



PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO BRASIL: ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE CATEGÓRICA EM UM ESTUDO QUALITATIVO

“More Doctors” Program in Brazil: categorical analysis strategies in a qualitative study

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG - Belo Horizonte (MG) Brasil

Jullien Dábini Lacerda de Almeida

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG - Belo Horizonte (MG) Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar inovações e práticas trazidas pelos profissionais estrangeiros vinculados ao *Programa Mais Médicos para o Brasil* (PMMB) em Minas Gerais. **Métodos:** Versa sobre a estratégia utilizada para a categorização das entrevistas e análise de conteúdo por meio do software Nvivo 10. Três sets distintos foram preparados como forma de sistematizar e cruzar: a) informações descritivas, como o funcionamento e a estruturação de uma unidade de saúde; b) as percepções de entrevistados a partir de eventuais elogios, críticas, menções a problemas, alusões a mudanças e atribuições de desencadeamentos de processos a atores específicos; e c) os assuntos tratados (as categorias analíticas em si). **Conclusão:** O estudo se beneficiou da matriz de nós permitindo a comparação dos dados.

Descritores: Estudo de caso; Estudo quanti-qualitativo; Análise de Conteúdo; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: Identify innovations and practices brought by foreign professionals linked to the “More Doctor for Brazil” program in Minas Gerais state. **Methods:** It explains the strategy used to categorize interviews and analyse content through software Nvivo 10. Three distinct sets were prepared as a way of systematizing and crossing: a) descriptive information, such as the operation and structuring of a health unit; b) the perceptions of interviewees based on compliments, criticisms, reported problems, allusions to changes and triggering processes led by stakeholders in the Primary Care teams; and c) themes identified during the interviews (analytical categories). **Conclusion:** The study benefited from the matrix of nodes allowing the comparison of the data.

Descriptors: Case Study; Quanti-Qualitative Study; Content Analysis; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos, lançado em 2013 pelo governo federal brasileiro, é composto por ações de curto, médio e longo prazo visando ao aumento do número de médicos em serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil, principalmente em áreas com escassez desses profissionais. Um de seus componentes, o Programa Mais Médicos para o Brasil, visa à provisão emergencial de médicos em áreas de escassez desses profissionais, tanto em cidades do interior do Brasil como em áreas específicas de capitais⁽¹⁾.

É razoável supor que, quando um país recebe profissionais, como médicos de outros lugares, eles possam trazer consigo atitudes, saberes e tecnologias úteis aos seus próprios contextos assistenciais. É possível, inclusive,



que tais elementos possam se difundir em outros serviços de atenção primária, passando a ser conhecidos, ou mesmo demandados, por pacientes.

Com o intuito de identificar possíveis inovações conceituais e/ou operacionais, de modo a trazerem-se práticas e saberes à atenção primária, no Estado de Minas Gerais, realizou-se uma pesquisa exploratória e investigativa, por meio de estudo de casos múltiplos e coletas trianguladas de diferentes tipos de dados (entrevistas, observações diretas, fotos, indicadores de saúde disponíveis *online*, documentos fornecidos por unidades de saúde ou por gestores e informações epidemiológicas e demográficas).

O estudo, denominado “A Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: um estudo de casos múltiplos”, foi realizado em quatro diferentes municípios do estado, indicados previamente pelo Conselho Estadual de Secretários de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) como potenciais cenários para a observação inovações: Belo Horizonte, Barão de Cocais, Juatuba e Conceição das Alagoas. Em cada uma dessas cidades foi estudado um caso específico de interação de médicos estrangeiros com a equipe de saúde, pacientes e, de uma forma geral, com a própria atenção primária estabelecida em cada um desses locais. O trabalho de campo ocorreu entre os meses de maio e outubro de 2016.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar especificamente a estratégia utilizada pelos pesquisadores para o processamento e análise das entrevistas realizadas, no âmbito dessa pesquisa por meio do *software* Nvivo 10. O financiamento do mesmo foi proporcionado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para constituição da série *Estudos de Caso sobre o Programa Mais Médicos*, realizado em diferentes estados do país (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Maranhão), durante os anos de 2015 a 2017.

MÉTODOS

O marco conceitual do desenho da pesquisa consiste em uma pesquisa exploratória, investigativa, por meio de estudo de casos múltiplos.

Essa modalidade empírica de pesquisa empírica busca coletar dados relevantes acerca do objeto de estudo, de forma a permitir o alcance de um conhecimento mais amplo sobre o mesmo, assim como a dissipação de dúvidas, o esclarecimento de questões pertinentes e o subsídio de ações posteriores⁽²⁾.

Estudos de casos são mais utilizados em situações nas quais os limites entre o fenômeno estudado e seus contextos não estão bem definidos. Nessas situações, um ou mais contextos dados parecem exercer influências sobre um fenômeno, mas não há como descobrir experimentalmente as relações entre eles, uma vez que não é possível controlar suas variáveis ou eventos⁽³⁾.

O estudo ora apresentado tem caráter exploratório, uma vez que visa ao conhecimento de um fenômeno ou situação que não se encontra descrito de forma suficiente na literatura. Por esse motivo, o estudo exploratório terá condições de subsidiar a elaboração de hipóteses para futuras investigações, bem como o delineamento de novos objetos de estudo⁽⁴⁾.

No caso específico, espera-se que, além de contribuir com eventuais estudos futuros, o estudo exploratório aqui apresentado possa difundir, entre os profissionais da atenção básica em geral e do *Programa Mais Médicos para o Brasil* em particular, boas práticas e estratégias exitosas e/ou inovadoras que se tenham mostrado eficazes em algum grau, ainda que em contextos específicos.

Um estudo de caso deve se valer de uma busca intensiva de dados sobre um evento, situação ou processo, de forma a ser possível estudá-lo e compreendê-lo mais profundamente. Esses dados podem ser de natureza quantitativa (bases públicas de dados, dados restritos, enquetes/inquéritos, etc.) ou qualitativa (entrevistas, observações diretas, *grupos focais*)⁽¹⁾. Também podem compor o acervo documentos oficiais, registros à mão ou eletrônicos e fotos, dependendo dos objetivos da pesquisa. Busca-se, de forma geral, mapear, descrever e analisar contextos, relações e percepções associados a uma situação, fenômeno ou evento⁽³⁾.

Para a análise dos dados qualitativos, seguiu-se o método de Análise do Conteúdo – um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa produzir, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de determinadas mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às suas condições de produção e recepção⁽⁵⁾.

Foram selecionadas previamente, pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), as quatro unidades básicas de saúde. Essa seleção se deu a partir de experiências publicadas em veículo de divulgação próprio dessa instituição. Como foi referido, os municípios nos quais se encontram as experiências estudadas são: a) Belo Horizonte; b) Barão de Cocais; c) Conceição das Alagoas; e d) Juatuba.

Por ser uma instituição conformada pelas próprias gestões municipais de saúde do estado, infere-se que o COSEMS possui informações e parâmetros de comparação suficientes para selecionar casos que possuam um mínimo de estratégias e práticas relevantes para um estudo mais aprofundado, de acordo com os objetivos do trabalho aqui apresentado.

A unidade de análise escolhida foi a unidade básica de saúde. Em apenas um município (Belo Horizonte) havia mais de uma equipe de saúde da família na unidade estudada. Nessa situação-caso, a equipe estudada foi aquela indicada pela gerência a partir da disponibilidade do médico e de um maior número de outros profissionais para entrevistas no horário combinado.

Optou-se pela construção das seguintes variáveis iniciais de estudo ou categorias analíticas: a) mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde; b) mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde; e c) melhorias de vínculo e acesso.

É importante ressaltar neste ponto que a divisão entre o processo de trabalho assistencial e o processo de gestão ocorreu meramente para fins de organização da coleta e análise de dados. A seguir serão explicadas cada categoria e suas sub-categorias.

Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde

Para se entender a categoria *Mudanças no processo de trabalho assistencial da equipe e da unidade de saúde*, foram investigadas quaisquer alterações na rotina de trabalho relacionada à prestação do cuidado. Podiam tratar-se de alterações relacionadas à promoção de saúde, à prevenção da doença, ao tratamento ou à reabilitação, mas também alterações da equipe como da unidade de saúde, desde que desencadeadas pelo trabalho do profissional de provimento emergencial.

Também foram estudados, quando disponíveis, dados sanitários da unidade ou do município que possam sugerir eventuais melhorias na prestação do cuidado no âmbito da atenção básica, a partir da reorganização do trabalho ocorrida com a chegada do profissional.

Essa categoria é composta pelas seguintes sub-categorias:

a) *Organização da demanda espontânea*, entendida nesta área como consultas e procedimentos (excluindo visitas domiciliares), demandadas diretamente por um usuário, independentemente de o atendimento haver sido realizado na hora ou marcado para outro momento, via acolhimento ou agendamento realizado por Agente Comunitário de Saúde (ACS), pautado pela referência do Caderno de Atenção Básica⁽⁶⁾;

b) *Organização da atenção programada* - definida, para os fins deste trabalho, como a atenção realizada em atendimentos previamente agendados para a abordagem de condições que não sejam consideradas agudas, ou agudizações de condições crônicas⁽²⁾, e que visem a evitar ou minimizar agravos em grupos populacionais específicos, como gestantes, puérperas, lactentes, usuários(as) hipertensos(as) e diabéticos(as)⁽⁷⁾;

c) *Organização das visitas domiciliares*, entendidas como consultas e procedimentos conduzidos por profissionais de saúde, com formação superior e realizados no local de moradia do(a) usuário(a)⁽⁸⁾;

d) *Organização de ações de educação em saúde*, identificadas como atividades educativas, realizadas por profissionais da equipe de saúde da família e dirigidas a usuários(as) do sistema de saúde, com o intuito de promoção da saúde e de prevenção de problemas e agravos em usuários portadores de condições e hábitos específicos. Pode ser dado o exemplo da realização de grupos operativos ou educativos para gestantes, portadores de condições crônicas, tabagistas, usuários de drogas ilícitas etc^(9,10).

Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde

No domínio do fator Mudanças nos processos de gestão da equipe e da unidade de saúde, investigaram-se as alterações no processo de trabalho relacionadas à organização e à qualidade do cuidado prestado, bem como relativas ao aprimoramento profissional e pessoal, que possam ter sido desencadeadas pelo trabalho do profissional de provimento emergencial.

Suas categorias analíticas são as seguintes:

a) *Organização ou aprimoramento de ações de diagnóstico sanitário e de planejamento das ações de saúde*: essa categoria abrange quaisquer ações realizadas pela equipe de saúde da família, com o objetivo de planejar suas atividades a partir da análise de dados de saúde disponíveis em sua área de adscrição;

b) *Organização ou aprimoramento das ações de educação permanente dos profissionais de saúde*: essa categoria integra quaisquer ações visando à qualificação profissional da equipe, promovidas por ela própria, pela Secretaria Municipal de Saúde ou por qualquer outro órgão ou agência governamental⁽¹¹⁾;

c) *Organização ou aprimoramento de processos comunicacionais entre os profissionais de saúde*: essa categoria foi definida com o propósito de possibilitar a observação e análise da comunicação entre os membros da equipe. Para tanto, buscou-se o levantamento de itens/questões como frequência, apresentação (oral ou escrita) e meios (livro de registro, conversação pessoal, mural de recados e aplicativos de conversação por *smartphone*). A comunicação de assuntos profissionais foi utilizada como uma medida de organização do processo de trabalho da equipe, enquanto a frequência das comunicações pessoais foi usada para a análise do nível de entrosamento e do companheirismo entre seus membros.

Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado

A categoria Melhorias de vínculo, acesso e qualidade do cuidado visa ao entendimento das possíveis alterações ocorridas no âmbito do vínculo firmado entre a equipe de saúde da família ou entre a unidade básica e os usuários, bem como eventuais mudanças no acesso ao cuidado na unidade. Após as entrevistas, a forma final da árvore de categorias analíticas assumiu a seguinte forma:

a) *Acesso aos serviços*: percepção de usuários, gestores e profissionais sobre a facilidade de acesso ao atendimento médico na unidade e tempo de espera;

b) *Fixação de profissionais médicos*: percepção de usuários, gestores e profissionais sobre a diminuição da rotatividade de médicos na unidade estudada;

c) *Vínculo com a comunidade*: percepção de usuários, gestores e profissionais sobre os laços desenvolvidos pelo profissional do programa com a comunidade e seu comprometimento com a mesma;

d) *Humanização*: percepção de usuários, gestores e profissionais sobre a presença de atitudes e práticas humanizadoras no cotidiano do profissional do programa, considerando a humanização de acordo com o estipulado em Política Nacional de Humanização (PNH)⁽¹²⁾;

e) *Satisfação e qualidade do cuidado pelo médico*: percepção de usuários, gestores e profissionais sobre a satisfação dos usuários com o trabalho do profissional do programa, bem como com a qualidade do cuidado prestado.

O presente trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - COEP/MG (Parecer nº 1.516.313), e também no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer nº 1.685.608).

O presente estudo foi baseado em uma triangulação de métodos, de forma a garantir uma maior confiabilidade das análises produzidas. No total, foram utilizados dados diversificados: dados públicos disponíveis *online*; documentos fornecidos pelo gestor de saúde municipal, pelos gerentes das unidades de saúde visitadas e pelos profissionais entrevistados; fotografias das unidades, anotações geradas pelos pesquisadores em observações diretas e entrevistas. Devido ao escopo deste trabalho, neste lugar serão descritos apenas o método e os critérios utilizados para a realização das entrevistas.

Foram entrevistados os principais atores da atenção básica na unidade de saúde visitada e no município: usuários, profissionais da atenção básica lotados nas unidades estudadas, coordenadores de atenção básica, profissionais de referência técnica, membros de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Secretários Municipais de Saúde.

As entrevistas foram semi-estruturadas, com roteiros separados para três diferentes categorias: usuários, profissionais de saúde e pessoas em cargos de gestão. Os roteiros não contaram com um rol fixo de perguntas: havia apenas uma ou duas questões iniciais, seguidas por um *checklist* (lista de verificação) de assuntos que deveriam ser abordados pelo entrevistado – elaborado a partir dos objetivos do estudo e das categorias analíticas mencionadas anteriormente. O entrevistador utilizou esse *checklist* em todas as entrevistas para efetuar perguntas específicas, com o objetivo de garantir que a *fala* do entrevistado contemplasse todos os itens previstos.

Os objetivos das entrevistas foram os seguintes: a) reconstituir a descrição do processo de trabalho atual das equipes de Saúde da Família estudadas; e b) levantar as alterações percebidas pelos entrevistados, a partir da chegada do profissional do *Programa Mais Médicos para o Brasil*, bem como conhecer as opiniões de usuários, profissionais de saúde e gestores envolvidos e/ou beneficiados de alguma forma com o programa.

A saturação das respostas e das opiniões dos entrevistados foi o critério para definir o número de entrevistas de usuários e profissionais de saúde. Buscou-se, sempre que possível, entrevistar ao menos uma pessoa em nível

central de gestão (Secretário Municipal de Saúde, Coordenador de Atenção Básica), em cada município. Em caso de haver pessoas com essas funções, foram entrevistados profissionais de referência técnica para a atenção básica.

A Tabela I mostra a quantidade de pessoas entrevistadas em cada município e por categoria (profissão, cargo ou usuário):

Entrevistado/Município	Juatuba	Barão de Cocais	Conceição das Alagoas	Belo Horizonte	Total
Médico	1	1	1	1	4
Enfermeiro	2	1	2	1	6
ACS	1	3	3	1	8
Téc. de Enfermagem	0	1	1	1	3
Ref. Técnica	1	0	1	0	2
Gestores	1	2	2	1	6
Usuário	3	5	4	1	13
NASF	0	0	1	0	1
Total	9	13	15	6	43

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador que coordenou o estudo. Este esteve sempre assistido por outro pesquisador, responsável por gravá-las e transcrevê-las posteriormente. O material produzido foi codificado e analisado pelo pesquisador que conduziu as entrevistas por meio do *software* NVivo 10.

Todos os cuidados relativos aos procedimentos éticos padronizados foram observados. O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da instituição responsável, sendo assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participante, ficando cada um com uma cópia ou foto do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as fontes de dados foram digitalizadas e transcritas. A seguir, todo esse acervo foi organizado em um único banco de dados no *software* Nvivo 10, de acordo com sua natureza. Após a organização de todo o material e da transcrição das entrevistas, estas foram codificadas de acordo com as variáveis e com as categorias analíticas de estudo.

Uma primeira exploração flutuante do material foi realizada com o objetivo de associar e destacar, por meio do uso de recursos específicos do *software* NVivo, as possíveis relações entre as evidências encontradas, bem como a sua provável natureza (coincidências, divergências, associações indiretas, relações de causa ou efeito). Algumas categorias analíticas foram refeitas a partir da análise flutuante, de forma a possibilitar uma melhor organização do conteúdo e facilitar a sua análise.

Após ter sido efetuada a exploração flutuante e as primeiras codificações, os pesquisadores decidiram construir um novo eixo de categorias com o seguinte objetivo: a) isolar descrições e informações específicas sobre o processo de trabalho, desde percepções a juízos de valor, presentes nas *falas* emitidas por cada entrevistado; b) categorizar tais percepções e juízos de valor em “positivos”, “neutros” ou “negativos”; c) complementar essa categorização com subcategorias que ajudassem a definir melhor os problemas expressos em percepções “negativas”, ou a identificar a quem o entrevistado atribuía as alterações “positivas” por si observadas.

Assim sendo, esse novo eixo – vertical – foi constituído por dois novos *sets* de categorias, que vieram se somar ao eixo já existente – horizontal, composto pelo *set* de categorias analíticas. O primeiro *set* do eixo vertical contém descrições ou informações relevantes sobre a população adscrita ao serviço de saúde, a unidade, a rotina e a agenda dos profissionais entrevistados (Fig. 1). O objetivo desse *set* não foi o cruzamento de informações com o eixo das categorias analíticas: sua utilidade foi somente organizar as informações emitidas pelos entrevistados que possibilitassem posteriormente aos pesquisadores, juntamente com outras fontes de dados, montar a descrição do funcionamento de cada unidade e do processo de trabalho ali observado.

É importante ressaltar que o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa que prevê a busca intensiva de dados relativos ao contexto analisado, e por esse critério esse *set* se demonstrou significativamente útil, uma vez que a análise de cada município se iniciou com a descrição completa do funcionamento da unidade de saúde estudada.

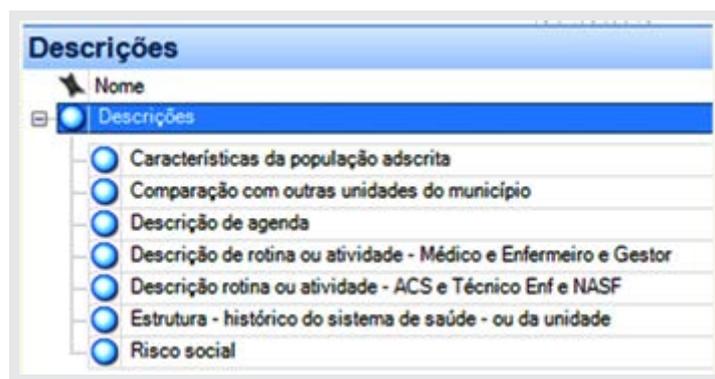


Figura 1 - Set de categorias descritivas (software Nvivo 10).

O segundo set contém o que os pesquisadores convencionaram nomear como “ações narrativas”. Dito em outras palavras, incluem-se juízos de valor emitidos pelo entrevistado (elogios, críticas, percepções de mudança, atribuição de mudança a um ator específico – profissional médico do programa, equipe, gestão ou *Programa Mais Médicos* – e menção a problemas específicos).

A figura 2 identifica o set de “ações narrativas”: percepções e juízos de valor específicos.

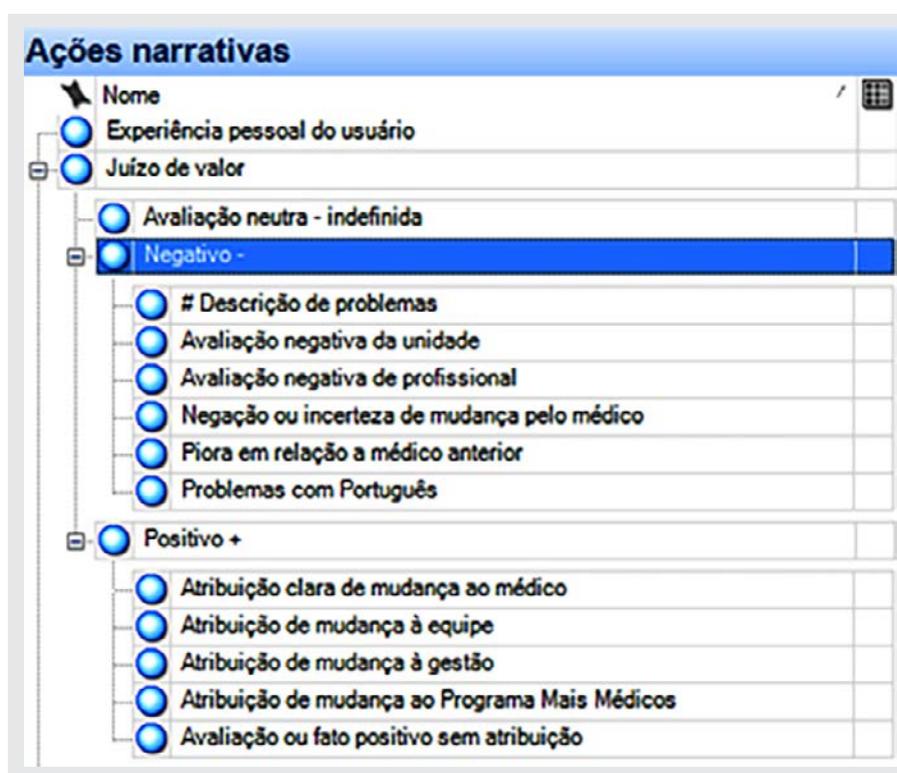


Figura 2 - Set de “ações narrativas”: percepções e juízos de valor específicos (software Nvivo 10).

A análise em si própria foi efetuada, primeiramente, de forma isolada para cada uma das cidades. Consistiu na descrição e no aprofundamento das relações percebidas em cada variável de análise de forma empírica, buscando-se sempre levantar possíveis explicações para as associações encontradas.

No caso das entrevistas, o novo desenho de sets de categorias possibilitou o uso do recurso “matriz de nós”, do Nvivo, por meio do qual foi possível cruzar a codificação das categorias analíticas com a das ações narrativas.

Ao se construir uma “matriz”, destacando as interseções de codificação entre os dois sets, foi possível identificar rapidamente: a) a frequência de ocorrências de um determinado juízo de valor em cada uma das categorias (Fig. 3); b) os trechos das entrevistas que expressavam determinado juízo de valor em uma determinada categoria analítica, podendo ser acessados ao se clicar o número correspondente de ocorrências na matriz (Figura 3).

	B: Atribuição clara de mudança ao médico	C: Atribuição de mudança à equipe	D: Atribuição de mudan...	E: Atribuição de mudan...	F: Avaliação ou fato po...
1. 1. O processo de trabalho assistencial	0	0	0	0	0
2. 1.1. Demanda espontânea	8	0	0	1	1
3. 1.2. Aterção programada	5	1	1	0	5
4. 1.3. Visitas domiciliares:	2	0	2	0	4
5. 1.4. Organização de ações de educação em saúde p...	6	3	2	0	9
6. 2. O processo de gestão da equipe e da unidade	0	0	0	0	0
7. 2.1. Ações de diagnóstico sanitário e de planejamento	0	1	2	0	1
8. 2.2. Ações de educação permanente em saúde	0	0	0	0	0
9. 2.3. Ações de educação permanente em saúde	3	0	1	0	6
10. 2.3.3. Processos comunicacionais ou interpessoais	10	1	0	0	9
11. 3. Vínculo - acesso - qualidade	0	0	0	0	0
12. 3.1. Acesso aos serviços	6	0	0	0	6
13. 3.2. Fixação de profissional médico	5	0	1	3	0
14. 3.3. Vínculo com a comunidade	9	2	1	0	7
15. 3.4. Humanização	9	0	0	0	5
16. 3.5. Satisfação e qualidade do cuidado pelo médico...	6	0	3	1	15

Figura 3 - Cruzamento entre “ações narrativas” positivas e categorias analíticas por meio do recurso “matriz de nós” (software Nvivo 10).

Dessa forma, descreveu-se o contexto de cada caso, as percepções de melhorias no processo de trabalho, no vínculo, no acesso e na qualidade do cuidado, bem como as estratégias e práticas que mais contribuíram para essas mudanças. Para finalizar, foi realizada uma meta-análise de forma a integrar as análises realizadas sobre cada um dos municípios.

A construção de um eixo focado na qualificação das percepções e dos juízos de valor nas *falas* dos entrevistados se mostrou útil, quando cruzado com o eixo das categorias analíticas, delineadas para o estudo *A Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: um estudo de casos múltiplos*. Tal cruzamento pode ser facilmente realizado no software NVivo 10, por meio do recurso “matriz de nós”. Provou facilitar a análise das entrevistas no contexto de um estudo que buscava identificar e explicar mudanças “positivas” e inovações em processos de trabalho, após um determinado evento: a chegada de um médico estrangeiro, a determinadas equipes de saúde no estado de Minas Gerais, sendo participante do *Programa Mais Médicos para o Brasil*.

A fim de se explicarem tais mudanças, foi necessário ir além da simples identificação e levantamento da frequência de aspectos “positivos”, presentes nas *falas* dos entrevistados. Foi igualmente adequado conceber uma codificação que permitisse cruzar atribuições de mudanças a determinados atores – o médico participante do programa, a equipe de saúde como um todo, a gestão ou a mudança de comportamento dos próprios usuários.

A “matriz de nós” resultante facilitou os seguintes alcances no projeto: a) a visualização rápida da frequência de percepções “positivas” ou “negativas”, para cada categoria analítica; b) a identificação visual do ator com o maior número de atribuições, por relação a uma determinada mudança; c) o rápido acesso aos trechos das entrevistas, nos quais as percepções e atribuições ocorriam, facilitando a análise e a transcrição de trechos, no texto final do relatório de pesquisa.

O uso da “matriz de nós” mais frequente na literatura relaciona-se sobretudo ao seu potencial de cruzar as frequências de determinadas falas com os dados demográficos (atributos) dos entrevistados. Assim se permite a comparação entre diferentes grupos de entrevistados^(13,14). Na pesquisa em estudo, foram colhidos dados demográficos como sexo, idade, profissão e tempo de convívio com o centro de saúde, embora o estudo não previsse a comparação entre grupos de entrevistados.

Entretanto, o estudo se beneficiou da “matriz de nós”, por meio da criação de *set* específico de juízos de valor e de atribuições de mudanças a atores específicos, o que tornou mais fácil a correlação dessas informações com as categorias analíticas propostas⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

O estudo se beneficiou da matriz de nós permitindo a comparação dos dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesse no desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

2. Chizzotti A. Estudo de Caso. In: Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: RJ Vozes; 2006. p. 135-142.
3. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
4. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2017 Dez 14]; 28 (1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>
7. Finkler AL, Vieira CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. Acta Paul Enferm [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2017 Dez 18]; 27(6):548-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0548.pdf>>.
8. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, ensino e pesquisa. Cienc Cuid Saude [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2017 Dez 18]; 7(2):241-24. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5012/3247>>
9. Acioli MD, Carvalho EF. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 1998 [acesso em 2017 Dez 18]; 14 (Sup. 2):59-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000600005&script=sci_abstract&lng=pt>.
10. Besen CB, Netto MS, Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. Saúde e Sociedade [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2017 Dez 18]; 16 (1): 57-68. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0807.pdf>>.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004 [acesso em 2017 Dez 14]; 28 (1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>
12. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu)[periódico na Internet] 2009. [acesso em 2017 Dez 14]; 28 (1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500018&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>>.
13. Bergin, M. NVivo 8 and consistency in data analysis: reflecting on the use of a qualitative data analysis program. Nurse Researcher [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 2017 Dez 14]; 18(3), 6+. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez27.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=capex&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA255085956&asid=0b93412d619d9e6bddc806776bee5958>>
14. Hoover, RS, Koerber, AL. Using NVivo to Answer the Challenges of Qualitative Research in Professional Communication: Benefits and Best Practices Tutorial. IEEE Transactions on Professional Communication [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2017 Dez 14]; 54(1), 68-82. Disponível em: <<https://doi.org/10.1109/TPC.2009.2036896>>.
15. Aguiar R, Almeida J. Estratégia de estruturação categórica no software Nvivo 10 em um estudo de caso sobre o Programa “Mais Médicos” no Brasil. In: CIAIQ 2017 Jul 12-15; Salamanca; 2017. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1301>>.

Endereço para correspondência:

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Preventiva e Social
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - sala 803
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG
E-mail: raphael@medicina.ufmg.br