quais avanços ocorreram nesse período, qual sua visão geral sobre a sua atuação na Atenção Básica.

As respostas das questões norteadoras foram gravadas através de um gravador da marca Sony e transcritas na íntegra pelos pesquisadores, identificando os participantes apenas pelas iniciais do seu nome, para garantir o sigilo.

Os dados qualitativos foram analisados por meio de análise de conteúdo de Bardin e o roteiro para análise dos dados qualitativos. A análise do conteúdo consiste em apresentação de um conjunto de técnicas sendo válida na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa (BARDIN, 2011). Após a coleta de dados, as informações foram analisadas seguindo o roteiro proposto por Pires (2012), e adaptado, baseado em três etapas.

O projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil e avaliado posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) após a aprovação, segundo o número CAAE: 58359622.3.0000.9667, no referido comitê foi dado o início à coleta.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados e em seguida discutidos na seguinte ordem: 1) Análise quantitativa, 2) Análise qualitativa e por fim 3) Relação descritiva entre análises qualitativa e quantitativa.

### **Análise quantitativa**

Foram entrevistados no total 15 (quinze) profissionais de saúde que atuam na atenção básica e, as primeiras 11 (onze) perguntas do questionário (ANEXO A; ANEXO B) permitiram um esboço geral do perfil sociodemográficos dos médicos(as), que será demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 1: Distribuição do Perfil Sociodemográfico dos Médicos entrevistados em Vitória da Conquista - BA**

<b>VARIÁVEL QUANTITATIVA</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio</b>
Idade	39,26	3,39
<b>VARIÁVEIS CATEGÓRICAS</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>SEXO</b>		
Feminino	7	46,66%
Masculino	7	46,66%
Outros	1	6,66%
<b>COR</b>		
Pardo	10	66,66%
Branco	5	33,33%
Negro	0	0,00%
Amarelo	0	0,00%
Outros	0	0,00%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteiro	7	46,66%
Casado	6	40,00%
Divorciado	2	13,33%
Outros	0	0,00%
<b>RENDA FAMILIAR</b>		
Até 01 salário	0	0,00%
De 02 a 05 salários	1	6,66%
De 05 a 08 salários	0	0,00%
De 08 a 11 salários	4	27%
De 11 a 15 salários	8	53,33%
Outros	2	13,33%
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>		
01 a 02 anos	0	0,00%
02 a 05 anos	3	20,00%
05 a 10 anos	4	27%

Acima de 10 anos	8	53,33%
<b>PÓS GRADUAÇÃO</b>		
Residência	15	100,00%
Mestrado	0	0,00%
Doutorado	0	0,00%
Pós Doutorado	0	0,00%
Sem especialidade	0	0,00%
<b>CARGA HORÁRIA</b>		
10 horas	1	6,66%
20 horas	1	6,66%
30 horas	1	6,66%
40 horas	12	80,00%
<b>ZONA DE TRABALHO</b>		
Rural	0	0,00%
Urbana	14	93,33%
Rural e Urbana	1	6,66%
<b>REDE PRIVADA</b>		
Sim	12	80,00%
Não	3	20,00%

Fonte: Próprios autores.

No que tange a faixa etária dos profissionais atuantes na atenção primária, a maior parte, cerca de 33,33%, estão com 38 anos. Já sobre o gênero, masculino e feminino tiveram quantidades iguais, tendo apenas uma resposta outros (LGBTQIA + ou sem gênero).

Segundo uma pesquisa produzida pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2020 no Brasil, aproximadamente 76.589 médicos possuem a faixa etária entre os 30 a 34 anos, sobressaindo o sexo feminino. Vale ressaltar, que a partir do ano de 2020 houve um aumento das mulheres como profissionais médicas, pois, antes havia uma predominância do sexo masculino. (SCHEFFER, M. et al., 2020).

Ao que se refere a cor autodeclarada dos participantes, houve uma predominância dos pardos (66,66%) e uma outra parte se declararam brancos (33,33%). Destaca-se à ausência de profissionais médicos negros, sendo que de acordo o Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 54% da população brasileira é negra no ano de 2022, levando assim o entendimento de uma discrepância refletindo as desigualdades entre cor ou raça no mercado de trabalho, principalmente quando se diz a profissões em áreas com maiores renumerações.

Sobre o estado civil dos profissionais médicos, a maioria são casados (46,66%), em segundo lugar, solteiros (40%) e por fim, os divorciados (13,33%).

Quando questionados sobre a renda familiar mensal e total, a maioria dos profissionais médicos (53,33%) estão na faixa de 11 (onze) a 15 (quinze) salários mínimos. De acordo com um apuramento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) a medicina ainda é uma das profissões mais bem pagas no Brasil, sendo que a média salarial varia conforme a especialidade.

Somado a esta informação, nota-se que todos os 15 participantes da pesquisa (100%) possuem uma especialização ou residência, reforçando a boa renda familiar.

Dos 15 participantes da pesquisa, a maioria (53,33%) respondeu que já formou há mais de 10 anos, diferente de outras pesquisas que apresentam um cenário com profissionais recém-formados trabalhando na atenção básica à saúde (APS) (WENCESLAU; SARTI; DA TRINDADE, 2020).

É de grande relevância apontar que a maioria dos profissionais médicos questionados (80%), possuem aproximadamente 40 horas semanais de atuação na APS no município de Vitória da Conquista, possibilitando assim um maior vínculo entre a unidade e o profissional e, principalmente entre os usuários da APS, gerando como consequência uma maior adesão dos pacientes.

A partir dos dados obtidos, pode-se inferir que a maior parte dos participantes (93,33%) atuam somente na região urbana, ressaltando apenas um profissional médico trabalhando na área urbana e rural. Dessa forma, constata-se uma concentração de médicos em grandes centros, uma pesquisa demonstra que na região Nordeste consta com apenas 16,2% de profissionais e, o Sudeste possui aproximadamente 42% destes. (PÓVOA; ANDRADE, 2006)

Ademais, doze dos quinze profissionais médicos questionados na pesquisa, exercem trabalho também na rede privada.

### **Categorização dos dados qualitativos**

Os resultados desta pesquisa enfocam as respostas de cada uma das participantes de maneira individualizada (ANEXO A; ANEXO B). As reuniões dos significados emergidos dos questionamentos deram origem às informações que serão abordadas a seguir.

### **Significado da presença do médico no âmbito da AB**

Quando questionados sobre o que compreendem sobre o significado da presença do médico na Atenção Básica (AB), os participantes tiveram respostas heterogêneas sobre o tema; onde a grande maioria apresentou compreensão sobre a importância do profissional no âmbito da AB com respostas completas, bem elaboradas e demonstrando conhecimento e boa percepção sobre o significado da presença do médico em si, já outros demonstraram conhecimento mínimo sobre o questionamento, com resposta curta e objetiva em um vocábulo; já outros não responderam, deixando o campo da questão em aberto.

*“Essencial!” (ent.1);*

*“O médico é essencial no processo. É dele a responsabilidade do diagnóstico precoce e a definição das condutas” (ent. 3);*

*“Imprescindível! É com a atenção primária e a orientação preventiva que conseguimos agir com precocidade em patologias ou alterações orgânicas reversíveis.” (ent. 6);*

*“A presença de um médico especialista em MFC, atuando ativamente na APS, significa cuidar de pessoas e não apenas com o olhar para a doença. De modo que este profissional seja capacitado periodicamente pela rede de saúde, juntamente com o trabalho de educação em saúde voltado à comunidade, seja possível resolver 80-90% das necessidades de saúde da pessoa ao longo de sua vida” (ent. 9);*

Percebe-se, pois, que a educação e a informação em saúde em relação ao profissional médico se encontram em níveis satisfatórios de comunicação que consolidam o direito à informação. Esta deve ser oferecida de forma adequada ao profissional da

atuante na AB, uma vez que permite que o médico exerça os seus direitos e deveres, para reconhecer a patologia e diagnóstico de forma precoce e resolutiva, executando os métodos preventivos e executando de forma ética, competente e eficaz, sua atividade laboral.

No presente estudo observou-se a importância da educação em saúde para a classe médica em geral, das capacitações e atualizações periódicas sobre a atuação e perfil médico para AB, e não somente capacitações e atualizações sobre patologias e diagnósticos, inserindo assim a importância e o entendimento do papel de cada um neste processo. Fazendo-se necessário, ainda, o fortalecimento e readequação das ações desenvolvidas no que diz respeito a busca ativa. De modo que forneça subsídios para o desenvolvimento de atividades que possam ser realizadas fora do ambiente de trabalho no intuito de educar e orientar profissionais médicos do SUS.

Na atenção básica, o médico deve compreender a patologia em seu contexto pessoal, familiar e social e se inteirar a comunidade local, de forma a ofertar cuidados que sejam direcionados às necessidades da comunidade adscrita (BRASIL, 2012). Assim, deve-se desprender uma atenção especial a esse profissional, por parte dos gestores em saúde, uma vez que o mesmo é essencial para o funcionamento dos serviços, sendo considerado o ator responsável em procedimentos como consultas regulares, prescrições de medicamento e encaminhamento para outros níveis de atenção (RODRIGUES et al., 2011). Contudo, no que tange à formação do profissional, faz-se necessário um perfil generalista para atender as famílias na ESF, com entendimento da importância do trabalho em equipe dentro de uma formação multiprofissional oferecendo atenção integral, abordando aspectos de prevenção e educação sanitária e empenhando-se para manter seus pacientes saudáveis juntamente com toda equipe, por que ninguém atua sozinho e o usuário/paciente não é e não deve ser exclusivo do médico (SILVA, BARBOSA E ROCHA, 2015).

Cabe aqui destacar, a “surpresa das pesquisadoras”, ao questionar um participante sobre o significado do médico na AB onde foram obtidas a seguinte resposta:

*“Sou o profissional mais importante! Sem o médico nada funciona.” (ent. 15);*

Estas respostas, veem a confirmar, o quanto ainda se faz necessária ações de promoção e educação em saúde, treinamento e capacitação em equipe, para que o médico

também compreenda que ele não faz absolutamente nada sozinho. É preciso conhecimento, mas também parceria dentro de uma equipe multiprofissional. O médico não é o profissional o profissional mais importante, e sim, ele faz parte de uma equipe multiprofissional que tem extrema relevância no cuidado com o usuário dentro da AB.

### **Medicina na AB e os avanços em relação à saúde da população**

Indagados acerca dos avanços em relação à saúde da população, desde a inserção da medicina na Atenção Básica, os resultados apontaram para concentração de termos como: “Sim”, “Na minha opinião muitas”, “não vejo muita mudança”.

*“Sim, aumento da cobertura assistencial.” (ent. 5)*

*“Sim. Com a intensificação das orientações quanto à prevenção, temos uma população mais apta a cuidar da saúde e prevenir doenças como a obesidade, hipertensão e diabetes por exemplo.” (ent. 6);*

*“Na minha opinião muitas, casos mais simples são resolvidos na unidade de saúde, exames, distribuição de medicamentos. E os casos mais complexos o paciente é encaminhado ao pronto socorro ou especialista.” (ent.11);*

*“Não vejo muita mudança, a demanda de atendimento a cada dia que passa se torna pior.” (ent. 15);*

Em relação aos avanços em relação à saúde com a inserção da Medicina na AB, os médicos em sua maioria responderam que sim, tivemos avanços. Alguns inclusive citaram e descreveram alguns destes avanços, outros responderam de forma completa inclusive relatando mais de um avanço em suas percepções. Percebe-se assim, que os médicos apresentam uma boa percepção sobre o quanto a inserção da medicina se fez benéfica e trouxe avanços para a AB e para população usuária do SUS em geral.

As atribuições do médico na Atenção Básica são discutidas por diferentes pesquisadores e as mais frequentemente citadas são: Realizar ações que contribuirão para a formação de vínculo entre o serviço e a comunidade (MOURA; GOMES, 2014), fazer

com que o usuário compreenda e retenha as informações visando sempre a efetividade e qualidade da assistência (SANTOS; FREITAS, 2011).

### **Desafios e dificuldades encontrados pelo médico na AB**

Com relação aos maiores desafios e dificuldades encontradas pelo profissional médico na AB, foram encontradas limitações e/ou dificuldades para a efetivação da prevenção e promoção adequada à saúde, que influenciam sobretudo na qualidade do atendimento e assistência oferecidos. Foram obtidas as seguintes respostas das participantes da pesquisa, que se concentraram na falta até mesmo do básico em termos de informação:

*“Como desafios e dificuldades, temos a grande demanda de pacientes, a cobrança por produtividade e a falta de material” (ent. 2);*

*“A área de abrangência ainda é um obstáculo para um trabalho mais eficaz. A dificuldade de exames complementares também dificulta agilidade” (ent. 6);*

*“Desafios: a demanda e falta de estrutura do posto.” (ent.10)*

*“Falta de insumos, falta de conforto como cadeiras exigidas pela CIPA, pesando na ergonomia dos profissionais.” (ent. 13);*

Os médicos quando indagados sobre os maiores desafios/dificuldades encontradas na AB, em sua maioria tinham uma percepção bem consolidada, enumerando mais de um item como desafio/dificuldade. Uns poucos se negaram ou deixaram em branco a resposta.

Observa-se nas explanações acima que é importante assinalar que as principais limitações estão centradas na grande demanda de pacientes, a falta de recursos e material para atendimento de qualidade, a questão do acesso e também a alta cobrança por produtividade.

O modelo de gestão também apareceu no discurso (ent. 9) como limitação, o que reforça a necessidade de estratégias voltadas para melhoria e capacitação da gestão dos municípios e da AB.

*“Lidar com a alta demanda assistencial atrelada a um modelo de gestão que visa apenas a produtividade e a não qualidade dos atendimentos” (ent. 9);*

Dentre as limitações mais frequentemente mencionadas pelos diferentes pesquisadores está a ausência de atualização dos profissionais e oferta de capacitação para gestores para que os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros profissionais da equipe possam garantir o serviço com qualidade e segurança (PIERRE; CLAPIS, 2010).

Assim, essas dificuldades e/ou limitações devem ser reconhecidas e convertidas para o uso efetivo dos serviços oferecidos pelas UBS`S. Dessa forma, a visão geral desta assistência pode favorecer o planejamento e programação das atividades, a fim de rever as prioridades, apoiar a tomada de decisão e contribuir para a obtenção de melhores resultados em termos de impacto sobre a saúde da população (QUEIROZ *et al.*, 2010).

### **Descrição da rotina de trabalho do médico na AB**

Interrogados acerca da descrição da rotina de trabalho médico os resultados apontaram para concentração de termos como: “Atendimento à população adscrita”, “Atendimento de pacientes”, “Atendimento à população de área descoberta, zona rural”,

*“Atendimento à população adscrita e demandas da população.” (ent. 2)*

*“Atendimento de pacientes agendados todas as manhãs.” (ent. 3);*

*“Na verdade hoje sou professora que atua na atenção básica. Portanto fazemos apenas educação em saúde e consultas clínicas no local.” (ent.6);*

*“Trabalho de segunda a sexta, entro às 8h da manhã e saio ao meio dia.” (ent.11);*

De imediato os médicos questionados, “paravam e pensavam” na resposta que iriam dar. A grande maioria conseguiu descrever, mesmo que brevemente a sua rotina de trabalho na AB.

Um dos médicos (ent. 9), além de exercer o trabalho como médico atuante na UBS, também exercia outras funções como gerenciamento dentro da unidade.

*“Atendimento à população adscrita, área descoberta e zona rural, bem como gerenciamento da oferta de serviços pela RAS, atrelado às demandas populacionais em saúde.” (ent. 9);*

Merhy (2000), em seu conhecimento sobre o trabalho médico, utiliza a imagens para analisar os instrumentos que esse profissional utiliza para atuar. Há uma maleta onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias duras; uma outra maleta, que está na mentalidade dos médicos, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; e uma terceira maleta, a das relações, que estão entre o trabalhador e o usuário do sistema, com as tecnologias leves. O campo das tecnologias leves é o local onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.

Garantir qualidade na execução da prática médica é uma meta a ser atingida pelos sistemas de saúde na atenção primária. Programas que busquem avaliar o desempenho de profissionais médicos são medidas úteis para atingir tais objetivos, uma vez que permitem identificar aqueles profissionais que carecem de intervenções para a melhoria na formação, visando qualidade no atendimento (SILVA, BARBOSA E ROCHA, 2015).

A compreensão dos fatores que oferecem suporte ao bom desempenho médico é primordial para a manutenção da segurança dos pacientes e proteção do interesse público (GRACE et al., 2014). O desempenho profissional do médico é o somatório da articulação de diversos elementos como características pessoais, tais quais: idade, gênero, especialidade, estado de saúde, formação, bem como do contexto, no qual sua prática se dá (GRACE et al., 2014). Quanto a este último aspecto, exercem influência direta sobre os níveis de desempenho, os seguintes: a estrutura física para a oferta do cuidado, a comunidade em que se insere o profissional, os padrões de remuneração e as perspectivas de carreira (GROL, 2002; HOGG et al., 2008; RUSSELL et al., 2009).

## **Sobre atuar em equipe com efetividade na AB**

Ao fazer esta pergunta, percebeu-se que os médicos questionados ficavam pensativos e após alguns segundos ensaiavam responder. Uns responderam de imediato; outros se negaram ou deixaram em branco a resposta; uns poucos demonstravam ter o mínimo de conhecimento sobre o tema ou até mesmo responderam que não atuavam com efetividade em equipe; e outros conseguiram responder com precisão, e ainda com exemplos à esta pergunta demonstrando atuar com efetividade em equipe.

*“Não, a quantidade de pacientes que muitas vezes superam a minha carga horária e me impedem de atuar em equipe de forma efetiva. (ent. 2)*

*“Sim, participo das reuniões de equipe, discuto protocolos de condutas com enfermeiros e técnicos, ajudo a gerente na solicitação de insumos para a unidade.” (ent. 3)*

*“Sim, aqui realizamos muitas ações e atividades de forma multiprofissional, levando uma assistência de maior qualidade para nosso usuário. (ent. 5)*

*“Não. A realidade de atendimentos em uma UBS na qual profissionais médicos em sua maioria são clínicos, pediatras e GO's, juntamente com os demais profissionais, não ocorre de forma integrada, visto que a carga horária de cada um é variada. Não ocorre uma fixação de trabalho por equipe como é visto na ESF.” (ent. 9)*

Há desafios para a operacionalização do trabalho de forma plena e conjugada às ações das ESF. Os impasses são relacionados à lógica do modelo medicalocêntrico e ao curativismo, bem como à resistência das equipes apoiadas na compressão do modelo de apoio matricial (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

O entrosamento entre as equipes faz-se necessário para a efetivação da proposta de trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária: porosidade entre avanços e desafios apoio matricial, considerando a necessidade do agir interprofissional para uma melhor resolutividade de casos complexos, por meio da longitudinalidade do cuidado, para que se cumpra o princípio da integralidade (HIRDES, 2015).

Ademais, o percurso a ser trilhado, de uma atuação multiprofissional efetiva que seja convergente para um trabalho em equipe colaborativo, com abordagem

interprofissional, requer maior interação da equipe, o desenvolvimento de competências colaborativas e de estratégias de planejamento, bem como a implementação e a avaliação de planos de cuidados comuns e afins, critérios parcialmente desenvolvidos nos centros de estudo desta pesquisa (MACHADO et al., 2021).

### **Sobre exercer o trabalho médico de forma humanizada**

Quando questionados sobre se conseguem realizar o seu trabalho de forma humanizada, a maioria dos médicos responderam que sim, inclusive deram exemplos de como realiza o trabalho com humanização no cuidado. Já outros, responderam categoricamente que não, também explicitando o motivo e uns poucos se recusaram responder.

*“Sim, realizo a escuta qualificada, atendendo o paciente com integralidade e equidade”*  
(ent. 2)

*“Sim, controlo a quantidade de pacientes na agenda, permitindo um maior tempo de atendimento durante a consulta. Conseguimos trazer para a unidade alguns medicamentos para serem disponibilizados diretamente para o paciente após a consulta, evitando transtornos de deslocamento para farmácia.”* (ent. 3)

*“Acredito que a atuação médica seja sempre de forma humanizada e empática para um bom desenvolvimento do trabalho. Em particular, atendo bastante idosos, que é uma parcela da população vulnerável, carente de cuidados especiais, atenção olhar empático e cuidadoso.”* (ent. 14)

*“Não, não tenho tempo.”* (ent. 15)

A humanização pode ser definida como a valorização dos usuários, trabalhadores gestores no processo de produção de saúde. Contudo, o confronto e incompreensão dos profissionais de saúde a respeito do processo, pode tornar a sua efetivação um desafio. A humanização dos médicos na atenção básica à saúde do país é importante na satisfação

do usuário, ao mesmo tempo em que é confrontada pela incompreensão dos profissionais de saúde a respeito do processo, que torna a sua efetivação um desafio, principalmente ao Sistema Único de Saúde, por ser o que recebe o maior número de pessoas (GUERREIRO et al., 2020).

Segundo Colaço et al. (2021), a relação de confiança, empatia e cuidado estabelecida entre profissional e usuário tem se mostrado uma importante ferramenta no tratamento de questões relacionadas à confidencialidade, privacidade e sigilo<sup>18</sup>. O acolhimento é citado como meta essencial para estabelecer o vínculo entre profissional, serviço de saúde e usuário, facilitando o estabelecimento de uma relação de continuidade entre os atores do processo (COLAÇO et al., 2019).

O cuidado humanizado e a satisfação do usuário estão diretamente relacionados ao acolhimento recebido pelos profissionais de saúde durante a consulta. A atenção dada durante o atendimento, o respeito ao paciente e a duração da consulta são fatores que influenciam esse processo. Dessa maneira, deve-se intensificar as capacitações de profissionais e servidores de saúde, favorecendo o compromisso com a humanização da assistência (SANTOS et al., 2019). Tecnologias leves como escuta ativa, diálogo coparticipativo, empatia, respeito, solidariedade, estabelecimento de confiança, elo de afetividade, credibilidade, valorização e visão integral do outro, configuram-se como fundamentais para a garantia de um atendimento humanizado e de qualidade (MOIMAZ et al., 2017).

Segundo Santos et al., (2019), infelizmente o nível da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou maior grau de insatisfação em relação aos outros níveis. A alta produtividade, a falta de estabilidade nos vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho prejudicam a incorporação de princípios e pressupostos da humanização na gestão das competências profissionais, destacando-se aspectos como as possibilidades de inovações nos processos de trabalho e o trabalho em equipe (WARMLING et al., 2018).

Em relação à necessidade de valorização do trabalhador da saúde, a educação permanente pode ser um mecanismo de valorização, pois possibilita estreitar laços de trabalho, fazendo com que não haja barreiras entre gestão e profissional de saúde (CASARIN et al., 2017). Assim, repensar o processo de acolhimento da demanda espontânea na APS com os profissionais médicos das USF requer respeito às suas falas, com capacidade de escuta qualificada dos diversos atores implicados, estando atento às

suas angústias, estimulando as soluções e contribuindo para que inovações sejam pensadas (DUARTE, FALCÃO E BELTRÃO, 2017).

### **Inserção das práticas de educação em saúde na AB**

A educação em saúde é um componente importante, reconhecido como parte do processo de trabalho das equipes da AB. Assim, ao conceituar educação em saúde é importante pontuar suas diferentes concepções. Tradicionalmente, é considerada um campo da saúde pública com o propósito de atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças (FITTIPALDI; O`DWYER; HENRIQUES, 2021).

A educação em saúde passou por longos processos e modificações até chegar aos conceitos e diretrizes que possui hoje. Na atualidade, tal proposta tem como principal função promover a democratização do acesso ao conhecimento pela população usuária dos serviços de saúde. Nesta direção, se reconhece que a participação dos usuários pode contribuir para a discussão e identificação das demandas e necessidades a serem implementadas no âmbito da política de saúde, com a finalidade de fortalecer e melhorar cada vez mais o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios e diretrizes (BRASIL 2007; BRASIL 2012).

Neste questionamento a maioria dos médicos entrevistados responderam que sim, que conseguem inserir práticas de educação de saúde na AB, uns outros responderam de forma objetiva que não, justificando a falta de tempo e o número elevado de atendimentos; já outros deixaram o campo desta pergunta em branco.

*“Sim, a todo momento. Por meio da prevenção, promoção e orientação dentro do consultório médico” (ent. 5)*

*“Diariamente como médica de família, preciso exercitar e praticar sempre a educação em saúde durante minhas consultas, de modo a priorizar a prevenção e promoção da saúde. Além de estimular o paciente a construir o seu conhecimento e aumentar a autonomia nos cuidados. O método clínico, é uma ferramenta que auxilia no processo de educação em saúde.” (ent. 9)*

*“Nas consultas médicas, sempre busco entender a biografia do indivíduo, as condições sócio econômicas e culturas que estão inseridos, dando orientações em saúde de uma forma individualizada e integral.” (ent. 14)*

*“Infelizmente não tenho tempo.” (ent. 15)*

O profissional médico faz parte da equipe da AB e é componente essencial, devendo assim fazer parte das ações de educação em saúde, não só em sua concepção, como também na sua execução. Muitos deles, os médicos, alegam falta de tempo hábil para estas atividades, e cabe a gestão priorizar a educação em saúde e não a produtividade, permitindo assim que os profissionais médicos executem e participem mais efetivamente das ações promovidas.

A educação em saúde tem papel primordial para a afirmação e o fortalecimento dos princípios do SUS, pelo seu estreito contato com a população usuária, proporcionando um mecanismo de interlocução entre gestão de saúde, profissionais de saúde e usuários de saúde (SALCI et al., 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O resultado desta pesquisa contribui para a construção de conhecimento acerca da atuação médica na atenção básica. Os indicativos quantitativos mostram que os médicos atuantes na rede de Atenção Básica, são em grande parte pós-graduado com especialização ou residência, seus 33,33% tem 38 anos. A grande maioria (80%) trabalha aproximadamente por 40 horas e por consequente o salário médio a maioria ganha de 11 a 15 salários mínimos. Outros dados e perfis sociodemográficos foram colhidos para complementação da pesquisa.

A análise qualitativa mostra que a maioria dos médicos entrevistados, tem uma boa percepção e conhecimento sobre sua atuação na Atenção Básica. Contudo, ainda são necessárias ações e políticas públicas que venham a fortalecer o conhecimento, a humanização, o trabalho em equipe e a educação em saúde e que forneçam aos profissionais médicos melhores condições de trabalho para que possam colocar em prática na sua totalidade os princípios e diretrizes do SUS.

É preciso, portanto que a rede de Atenção Básica e a Secretaria de Saúde dos Municípios e Estados invistam em uma gestão eficiente que planeje ações e estratégias

específicas, baseadas nas limitações encontradas e que visem o aumento do oferecimento e da adesão médica nos programas de atualização e capacitação. Sobretudo, que a gestão dos municípios e estados brasileiros ofereçam melhores condições de trabalho, com ambiente de atendimentos que ofereçam o mínimo necessário para um atendimento médico de qualidade, que não falem os insumos e materiais básicos para assistência e que o médico tenha suporte físico e emocional para a execução de seu trabalho, reduzindo a alta cobrança por produtividade e priorizando sempre a qualidade no atendimento médico. Espera-se que assim, a questão da educação em saúde, da capacitação médica e do direito à informação se tornem acreditados e as ações em saúde se fortaleçam visando sempre, a atenção no cuidado, a longitudinalidade e a integralidade no âmbito da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D.M.S et al. Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, 2014.
- BARDIN, L. (2011). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70 - BRASIL. (Obra original publicada em 1977).
- BARROS, J.O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**. Brasília (DF). 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF). Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 nov. 2022.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BISPO, Jr J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Colet**. 2010.
- CAMPOS, H.L.M.; DIAS, F.M.V. Humanização da saúde na fisioterapia: uma revisão sistemática sob a perspectiva filosófica desse conceito. **Fisioterapia Brasil**, v. 13, n. 5, 2016.
- CASARIN, N. et al. Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica. **Saúde em Debate**. 2017.
- COELHO, A.M.M et al. Apoio e contribuição da gestão: a importância para o desenvolvimento do processo de trabalho de um NASF na cap 3.3/rj relato de experiência do NASF Pólo Sylvio Frederico Brauner. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.
- COLAÇO, A.D. et al. Care for the person who lives with HIV/AIDS in primary health care. **Texto & Contexto -Enfermagem** . 2019.
- CYRINO, A.P. **Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes**. São Paulo: UNESP; 2009.
- DUARTE, W.B.A, FALCÃO, T.M.L., BELTRÃO, A.B. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a transformação do acolhimento na atenção básica. **Saúde em Debate**. 2017.
- FARIA, L. As novas demandas da atenção à saúde: estamos preparados para mudanças na formação profissional? **Fisioterapia Brasil**, v. 14, n. 2, 2016.
- FERREIRA, E.R. et al. A humanização do atendimento na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.1, p.1680-1693, jan./fev., 2022.
- FITTIPALDI, A.L.de. M.; O'DWYER, G., HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface** (Botucatu), 2021.
- FOUCALT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- GRACE, E. S.; WENGHOFER, E. F.; KORINEK, E. J. Predictors of physician performance on competence assessment: findings from CPEP, the Center for Personalized Education for Physicians. **Academic Medicine**, v. 89, n. 6, p. 912-9, 2014.
- GROL, R. Changing physicians' competence and performance: finding the balance between the individual and the organization. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 22, p. 244-251, 2002.
- GUERRERO, A.F.H., ALVEZ, A.P, LIBÓRIO, G.L, FREITAS, J.V, GUERRERO, J.C.H. Satisfação de usuários das unidades de saúde em Coari, Amazonas. **Revista Bioética**. 2020.
- HIRDES, A. A. Perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. **Ciênc. Saúde Colet**. v.20, n.2, p.371-382, 2015.

- HOGG, W. et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain international. *Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 5, p. 308-313, 2008.
- LUZ, M.T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
- IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.S.Y.; CASTRP, P.C.; RIBEIRO, M.C.S.A.; FORSTER, A.C.; NOVAES, M.H.D. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e saúde coletiva**; 2006.
- JÚNIOR, J.P.B et al. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p.1627-1636, 2010.
- LANCMAN, S.; BARROS, J.O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269, 2011.
- MACHADO, M.F.A.S., XAVIER, S.P.L., RODRIGUES, A.L, LIMA, T.F, SILVA, L.C.C., MOITA, M.P., DIAS, M.S.A. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 987-997, out-dez 2021.
- MELO, M.L.C.; NASCIMENTO, M.A.A. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para a gestão do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**; 2006.
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface – comunicação, saúde, educação**. Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v.6, p.109-125, fev. 2000.
- MOIMAZ, S.A.S. et al. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**. 2017, v. 25, n. 1
- MOURA, L. N.B. de; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Revista Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19 n.3, 2014.
- MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológica. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva**. v.19, n.4, 2014.
- NASCIMENTO, A.G, CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trab. Educ. Saúde**. v.17, n.2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>. Acesso em: 02 nov. 2022.
- ROCHA, J .S.Y. **Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- RODRIGUES, R. B. et al. Formação de médicos especialistas: lições para os sistemas de saúde. In: BARBOSA, Allan C. Q.; SILVA, Joaquim R. (Org.). **Economia, gestão e**

**saúde: as relações luso--brasileiras em perspectiva.** Lisboa: Colibri, p. 215-238, 2011.

RUSSELL, G. M. et al. Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors. **Annals Family Medicine**, v. 7, n. 4, p. 309-318, 2009.

SILVA, da. V.A.A.; BARBOSA, A.C.Q.; ROCHA, T.A.H. Desempenho dos médicos na saúde da família — uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v.49, n.5, p.1237-1262, set/out. 2015.

OLIVEIRA, A. C.; SIMOES, R. F.; ANDRADE, M. V. **A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros.** Caxambu. [s. n.]. out; 2013.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador- Ba: EDUFBA, 2006.

PIERRE, L.A.S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Revista Latino – Am. Enfermagem**, v.18, n. 6, p. [08 telas], nov./dez, 2010.

PIRES, D. **Reestruturação positiva do trabalho em saúde no Brasil. In: PIRES, D. Refletindo sobre o processo de trabalho em saúde.** São Paulo: ANANABLUME; p.159-203. 2012.

QUEIROZ, M.V. O.; et al. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Revista Texto contexto – enferm.** [online]. v.19, n.2, p. 291-299, 2010.

REIS, C.A.A, SOTER, M.A.P, FURTADO, L.A.C, PEREIRA, S.S.S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**. v.40, p.122-35, 2016.

REIS, D.C. et al. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012.

RIBEIRO, R.M. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Revista Ciências Saúde**, 2010.

SALCI, M.A, MACENO, P, ROZZA, S.G, SILVA, D.M.G.V., BOEHS, A.E., HEIDEMANN, I.T.S.B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm** [online]. 2013.

SAMPAIO, J et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTOS, J.C.; FREITAS, P.M. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Cien Saude Colet**, 2011.

SANTOS, D.B.C. et al. Health Care Network: Maternal perception regarding the quality of care to children with microcephaly. **Escol Anna Nery** [online]. v. 23, n. 4, 2019.

SCHARAIBER, L.B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Hucitec; 2008.

SCHRAIBER, L.B. Racionalidade biomédica e transformações históricas da prática médica ao longo do século XX: breves apontamentos para a reflexão crítica. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. **Projeto Integralidade em Saúde - 10 anos: por uma sociedade cuidadora**; v.1, p.115-128. 2010

SCHRAIBER, L.B. Quando o "êxito técnico" se recobre de "sucesso prático": o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. **Cien Saude Colet.**; v.16, n.7, p.3041-3042, 2011.

SILVA, J.P., TAVARES, C. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**; 2008.

STEDILE, N.L.R., et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

WARMLING, C.M. et al. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 34, n. 4, 2018.

VALADARES, F.N.R et al. Apoio matricial: metodologia de trabalho da equipe NASF no Cariri Paraibano. **Revista Compartilhando Saberes**, n. 3, 2015.

VIEIRA, F.S, BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito a saúde no Brasil.** Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf). Acesso em: 03 mai. 2020.

*Recebido em: 10/11/2022*

*Aprovado em: 15/12/2022*

*Publicado em: 22/12/2022*