

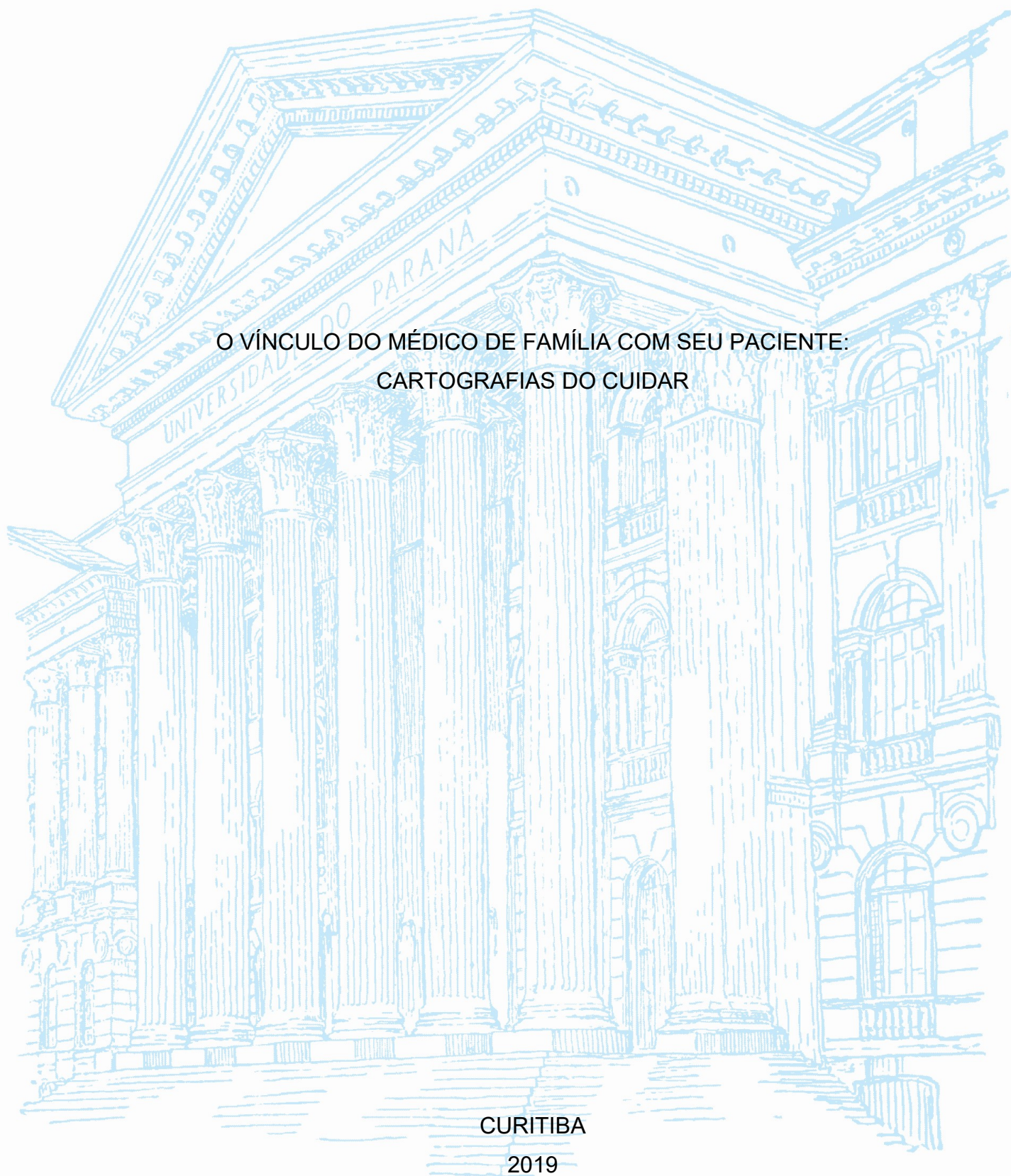
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NICOLE KARINA NICOLAIKO TEMPERLY

O VÍNCULO DO MÉDICO DE FAMÍLIA COM SEU PACIENTE:
CARTOGRAFIAS DO CUIDAR

CURITIBA

2019



NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY

O VÍNCULO DO MÉDICO DE FAMÍLIA COM SEU PACIENTE:
CARTOGRAFIAS DO CUIDAR

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, Setor de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

Co-orientadora: Profa. Dra. Milene Zanoni da Silva

CURITIBA
2019

T282 Temperly, Nicole Karina Nicolaiko

O vínculo do médico de família com seu paciente : cartografias do cuidar [Recurso eletrônico] / Nicole Karina Nicolaiko Temperly. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Milene Zanoni da Silva

1. Medicina de família e comunidade. 2. Relações médico-paciente. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Continuidade da assistência ao paciente. 5. Pesquisa qualitativa. I. Slomp Junior, Helvo. II. Silva, Milene Zanoni da. III. Programa de Pós-Graduação Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WA 308

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991

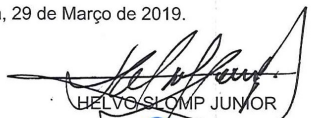


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9


TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado Profissional de **NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY**, intitulada: **O VÍNCULO DO MÉDICO DE FAMÍLIA COM SEU PACIENTE: CARTOGRAFIAS DO CUIDAR**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 29 de Março de 2019.


HELVO STOMP JUNIOR
Presidente da Banca Examinadora

SABRINA STEFANELLO
Avaliador Interno (UFPR)


SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI
Avaliador Externo (UFPR)

Dedico este trabalho ao meu melhor amigo, meu esposo, que dia após dia me ajuda a trazer à tona o melhor de mim.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná, onde graduei, me especializei em Medicina de Família e Comunidade e percorri este caminho em busca do título de mestre, devo muito à esta instituição.

À Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva por oportunizarem este programa de mestrado.

Ao meu orientador Helvo Slomp Junior, pelo papel fundamental que desempenhou nesta construção de minha trajetória acadêmica, pelas inúmeras/incansáveis conversas e discussões que tivemos para que o projeto de pesquisa chegasse até aqui, e pelo incentivo nos momentos cruciais.

À minha co-orientadora Milene Zanoni da Silva, por trazer suas contribuições para que o projeto ficasse ainda mais completo.

Aos regentes do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, pela generosidade e dedicação nestes anos de mestrado, fizeram muito mais do que ensinar.

Aos colegas de mestrado, com eles tudo ficou mais leve e divertido.

À minha família, em especial meu esposo que me incentivou e apoiou em cada etapa do mestrado, e me fez acreditar que eu conseguiria.

Aos meus pacientes que, ao longo da minha vida profissional, me deram os elementos que eu precisei para que esta pesquisa se concretizasse: o encontro, o vínculo.

EPÍGRAFE

*A Sabedoria, eufórica,
abraçou-se com o Perdão
e gritou: "Só tem um jeito,
é fazer uma inversão
vivendo bem diferente,
sentindo mais com a mente
e pensando com o coração."*

Bráulio Bessa
(O encontro dos sentimentos –in: Poesia que transforma)

RESUMO

A Medicina de Família e Comunidade tem como um dos princípios norteadores da especialidade o fortalecimento da relação entre médico e usuário, com a possibilidade de estabelecimento de vínculo entre o médico e as pessoas sob cuidado continuado. O presente estudo, de caráter qualitativo com abordagem cartográfica, teve como objetivo inicial compreender os efeitos que o vínculo e a responsabilização entre médicos de família e usuários podem produzir nos próprios médicos. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com médicos de família e residentes do segundo ano da residência de Medicina de Família e Comunidade num município do Sul do Brasil. A análise das entrevistas se deu sob o referencial da micropolítica e problematizou, a partir das experiências relatadas acerca do vínculo com os usuários, a existência de um “território identitário médico”, bem como a desconstituição deste território identitário, sua “desterritorialização”, no sentido de novas “reterritorializações”. Propõe-se que nesse movimento de reconstrução do território identitário, tanto médico como usuário passam a transitar pela dimensão cuidadora do encontro, onde tecnologias leves podem ser operadas e novas possibilidades de configurações do cuidado acontecem.

Palavras-chave: Medicina de família. Continuidade do cuidado. Vínculo. Relação médico-paciente. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

One of the guiding principles of Family and Community Medicine is the strengthening of the physician-patient relationship, with the possibility of establishing a bond between the physician and his patients under continuous care. The initial purpose of this qualitative research with a cartographic approach was to understand the effects that bonding and accountability between family physicians and users can produce in the physicians themselves. Ten semi-structured interviews were conducted with family physicians and residents of the second year of a Family and Community Medicine residency in a city in the South of Brazil. The analysis of the interviews took place under the reference of the micropolitics and, based on the reported experiences about the bond with the users, it was problematized the existence of a "medical identity territory", as well as the deconstitution of this identity territory, its "deterritorialization", in the direction of new "reterritorializations". It is proposed that in this movement of reconstruction of the identity territory, both physician and user start to move through the caregiving dimension of the meeting, where light technologies can be operated and new possibilities of care settings happen.

Keywords: Family practice. Continuity of patient care. Bond. Physician-patient relation. Qualitative research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
ME	Médico Experiente
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MJ	Médico Jovem
MR	Médico Residente
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
UFPR	Universidade Federal do Paraná
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 ARTIGO	11
1.1 INTRODUÇÃO	13
1.2 METODOLOGIA.....	15
1.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICE – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33
ANEXOS	35
ANEXO 1 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	35
ANEXO 2 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA ESCOLHIDA	41

1 ARTIGO

O VÍNCULO DO MÉDICO DE FAMÍLIA COM SEU PACIENTE: CARTOGRAFIAS DO CUIDAR

*THE FAMILY DOCTOR'S BOND WITH HIS PATIENT:
CARTOGRAPHS OF CARE* (ABSTRACT : P.12)

*EL VÍNCULO DEL MÉDICO DE FAMILIA CON SU PACIENTE:
CARTOGRAFIAS DEL CUIDAR* (RESUMEN: P.12)

RESUMO

Estudo de caráter qualitativo com abordagem cartográfica que teve como objetivo inicial compreender os efeitos que o vínculo e a responsabilização entre médicos de família e usuários podem produzir nos próprios médicos. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com médicos de família e residentes do segundo ano da residência de Medicina de Família e Comunidade num município do Sul do Brasil. A análise das entrevistas se deu sob o referencial da micropolítica e problematizou, a partir das experiências relatadas acerca do vínculo com os usuários, a existência de um “território identitário médico”, bem como a desconstituição deste território identitário, sua “desterritorialização”, no sentido de novas “reterritorializações”. Propõe-se que nesse movimento de reconstrução do território identitário, tanto médico como usuário passam a transitar pela dimensão cuidadora do encontro, onde tecnologias leves podem ser operadas e novas possibilidades de configurações do cuidado acontecem.

Palavras-chave: Medicina de família. Continuidade do cuidado. Vínculo. Relação médico-paciente. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The initial purpose of this qualitative research with a cartographic approach was to understand the effects that bonding and accountability between family physicians and users can produce in the physicians themselves. Ten semi-structured interviews were conducted with family physicians and residents of the second year of a Family and Community Medicine residency in a city in the South of Brazil. The analysis of the interviews took place under the reference of the micropolitics and, based on the reported experiences about the bond with the users, it was problematized the existence of a "medical identity territory", as well as the deconstitution of this identity territory, its "deterritorialization", in the direction of new "reterritorializations". It is proposed that in this movement of reconstruction of the identity territory, both physician and user start to move through the caregiving dimension of the meeting, where light technologies can be operated and new possibilities of care settings happen.

Keywords: Family practice. Continuity of patient care. Bond. Physician-patient relation. Qualitative research.

RESUMEN

Estudio de carácter cualitativo con abordaje cartográfico que tuvo como objetivo inicial comprender los efectos que el vínculo y la responsabilización entre médicos de familia y usuarios pueden producir en los propios médicos. Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas con médicos de familia y residentes del segundo año de la residencia de Medicina de Familia y Comunidad en un municipio del Sur de Brasil. El análisis de las entrevistas se dio bajo el referencial de la micropolítica y problematizó, a partir de las experiencias relatadas acerca del vínculo con los usuarios, la existencia de un "territorio identitario médico", así como la desconstitución de este territorio identitario, su "desterritorialización", en el sentido de nuevas "reterritorializaciones". Se propone que en ese movimiento de reconstrucción del territorio identitario, tanto médico como usuario pasan a transitar por la dimensión cuidadora del encuentro, donde tecnologías ligeras pueden ser operadas y nuevas posibilidades de configuraciones del cuidado ocurren.

Palabras clave: Práctica familiar. Continuidad de la atención al paciente. Vínculo. Relación médico-paciente. Investigación cualitativa.

1.1 INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) propõe, em seus princípios norteadores da especialidade, a valorização e o fortalecimento da relação médico-paciente¹. Para tanto, ganha destaque o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), cuja proposta coloca em enfoque central a interação entre médico e paciente, levando em consideração as particularidades dos envolvidos e permitindo ao paciente um papel de protagonismo neste cenário². Conforme proposto por McWhinney¹ o médico de família conhece a pessoa antes de conhecer a doença, o que significa que é necessário lançar mão de recursos habitualmente utilizados nas relações interpessoais, com seus aspectos subjetivos e imensuráveis, como a intuição, a empatia, as emoções suas e do outro.

Na construção da relação entre médico de família e usuário, é de grande importância também o caráter longitudinal do cuidado que o médico oferece em âmbito individual, familiar e comunitário. A longitudinalidade é definida como o acompanhamento do sujeito ao longo do tempo para finalidades diagnósticas, terapêuticas e preventivas, e é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS)³. Essa continuidade da atenção permite múltiplos encontros entre médico e usuário, gerando oportunidades para aprofundar o entendimento sobre as características daquele sujeito, como sua história de vida, seus sofrimentos, suas crenças. Permite-se assim a compreensão de que as inúmeras doenças de uma pessoa só fazem sentido quando reconhecidas em seu contexto pessoal, familiar e comunitário⁴. E, mais do que isso, é capaz de produzir um vínculo – uma conexão – entre o médico de família e o usuário, vínculo este que surge e se mantém na interação que acontece em cada encontro entre esses atores, gerando sentimentos diversos em ambos e fortalecendo a ligação entre eles⁴.

O conceito de vínculo aparece em documentos relacionados à Atenção Básica brasileira como instrumento operado na convivência entre os sujeitos e com potencial para o enfrentamento das questões em saúde e para a manutenção desta^{5,6}. É também compreendido como fator essencial na construção de relações de confiança e proximidade entre usuários e trabalhadores da saúde, estimulando a corresponsabilização e intensificando o potencial terapêutico dos encontros em saúde⁷. Em certo estudo⁸ sobre o vínculo na atenção à saúde no Brasil, fala-se de um aprofundamento na compreensão dos problemas de saúde da população

atendida por parte dos profissionais a ela vinculados, o que os motivaria a desenvolver um trabalho conjunto em prol da busca de soluções para os mesmos, facilitando assim a relação do usuário com o profissional que o atende.

Há estudos acerca de aspectos quantitativos da relação médico-paciente no contexto da APS, em sua grande parte evidenciando um aumento na satisfação dos usuários que são acompanhados longitudinalmente por um médico de família de referência^{9,10,11}. Adicionalmente, tem sido descrito que o vínculo e a continuidade no acompanhamento de usuários podem produzir no médico de família um senso de responsabilidade por aquelas pessoas e uma maior satisfação profissional, e estudos europeus mostram ainda sentimentos como o senso de competência como médico, mas também o desgaste emocional por diagnósticos difíceis, usuários demandadores, podendo levar a um esgotamento psicológico e até mesmo à síndrome de *burnout*^{12,13}.

Mais da metade dos médicos sofre ou já sofreu de sintomas relacionados ao esgotamento profissional e em médicos de família a prevalência pode chegar a 60%^{14,15}. Entre os principais fatores desencadeantes ou agravantes deste esgotamento em médicos, destaca-se as inadequações dos processos de trabalho, sobrecarga, limitações e ambiguidade no desempenho de papéis, consultas carregadas de emoção, entre outros¹⁶. Por outro lado, fatores como uma boa relação com os usuários e sentir-se reconhecido e valorizado pelo seu bom trabalho são relacionados com o sentimento de satisfação profissional, e por isso podem proteger o médico contra os efeitos físicos e psicológicos do estresse a longo prazo. Mais que isso, quando o estresse se sobrepõe à satisfação profissional, o risco para a exaustão aumenta consideravelmente^{14,16}.

No que diz respeito ao encontro entre médico e usuário, o contato entre esses atores na proposta de produção de saúde pode se tornar um encontro intercessor no sentido de permitir o surgimento de um processo singular e que é um produto que se faz em ato, um espaço intercessor que só existirá nesses encontros^{17,18}. Em palavras de Merhy¹⁸: “a imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro” (p.173). Neste âmbito podem ser operadas as dimensões tecnológicas do cuidar, a saber, as tecnologias duras, leve-duras e

leves, mas especialmente estas últimas^{17,18}. As tecnologias duras e leve-duras constituem as modalidades hegemônicas, que englobam as ações profissional-centradas através de intervenções mais invasivas (tecnologias duras) ou intervenções estritamente protocolares (leve-duras). As tecnologias leves são as tecnologias de relações e podem ser exemplificadas pela produção de vínculo, estímulo à autonomia, ações de acolhimento e gestão como uma forma de organizar processos de trabalho, seja no sentido de produção do cuidado ou não. Em sua proposta, trazem uma maneira coletiva de se construir configurações de cuidar com atenção à saúde usuário-centrada, e consequente construção compartilhada do cuidado^{17,18}.

Esta pesquisa teve como objetivo inicial compreender os efeitos que o vínculo e a responsabilização entre médicos de família e usuários podem produzir nos próprios médicos e, no processo construtivo desta pesquisa sob a ótica da micropolítica, assumiu-se também o objetivo de compreender como o encontro entre médico e usuário é afetado por um possível “território identitário” do médico, a ser abordado na seção “metodologia” por se tratar de um dos conceitos operativos utilizados no decorrer da pesquisa.

1.2 METODOLOGIA

Estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa de orientação cartográfica. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com médicos de família atuantes na APS de Curitiba, Paraná e médicos residentes em MFC da Universidade Federal do Paraná (UFPR) que atuassem há um ano ou mais na mesma comunidade, para garantir um mínimo grau de longitudinalidade necessário para o desenvolvimento do estudo. Foram entrevistados médicos de três diferentes grupos, segundo o critério de tempo de atuação na APS, a saber: I) médicos residentes com dois ou três anos de prática em MFC; II) médicos jovens com até 15 anos de atuação na APS; e III) médicos experientes, com mais de 30 anos de atividade profissional. Tal classificação dos participantes foi considerada na pesquisa como necessária para uma avaliação dependente da longitudinalidade e possibilitou o acesso a diferentes opiniões e experiências.

As entrevistas ocorreram entre os meses de janeiro a outubro de 2018, após obtenção de consentimento informado dos participantes, garantindo-se sigilo e

confidencialidade dos dados. Durante as entrevistas, foram feitas as perguntas disparadoras descritas no QUADRO 1, e as informações coletadas nas entrevistas foram registradas em diário de campo dos pesquisadores e em gravação de áudio.

As entrevistas foram realizadas, transcritas e analisadas pelos pesquisadores sob a ótica da abordagem cartográfica, que se propõe a valorizar processos de subjetivação no campo de pesquisa, permitindo que a coleta de informações deixe de estar restrita ao domínio da representação e, assim, permita um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada está em constante transformação e movimento, uma realidade composta por diferentes narrativas, contextos e linhas de força a serem consideradas em sua complexidade e singularidade^{19,20}. A partir do referencial da micropolítica buscou-se acessar as experiências tal como foram vivenciadas pelos participantes, e nos encontros intercessores entre pesquisadores e entrevistados buscou-se permitir distintas possibilidades de subjetivação e singularização, além de trocas de saberes e fazeres em um processo que incluía a dimensão pedagógica²¹. Assim, tornou-se possível cartografar não somente a subjetividade do outro, mas também afecções e transformações mútuas, incluindo as dos pesquisadores, e o produto desta cartografia foi extensamente registrado em diário de campo.

QUADRO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PERGUNTAS DISPARADORAS
<p>Na sua experiência clínica, ao se relacionar com usuários e famílias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como você descreveria os efeitos emocionais em si mesmo, quando desenvolve uma relação mais próxima com seus usuários ao longo do tempo? • Você vivenciou efeitos recompensadores a partir dessa relação? Poderia falar mais sobre isso? • E houve também efeitos desgastantes, paralisantes, frustrantes...? Poderia falar mais sobre isso? • Que significado esses efeitos têm ou tiveram para você? • O que já mudou? Você mudaria algo na sua prática em função desses efeitos que nos contou? • Você gostaria de contar uma situação marcante para você?

FONTE: Os autores (2018).

Partindo também de outros conceitos do campo da micropolítica, a análise do material empírico considerou que o que se transmite pela linguagem são “palavras de ordem” a partir de um agenciamento coletivo de enunciação, uma união entre expressão e conteúdo que surge da significância da comunicação e dos processos de subjetivação²². Conforme palavras de Deleuze & Guattari²², “o conteúdo não é um significado nem a expressão de um significante, mas ambos são as variáveis do agenciamento” (p.31). Deste pressuposto advém o conceito de “território identitário ou existencial”, aqui compreendido como a repetição intensiva de conjuntos discursivos compostos por referentes significantes (como a medicina, a família, ou a religião) e valores transcendentais (como o bem, o verdadeiro)^{22,23}. Tal repetição produz identidades, delimitações de processos existenciais que se refletem em um território existencial autorreferenciado^{22,23}.

Na análise do material empírico utilizou-se deste conceito de “território identitário ou existencial” do modo como foi utilizado em certa pesquisa²⁴, considerado como um operador para se compreender de que modo tais repetições histórico-sociais de alguns conjuntos discursivos produzem um certo corpo normativo para o agir/viver, uma codificação existencial, a exemplo do “ser médico”, e também como acontece (ou não) a desconstituição deste território identitário mediante “desterritorializações” no sentido de novas “reterritorializações”.

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº78685517.3.0000.0102).

1.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados dez médicos, sendo quatro médicos residentes (MR) com idade de até 29 anos; três “médicos jovens” (MJ) com idades entre 31 e 37 anos; e três médicos experientes (ME) com idades entre 55 e 62 anos. As informações como gênero e idade de cada participante, tempo de formado, tempo de atuação na APS e na mesma Unidade de Saúde (US) encontram-se descritas na TABELA 1.

TABELA 1 – PERFIL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

	Idade do médico	Gênero do médico	Tempo de formado (anos)	Tempo na APS (anos)	Tempo de atuação na US atual (anos)
MR1	29	Feminino	2	2	1
MR2	27	Feminino	3	3	1
MR3	29	Masculino	4	2	1
MR4	29	Masculino	3	2	1
MJ1	36	Masculino	8	6	6
MJ2	37	Feminino	11	11	2
MJ3	31	Masculino	8	8	6
ME1	62	Masculino	36	23	11
ME2	61	Masculino	35	35	11
ME3	55	Feminino	31	31	18

FONTE: Os autores (2018). Legenda: MR: médico residente; ME: médico experiente; MJ: médico jovem.

Todos os entrevistados trouxeram em suas falas elementos do que aqui chamaremos “território identitário médico”, um conjunto de enunciados, valores *a priori* e convicções normatizadoras do comportamento que legitimam suas ações enquanto profissionais, conjunto esse que identificamos em expressões como “o escopo da medicina”, o “feijão com arroz do fazer medicina”, o “ser médico”, como mostram alguns dos trechos a seguir:

“Eu sinto que é mais fácil ir além e não fazer só **aquele ‘feijão com arroz’**, isso dá uma realização plena, mais intensa nessa parte da vida, a profissional.” (Fragmento da entrevista com MR3, grifo nosso)

“É uma relação que transcende muito a relação médico-paciente, e isso já faz tempo, que a gente tem esse tipo de relação... diria assim, **sai do escopo do ‘só médico’**, pra se preocupar com a vida das pessoas, eu com a vida deles e eles com a minha.” (Fragmento da entrevista com ME1, grifo nosso)

Tais enunciações mostram que a ideia do “ser médico” pressupõe um determinado código que se concretiza no território a partir do qual o médico fala e no qual compreende a si mesmo: tudo o que extrapola tais limites configuraria um “além do ser médico”. Possivelmente, mesmo antes de ser médico o sujeito já traz em si os elementos que compõem tal território, a partir de sua história de vida, cultura, crenças, experiências vividas, que orbitam ao redor do tema “medicina”^{25,26}.

A constituição do que seria uma “identidade médica” se expressa nessas enunciações mostrando que, para a totalidade dos entrevistados, há um pressuposto de que para exercer esta profissão seria preciso seguir uma determinada forma de agir, de ser, de pensar. Tais conceitos trazem elementos que remontam às origens da medicina (e, antes de mais nada, da humanidade), como se vê na filosofia de Avicena, médico persa da idade média, que enumera as muitas aptidões que se espera daquele que exerce a medicina, como “possuir um olhar agudo, ouvido apurado, uma cabeça lúcida e um espírito crítico (...) deve ser sadio de alma e corpo (...) deve ter uma aparência externa conveniente e bons modos”; ou no juramento hipocrático que reza: “conservarei imaculada a minha vida e minha alma”^{25,27}.

É na idade média que o “ser médico” começa a se definir no contexto social, com o exercício da medicina passando a ser regulamentado por leis e a necessidade de concessão de grau. A partir daí a figura do médico passa ter uma expressão social maior, pois o médico respalda sua prática em métodos e técnicas baseados no conhecimento científico que “pertencem” à medicina²⁷. A ideia do médico onipotente, altruísta e com poder sobre a vida e a morte começa a ganhar corpo e a gerar uma pronunciada idealização acerca desta profissão²⁵⁻²⁷. Nesse sentido, grande parte dos entrevistados interpretam suas ações como um exercício do seu poder como médicos, e reconhecem que há um sentimento de onipotência que permeia a prática profissional, seja pela atitude dos próprios médicos para com seus usuários, ou pela atitude dos usuários, da sociedade ou de instituições com relação ao médico:

“Você tem que decidir o tempo todo coisas muito importantes para aquelas pessoas que às vezes pode suscitar até doenças mais graves, **vida ou morte**.” (Fragmento da entrevista com MR3, grifo nosso)

“(...) quando você vê o paciente numa situação de sofrimento emocional, social, de bastante dificuldade, isso te gera um compadecimento, ao mesmo tempo um desejo de mudar e mexer com o teu poder, e ser centralizador do **poder médico**, a gente tem um poder sobre a vida dessas pessoas. (...) e esse sofrimento, essa dor, quando fere meu ego, esse **ego médico**, a dor desse **ser onipotente** que a gente veste enquanto medicina.” (Fragmento da entrevista com MJ3, grifo nosso)

“(...)Hoje mesmo uma paciente falou: “poxa vida doutora, **nem parece que é médica ‘né’**, faz tudo isso e ainda ‘tá’ no mesmo nível que a gente!” (Fragmento da entrevista com ME3, grifo nosso)

Jeammet et al.²⁸ citam aspectos da relação de poder entre médico e usuário, onde o primeiro encontra-se numa posição de “autoridade esclarecida” por ser portador do conhecimento para a cura. Maldonado²⁹ comenta sobre a crença de que o profissional só será digno de respeito e confiança se colocar-se como uma pessoa forte e onipotente e, mais do que isso, que haveria o desejo por parte dos médicos de criar uma aura de mistério acerca de seus procedimentos, adotando uma conduta autoritária e com menos possibilidades de questionamentos.

Naturalmente, a ideia de onipotência intrínseca ao território identitário do médico não apenas irá refletir em suas relações de poder com relação a outros sujeitos, mas também na forma como o médico encara a si mesmo, como vivencia sentimentos como o medo de errar, a culpa por uma falha presumida, a vergonha por não atender às expectativas ou mesmo a dificuldade em manter-se emocionalmente intacto para não se revelar frágil diante do outro, e comprometer seu juízo frente às decisões a serem tomadas³⁰.

O Código de Hamurábi, rei babilônio do século XVIII a.C., previa que o médico que errasse um diagnóstico ou tratamento deveria ter suas mãos amputadas como forma de punição pelo erro²⁷. Figurativamente, a “amputação” que um médico sofre ao encarar seu território identitário, e compreender que sua onipotência desde sempre assegurada não é tão perfeita e exata como se acreditava, pode levar a um processo de desterritorialização: uma descontinuação do território autorreferenciado como descrito por Guattari e Deleuze & Guattari^{22,23}. Muitas vezes o gatilho da desterritorialização pode ser uma experiência de perda - seja da infalibilidade, seja da inafetabilidade:

“(...) a gente tem um poder sobre a vida dessas pessoas, o que também pode trazer uma sensação de **impotência**, porque esse poder também é limitado.” (Fragmento da entrevista com MJ3, grifo nosso)

“(...) mas o paciente acabou falecendo, assim... isso me deu um... um sentimento muito ruim, um sentimento de perda, um sentimento de **impotência**, porque eu vi esse paciente várias vezes, e independente de eu ter visto ele tantas vezes assim parece que não foi o suficiente, ou não salvou a vida dele, digamos assim, ‘né’?” (Fragmento da entrevista com MR4, grifo nosso)

“Eu tento não demonstrar o sentimento, mas eu sinto! ‘Tô’ compartilhando um momento de sofrimento com a família que é um sofrimento meu também, eu já tinha afeto por aquele paciente. (...) E a tristeza, o pesar...existe uma sensação de perda, por uma questão afetiva. Mas tem uma sensação de perda **quando a gente vê que falhou...** aí você fica se sentindo o pior médico do mundo, ‘né’? Porque, puxa vida, ela não podia ter morrido, ‘né’?” (Fragmento da entrevista com ME3, grifo nosso)

O vínculo com o usuário, nestes casos, também trouxe uma abertura a uma outra desterritorialização pois, além de ter que encarar a realidade de sua própria imperfeição, havia um fator a mais produzindo sentimentos inquietantes: a dor do outro, que a partir do encontro intercessor permitiu ao médico um olhar além do puramente técnico ou profissional. Schultz et al.¹³ descrevem que o vínculo e a continuidade do cuidado no acompanhamento de pessoas podem produzir nos médicos de família um desgaste emocional, seja por diagnósticos difíceis, usuários chamados “demandadores” ou atuações supostamente técnicas e não dependentes de fatores socioeconômicos, podendo levar a um esgotamento psicológico e até mesmo à síndrome de *burnout*. Da Silva & Teixeira³⁰ citam que “o médico é visto (até mesmo por ele próprio) como aquele que deve saber e, se não sabe, é porque não é um bom médico”, e ao se deparar com sua própria incapacidade, experimenta sentimentos de culpa, impotência, incompetência. Nas entrevistas, alguns médicos relataram que o sofrimento vivenciado trouxe de fato questionamentos quanto à capacidade profissional, e até mesmo o desejo de desistir da medicina:

“Tem casos que acabam sempre ficando marcados, e que pra mim trouxeram uma ansiedade tão grande **a ponto de eu questionar a minha capacidade profissional**, a minha profissão, se eu ‘tava’ na profissão certa, inclusive pensar em abandonar, em sair dessa área, ir pra outra, às vezes até mudar de profissão.” (Fragmento da entrevista com MJ1, grifo nosso)

Diversos autores^{14,31-33} comentam sobre a possibilidade de um endurecimento profissional por parte daqueles que, ao tentarem lidar com instabilidades e incertezas da profissão, entenderam que o distanciamento da dor do outro seria um caminho mais seguro. Refugiam-se na racionalidade, no tecnicismo. Alguns podem até experimentar um quadro de despersonalização, uma indiferença emocional, além de sentimentos negativos com relação aos usuários³². Tais vivências e atitudes poderiam configurar, ao nosso ver, tanto uma defesa do território médico como uma recusa à desterritorialização do mesmo, ou ainda o momento crítico de uma desterritorialização em curso.

Como estratégia de enfrentamento do sofrimento, alguns programas de residência médica têm estimulado o desenvolvimento de habilidades de comunicação, da construção de vínculo, e do reconhecimento do usuário como objeto central do cuidado como através do MCCP^{2,10,31,34}. Há também o estímulo do profissional ao autoconhecimento e autocuidado, como através de psicoterapia, participação em grupos Balint, Práticas Integrativas e Complementares (PIC), espiritualidade, contato com a arte, entre outros^{15,16,31,33,35}. Tais estratégias foram também citadas pelos entrevistados:

“Há outras coisas do mundo que nos fazem sentir humanos de volta, então por exemplo a **arte**, a arte é um meio de entrarmos em contato com o que é humano na gente, estar vendo **filmes**, assistindo, vendo **pinturas**, ouvindo **música**, **vivenciando a arte**, **o teatro**, **são ferramentas de a gente conseguir ressignificar (o sofrimento)**. (...) e quando você tem **alguma fé**, em algum paradigma, que explique os porquês da vida, existe onde se agarrar.” (Fragmento da entrevista com MJ3, grifo nosso)

“(...)algo que a gente já tinha discutido na residência, sobre comunicação, **(grupos) Balint**, eu acho que você falando você também cresce, você entende melhor, consegue trabalhar essas questões.” (Fragmento da entrevista com MR3, grifo nosso)

Muito mais do que um esforço em se distanciar de seus usuários, no entanto, a desterritorialização experimentada (e permitida) pelos entrevistados possibilitou reconstruções do território médico em outras configurações, com a produção de outros territórios por vezes mais cuidadores de si e do outro. Esta busca por rearranjar o território existencial aparece nas falas de praticamente todos os médicos jovens e experientes (com menor frequência nas falas dos residentes), e aponta para uma reterritorialização em um outro lugar, um deslocamento para um “lugar cuidador”¹⁸.

“(...) essa proximidade deixa a gente muito vulnerável, ‘né’, **aquele mito do médico, o cara que é intocável, acaba**. Então a chance das críticas e das quebras de expectativas em relação a mim é muito maior... então eu me sinto mais vulnerável nesse sentido, mas isso não me fragiliza, o que me dá sustentação é a minha capacidade técnica também, e nesse sentido eu preciso cada vez mais estar estudando, fazer negociações, tudo é compartilhado, tudo para me dar segurança. (...) Hoje mesmo uma paciente falou: “poxa vida doutora, **nem parece que é médica ‘né’**, faz tudo isso e ainda ‘tá’ no mesmo nível que a gente!”, então esse reconhecimento pra mim é muito valioso...é o que a gente chama de salário afetivo.” (Fragmento da entrevista com ME3, grifo nosso)

Esta fala exemplifica o movimento do médico em direção a uma reterritorialização em que reconhecer-se vulnerável se torna algo aceitável e, mais do que isso, ser reconhecido pelo usuário como um “semelhante” se torna desejável. Permite-se, então, uma reterritorialização que extrapola o indivíduo e se torna um processo coletivo: um outro “ser médico” é possível tanto para o profissional como para o paciente. E o vínculo, fortalecido no encontro intercessor, é capaz de produzir no médico sentimentos de satisfação, realização, pertença. Neste processo de um outro reconhecimento de si, compreende-se que o papel do médico vinculado ao seu usuários transcende possíveis desfechos medidos pelas tecnologias duras e leves^{17,18}:

“(…) e a pessoa vai viver ou vai morrer independente de como as outras pessoas agirem, são as regras do jogo, e o jogo ‘tá’ posto, a gente não é dono do tabuleiro, a gente ‘tá’ só sendo mais um peão, a gente pode ser um peão consciente com muito potencial, com muita noção do seu potencial... a gente é dispensável, a gente é inútil, ao aceitar isso a gente consegue estar naquele lugar consciente de nossa pequenez e com **essa consciência aumenta o nosso potencial de ajuda, de cura e nos tranquiliza.**”
(Fragmento da entrevista com MJ3, grifo nosso)

Caprara & Rodrigues¹⁰ discorrem sobre a relação assimétrica existente entre médico e usuário, no sentido de que o médico é o detentor da totalidade do conhecimento do qual o usuário é geralmente excluído. Seixas et al³⁶ reforçam o papel do vínculo no estabelecimento de relações simétricas, nas quais o usuário da saúde é encarado como um interlocutor válido, e cujos saberes têm igual ou maior importância na construção do cuidado. A posição de controlador sobre a vida do outro dá, então, lugar a uma desterritorialização capaz de potencializar o processo autoanalítico da produção do cuidado, desconstruindo a figura do médico onipotente e produzindo encontros com simetria de poder.

Especialmente quando se fala de um vínculo constituído de simetria de poder e saber, a desconstrução da imagem do médico infalível traz consigo um potencial tranquilizador. Muitos entrevistados relataram se sentirem mais seguros por estarem vinculados aos pacientes, sentirem menos medo de falhar, maior potência no enfrentamento de problemas, ao passo que a idealização do médico onipotente se desfaz:

“(...) eu também sou falível, eu posso errar, mas **o vínculo forte me dá mais segurança** para poder exercitar a medicina da melhor forma possível, e também com mais tranquilidade se porventura eu errar.” (Fragmento da entrevista com ME3, grifo nosso)

“Lidar com incerteza a gente lida sempre, mas o **vínculo faz essa incerteza ficar um pouco mais fácil de ser manejada.**” (Fragmento da entrevista com MJ1, grifo nosso)

E mais do que isso, o vínculo se estabelece como terreno fértil para que o encontro intercessor aconteça, e de fato se traduza em cuidado, onde os sujeitos abrem mão da posição de domínio sobre o outro e se entregam à uma construção compartilhada do cuidado permitindo-se revelar seus não-saberes e ser afetado, não apenas pelo sofrimento e pela fragilidade, mas especialmente pela potência de vida do outro^{18,36}. E para o médico, que está diariamente exposto às dificuldades da profissão como a sobrecarga de trabalho, o constante contato com o sofrimento, os sentimentos de culpa e de falibilidade, saber-se vinculado aos seus usuários pode desempenhar um papel revigorador, mais do que desgastante. A simetria que produz vínculo vai além das relações de saber e poder e se torna uma “simetria de cuidado”: o médico ganha potência no agir por sentir-se vinculado ao seu usuário, produzindo novas possibilidades de cuidado do outro e de si mesmo, entendendo que quem fornece o cuidado também pode recebê-lo, num mesmo ato:

“(...) mas a gente que está todo dia na APS com a população, a gente sofre junto. Você cria vínculo, cria vínculo. Sofre junto, mas isso, por outro lado, **é a recompensa que a gente tem, de se sentir próximo.**” (Fragmento da entrevista com ME2, grifo nosso)

“Como a gente se sente também às vezes acolhido pelo paciente, quando paciente vê que a gente ‘tá’ cansado, não ‘tá’ bem, **eles fazem o papel terapêutico com a gente**, isso nos traz uma sensação de pertencimento, uma sensação de estar presente na comunidade, de ser humano, e **ser além de médico**, outra pessoa ali junto com ele. (...) aí eu tenho que entrar em contato comigo e lembrar que humano sofre, aceitar minha falha, aceitar a falha do outro, aceitar a dor que ‘tá’ na humanidade e pra lidar com essa dor aí eu preciso de ferramentas, eu preciso de ter contato com pessoas com as quais eu possa compartilhar essa dor, e o **contato com o próprio paciente**, aí o mesmo vínculo que é o que me causa o peso, é o vínculo que me dá o alívio pra essa dor, **então o vínculo que me dói e que me pesa diante do sofrimento é o mesmo vínculo que alimenta a minha cura.**” (Fragmento da entrevista com MJ3, grifo nosso)

Ao vivenciar o vínculo, e para vivenciá-lo em toda sua intensidade, o médico tem a oportunidade de deixar para trás os rótulos de onipotente, inacessível,

infallível, permitindo a si mesmo experimentar este encontro sem preconceitos e/ou expectativas definidos. Nesse movimento, tanto médico como usuário passam a transitar pela dimensão cuidadora do encontro, num espaço em que ambos se permitem ouvir e ser ouvido, cuidar e ser cuidado. O próprio vínculo estimula a reconstrução de um novo território existencial com mais potência, que vai muito além de uma repetição discursiva frágil, imposta, inquestionada. Tal potência vem do encontro assim vivenciado, e leva a uma desativação daquele território identitário que antes parecia sólido, blindado, imutável. Dessa forma, as tecnologias leves, já decisivas no processo de desterritorialização que se efetiva, agora passam a ser operadas com ainda mais facilidade, e o encontro cuidador se materializa em um território preenchido por novas possibilidades de configurações do cuidado de si e do outro.

1.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As origens do território identitário médico remontam às origens da própria humanidade, possuindo elementos que dão corpo à ideia de poder e infalibilidade do médico. De diversas formas o médico pode vivenciar uma desconstrução de seu território existencial autorreferenciado, percebendo-se impotente, falível, imperfeito; o resultado disso pode ser um endurecimento do médico, como que em uma tentativa de evitar a descontinuação de seu lugar de onipotência. Ou, quando a desterritorialização acontece, pode levar a sentimentos de sofrimento e angústia. No contexto do encontro intercessor o médico vivencia, nos atos de cuidado em saúde, a possibilidade do vínculo com seus usuários, e a partir de vínculos simétricos podem ocorrer reterritorializações nas quais o médico assume seus não-saberes e se desfaz da ideia de onipotente, para trilhar um novo terreno com seu paciente: um encontro cuidador.

Por mais estanque que a identidade médica socialmente aceita pareça ser, o território identitário médico pode ser desviado e desativado em novas reterritorializações de forma dinâmica e constante. Seja por desarmar-se de uma postura de infalibilidade, seja por reconhecer o poder e o saber do outro (usuário, equipe), seja por permitir-se afetar pelos sentimentos do outro e reconhecer que há potência de agir nesse encontro, o médico pode se valer de suas vivências na reconstrução de sua identidade profissional. E é especialmente na dimensão

cuidadora do encontro com o outro que o médico pode descobrir-se sendo também cuidado e, assim, ressignificar seu papel como médico em um outro território existencial.

O vínculo entre médico e usuário desempenha um importante papel no cuidado em saúde, visto que usuários em acompanhamento longitudinal por médicos com quem tem uma boa relação sentem-se mais satisfeitos. Similarmente, pode ser importante fonte de satisfação também para o médico experimentar uma relação achegada com seus usuários neste contexto de desconstrução da ideia do médico onipotente, diminuindo pressões, expectativas exageradas, sentimento de culpa e esgotamento profissional.

Reconhecer e analisar o próprio território identitário pode ser um caminho para um outro reconhecimento, e possivelmente isso se dê com o passar dos anos, à medida que o médico vivencia diferentes situações que o colocam diante das quebras em seu território. Isso é sugerido pelo fato de que a maioria dos médicos que trouxeram para a entrevista elementos de uma reterritorialização eram os MJ (acima de 31 anos) e os experientes. Os residentes foram menos explícitos nesse sentido. Tal fato produz alguns questionamentos: seria possível trabalhar ainda na formação médica os aspectos inquietantes do território identitário médico, a fim de diminuir o sofrimento nos momentos de desterritorialização? Seria possível estimular reterritorializações de igual ou maior intensidade sem as quebras (sofrimentos) que a própria experiência proporciona? Como apoiar os médicos no sentido de uma reterritorialização em um território mais cuidador de si e do outro, em uma perspectiva usuário-centrada?

Alguns destes questionamentos têm sido trabalhados em programas de residência médica quando há estímulo ao desenvolvimento de habilidades de comunicação, ao desenvolvimento de vínculo, ao reconhecimento do usuário como objeto central do cuidado (a exemplo do MCCP). Há também experiências de incentivo dos residentes e médicos especialistas ao autoconhecimento e autocuidado, através de psicoterapia, participação em grupos Balint, estímulo a práticas que possam diminuir a sobrecarga emocional oriunda da profissão (artes, música, espiritualidade, PIC), e conseqüentemente diminuir as tensões das desterritorializações.

Sobretudo o vínculo desempenhará um papel central nas reterritorializações à medida que o médico incorpore como um novo valor a potência do encontro

cuidador para si e para o outro. Como placas tectônicas em movimento, o território identitário médico poderá, então, assumir um caráter dinâmico, produzindo desvios e novas configurações do “fazer medicina”, numa constante transformação em que as tecnologias leves poderão ser intensamente operadas no âmbito do encontro cuidador.

Referências bibliográficas

1. McWhinney IR. A textbook of Family Medicine. Second edition. New York: Oxford University Press; 1997.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1995
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
4. Campos, CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Rev APS. 2005; 8(2):181-90.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
8. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm. 2010; 23(1):131-5.
9. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. Fam Med. 2001; 33(1):22-7.
10. Caprara A, Rodrigues JV. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(1):139-46.
11. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract. 2006; 23(3):308-16.
12. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen G. It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice. BMC Fam Pract. 2009; 10:47.
13. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. Can Fam Physician. 2012; 58(2):178-85.

14. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996; 347(9003):724-8.
15. Puffer JC, Knight HC, O'Neill TR, Rassolian M, Bazemore AW, Peterson LE. Prevalence of Burnout in Board Certified Family Physicians. *J Am Board Fam Med*. 2017; 30(2):125-6.
16. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*. 2003; 168(3):271.
17. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. SUS Brasil: caderno de textos. 2004; 108-37.
18. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec Editora; 2013
19. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol. Soc.* 2007; 19:15-22.
20. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. 4a ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
21. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.
22. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995 [Coleção Trans(vol.2)]
23. Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34; 1992 [Coleção Trans]
24. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(2):537-46.
25. Pessotti I. A formação humanística do médico. *RMRP*. 1996; 29(4):440-8
26. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(11):107-16.
27. Hoirisch A. Ser médico, implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
28. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Manual de psicologia médica. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
29. Maldonado MTP. A ilusão de onipotência na relação médico-cliente. *Ciência e Consciência*. 1978; 324-31
30. Da Silva ALP, Teixeira MAA. A angústia médica: reflexões a cerca do sofrimento de quem cura. *Cogitare Enfermagem*. 2002; 7(1).
31. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
32. Romani M; Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine* 2014;9.
33. Gonçalves CIRVB. Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina. Porto. Tese [Mestrado em Medicina] – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto Centro; 2016.
34. Ribeiro, MMF, Amaral, CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev bras educ med*. 2008; 32(1):90-7.

35. Tesser, CD, Sousa, IMCD. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Soc.* 2012; 21:336-50.
36. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23.

REFERÊNCIAS

- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BRUNELLO, M.E.F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E.G.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F. **O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007)**. Acta paulista de Enfermagem, v. 23, n. 1, 2010.
- CAMPOS, C. E. A. **Os princípios da Medicina de Família e Comunidade**. Rev APS, v. 8, n. 2, p. 181-90, 2005.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. V. **A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. São Paulo: Ed, v. 34, n. 1.2011, 1995.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, p. 345-353, 1999.
- FREDERIKSEN, H. B.; KRAGSTRUP, J.; DEHLHOLM-LAMBERTSEN, G. **It's all about recognition! Qualitative study of the value of interpersonal continuity in general practice**. BMC Fam Pract, v. 10, p. 47, Jun 26 2009. ISSN 1471-2296.
- GONÇALVES, C.I.R.V.B. **Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina**. [dissertação], Universidade do Porto; 2016.
- GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Editora 34, 1992.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes; 2000.
- HOIRISCH, A. **Ser médico, implicações históricas e antropológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
- JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Manual de psicologia médica**. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
- KASTRUP, V. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. Psicologia & sociedade, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007.
- MAINOUS, A. G.; BAKER, R.; LOVE, M.M.; GRAY, D.P.; GILL, J.M. **Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom**. Fam Med, v. 33, n. 1, p. 22-7, Jan 2001. ISSN 0742-3225

MALDONADO, M. T. P. **A ilusão de onipotência na relação médico-cliente.** *Ciência e Consciência*, p. 324-31, 1978.

MCWHINNEY, I. **A textbook of Family Medicine.** Oxford University Press, 1997.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

MERHY, E. E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato.** In: MERHY E. E. & FRANCO T. B. (Orgs.) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde - textos reunidos. São Paulo: Hucitec, p. 172-182, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, p. 32-51, 2015.

PESSOTTI, I. **A formação humanística do médico.** RMRP. v.29, n.4, p. 440-8, 1996.

PUFFER, J. C.; KNIGHT, H.C.; O'NEILL, T.R.; RASSOLIAN, M.; BAZEMORE, A.W.; PETERSON, L.E. **Prevalence of Burnout in Board Certified Family Physicians.** *J Am Board Fam Med*, v. 30, n. 2, p. 125-126, 2017. ISSN 1557-2625.

RAMIREZ, A. J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M. A.; CULL, A.; GREGORY, W. M.; **Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work.** *Lancet*, v. 347, p. 724-728, 1996.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; LIMA, M.C.P. **A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, p. 107-116, 2002.

RIBEIRO, M.M.F.; AMARAL, C.F.S. **Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico.** *Rev bras educ med*, v. 32, n. 1, p. 90-7, 2008.

ROMANI, M.; ASHKAR, K. **Burnout among physicians.** *Libyan Journal of Medicine*, v. 9, n. 1, 2014.

SANS-CORRALES, M. ; PUJOL-RIBERA, V. ; GENE-BADIA, J. ; PASARIN-RUA, M.I. ; IGLEZIAS-PEREZ, B. ; CASAJUANA-BRUNET, J. **Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs**. *Fam Pract*, v. 23, n. 3, p. 308-16, Jun 2006. ISSN 0263-2136

SCHULTZ, K.; DELVA, D.; KERR, J. **Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship**. *Canadian Family Physician*, v. 58, n. 2, p. 178-185, 2012.

SEIXAS, C.T.; BADUY, R.S.; CRUZ, K.T.; BORTOLETTO, M.S.S.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E.E. **O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019.

SILVA, A.L.P.; TEIXEIRA, M.A.A. **A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura**. *Cogitare enferm*, v. 7, n. 1, 2002.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. **Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 537-546. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; MCWHINNEY, I.R.; MCWILLIAM, C.L.; FREEMAN, T.R. **Patient-centered medicine: transforming the clinical method**. California: Sage Publications; 1995.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas**. *Saúde e Sociedade*, v. 21, p. 336-350, 2012.

VISSER, M.R. ; SMETS, E.M. ; OORT, F.J ; DE HAES, H.C. **Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists**. *Canadian Medical Association Journal*, v. 168, n. 3, p. 271-275, 2003. ISSN 0820-3946.

APÊNDICE – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Helvo Slomp Junior, Nicole Karina Nicolaiko Temperly e Karin Lye Auf Der Strasse, respectivamente professor/orientador, aluna de mestrado e aluna de graduação/iniciação científica da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, médico de família e comunidade ou médico residente em Medicina de Família e Comunidade, a participar de um estudo intitulado “O vínculo do médico de família com seu paciente: sentidos, desdobramentos emocionais e transformações”. Visto que o médico de família acompanha seus pacientes longitudinalmente, é de grande importância compreender quais sentimentos se originam dos encontros entre esses atores.

a) O objetivo desta pesquisa é compreender os efeitos (recompensadores, desgastantes, etc) que o vínculo e a responsabilização entre médicos de família e pacientes podem produzir nos próprios médicos.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que se submeta a uma entrevista breve, constituída de 6 perguntas abertas que abordarão suas impressões sobre os efeitos emocionais recompensadores e desgastantes que a relação ao longo do tempo com os seus pacientes lhe trouxe, bem como o significado e as mudanças que tais sentimentos possam ter gerado em sua vida.

c) Para tanto você deverá comparecer no local combinado para a entrevista, que poderá ser uma das salas de reuniões do Departamento de Saúde Coletiva, no Setor de Ciências da Saúde da UFPR, na rua Padre Camargo, nº285, 7º andar, ou em outro local de sua escolha (por exemplo seu consultório pessoal, sua residência, etc) para ser entrevistado pelo pesquisador, o que levará aproximadamente 1 hora, e as informações da entrevista serão gravadas em áudio e serão feitas anotações pelo pesquisador.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento ao responder perguntas de caráter emocional.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento decorrente da expressão de sentimentos, e por descrever lembranças e experiências marcantes em sua vida profissional com seus pacientes. Caso você perceba que houve prejuízo de ordem psicológica, como sentimentos de profunda tristeza, ansiedade ou similares que possam ter sido desencadeados pela entrevista, você terá um profissional à disposição para apoio psicológico/psiquiátrico (Dra. Sabrina Stefanello), que poderá ser contatado por meio dos pesquisadores listados neste documento.

f) O benefício esperado com essa pesquisa é a possibilidade de uma maior compreensão dos efeitos emocionais que o vínculo com o paciente produz

no médico, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) Os pesquisadores Helvo Slomp Junior, Nicole Karina Nicolaiko Temperly e Karin Lye Auf Der Strasse responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Departamento de Saúde Comunitária, no Setor de Ciências da Saúde da UFPR, na rua Padre Camargo, nº285, 7º andar, Bairro Alto da Glória, email do departamento: saudecom@ufpr.br, email dos pesquisadores: helvosj@gmail.com, nkntemperly@gmail.com, karinstrasse@hotmail.com, telefone: (41) 3360-7241 no horário das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que

Rúbricas: Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: Orientador:

você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) O material obtido – gravações de áudio e anotações do pesquisador das entrevistas – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de 24 meses.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Você terá a garantia de que problemas como o desconforto emocional ou psicológico que possam surgir pela entrevista poderão ser avaliados, se for de seu desejo, por profissional habilitado e, neste caso, solicitamos que entre em contato com os pesquisadores imediatamente.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de meu áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito à avaliação dos pesquisadores para a elaboração do conteúdo do projeto de pesquisa, sendo este material destruído após o término do estudo.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e os benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item L.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ___ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

ANEXOS

**ANEXO 1 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ**

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O VÍNCULO DO MÉDICO DE FAMÍLIA COM SEU PACIENTE: SENTIDOS, DESDOBRAMENTOS EMOCIONAIS E TRANSFORMAÇÕES

Pesquisador: Helvo Slomp Junior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78685517.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.419.524

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da FioCruz/ABRASCO/UFPR, sob a responsabilidade do Prof Helvo Slomp Junior e colaboração de Nicole Karina Nicolaiko Temperly e Karin Lye Auf Der Strasse. A pesquisa será realizada em parceria ao Departamento de Saúde Comunitária, no Setor de Ciências da Saúde da UFPR, após aprovação do CEP/SD - 2017 a Setembro de 2019.

Objetivo da Pesquisa:

1.1 Objetivo geral:

Compreender os efeitos que o vínculo e a responsabilização entre médicos de família e usuários podem produzir nos próprios médicos.

1.2 Objetivos específicos:

- Conhecer algumas experiências vivenciadas por médicos de família na relação longitudinal com seus usuários, e os efeitos emocionais que as mesmas produzem no próprio médico.
- Identificar possíveis movimentos ou mudanças produzidos por tais efeitos, especialmente nas relações terapêuticas e na qualidade de vida do profissional médico.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.419.524

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os principais riscos da presente pesquisa são o desconforto e/ou o constrangimento dos entrevistados ao falarem de experiências vividas na sua prática, que possivelmente poderão vir carregadas de emoções de diferentes naturezas (tristeza, alegria, ódio, rancor, medo, gratidão, satisfação). Há também o risco de quebra de confidencialidade.

Dentre os benefícios para população estudada, destaca-se a possibilidade de uma maior compreensão dos efeitos emocionais que o vínculo com o paciente produz no próprio médico, e desta forma permitindo uma discussão acerca da qualidade de vida do profissional médico. Tal compreensão pode até mesmo refletir em relações terapêuticas mais saudáveis entre médicos e pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ao atuar na Atenção Primária à Saúde, o médico de família e comunidade acompanha seus pacientes e famílias longitudinalmente, e os contatos frequentes entre esses atores pode gerar uma relação achegada entre eles, resultando em vínculo. Tal vínculo pode produzir no médico sentimentos diversos: sentimentos desgastantes como sobrecarga emocional, responsabilização e até mesmo burnout, e sentimentos recompensadores, como uma maior satisfação profissional e senso de competência como médico.

O presente estudo tem caráter exploratório, com abordagem qualitativa cartográfica. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com 6 a 12 médicos de família e/ou médicos residentes em MFC da UFPR que atuem há um ano ou mais na mesma comunidade, para garantir o caráter de longitudinalidade necessário para o desenvolvimento do estudo. A amostragem é intencional, e o recrutamento dos participantes se dará através de convite verbal feito pelos pesquisadores no final das reuniões mensais do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPR, nas quais geralmente se reúnem médicos de família e residentes em MFC.

Será proposto aos participantes o agendamento de um horário para a entrevista individual, de acordo com a disponibilidade de cada participante. Após leitura, esclarecimentos e assinatura do TCLE, será preenchido um cabeçalho com as seguintes informações: nome, idade, gênero, tempo de formado, tempo de atuação como médico de família e comunidade ou residente. Quanto ao local da entrevista, será oferecido algumas opções, como as salas de reuniões do Departamento de Saúde Comunitária, no Setor de Ciências da Saúde da UFPR, na rua Padre Camargo, nº285, 7º

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.419.524

andar, o consultório do participante, a sua residência ou outro local adequado de sua vontade.

Procurar-se-á garantir um ambiente tranquilo e sigiloso para o desenvolvimento da entrevista, em um momento em que o participante se sinta à vontade para responder às perguntas de forma natural e sem pressão de qualquer natureza, bem como a possibilidade de interrupção da entrevista por parte do participante em qualquer momento em que ele julgue necessário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados e com Inclusão de Carta de Anuência do profissional disponível para apoio psicológico.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações/correções foram atendidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.419.524

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1009747.pdf	07/11/2017 21:39:29		Aceito
Outros	CARTA_DEVOLUTIVA_AO_CEP.pdf	07/11/2017 21:38:59	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_dra_Sabrina_Stefanello.pdf	07/11/2017 21:38:26	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido2.doc	07/11/2017 21:16:21	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	extrato_ata_colegiado.pdf	09/10/2017 16:58:12	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEPcorrigido1.doc	09/10/2017 13:56:43	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	uso_especifico_material.pdf	06/10/2017 21:06:54	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	tornar_publicos.pdf	06/10/2017 21:06:34	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	06/10/2017 21:06:15	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	responsabilidades.pdf	06/10/2017 21:05:58	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	inicio_pesquisa.pdf	06/10/2017 21:05:36	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	encaminhamento_cep.pdf	06/10/2017 21:05:14	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	check_list.pdf	06/10/2017 21:04:49	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	analise_merito.pdf	06/10/2017 21:04:00	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito
Outros	aceite_servicos.pdf	06/10/2017 21:03:24	NICOLE KARINA NICOLAICO TEMPERLY	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.419.524

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/10/2017 21:01:13	NICOLE KARINA NICOLAIKO TEMPERLY	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 06 de Dezembro de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA ESCOLHIDA

Revista: Interface – comunicação, saúde, educação

Escopo e política editorial

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

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

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

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

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

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

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

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura:

até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

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

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

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

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

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

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

Nota

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

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

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

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

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

Nota

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

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

Nota

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

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

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

Notas

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

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

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

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

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

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

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

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

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

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do

texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

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

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

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

Nota

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

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

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

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

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

Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

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

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

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

4 Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

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

6 Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

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

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

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

7 No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

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

8 No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta:
O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

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

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

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares.**

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

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

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisado.

Notas

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

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

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

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, e o ID do ORCID, como já indicado **no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;
- em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

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

Notas

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

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

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

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

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

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar
CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander
Agência 0039
Conta Corrente: 13-006625-3

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER – citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

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

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

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

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

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...]”

ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens”² (p. 13).

Notas

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

Exemplo:

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

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

Exemplo:

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

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

Exemplo:

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

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

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver.² (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

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

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

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

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

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

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

EXEMPLOS:

LIVRO

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

Exemplo:

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

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

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

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

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

CAPÍTULO DE LIVRO

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

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

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

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

ARTIGO EM PERIÓDICO

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

Exemplos:

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

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

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

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

DISSERTAÇÃO E TESE

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

Exemplos:

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

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

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

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

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso

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

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

DOCUMENTO LEGAL

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

Exemplos:

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

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

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

RESENHA

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

Exemplo:

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

ARTIGO EM JORNAL

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

Exemplo:

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

CARTA AO EDITOR

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

Exemplo:

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

ENTREVISTA PUBLICADA

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

Exemplo:

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

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

Exemplo:

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

DOCUMENTO ELETRÔNICO

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

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

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

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

Nota

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

Outros exemplos podem ser encontrados

em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

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

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

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

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

Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

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

PALAVRAS-CHAVE

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

NOTAS DE RODAPÉ

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

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

Nota

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

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

Nota

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

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

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

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

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

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

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

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

Nota

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

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

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

6 Em siglas:

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

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

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

– de zero a dez;

– dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...

- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

USO DE CARDINAIS**Escrever por extenso:**

- de zero a dez.