

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Edmar Rocha Almeida

O Programa Mais Médicos como resposta incompleta para os intrincados
problemas da Estratégia Saúde da Família

Montes Claros
2018

Edmar Rocha Almeida

O Programa Mais Médicos como resposta incompleta para os intrincados problemas da
Estratégia Saúde da Família

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Rezende

Coorientador: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio

Montes Claros
2018

A447p

Almeida, Edmar Rocha.

O Programa Mais Médicos como resposta incompleta para os intrincados problemas da Estratégia Saúde da Família [manuscrito] / Edmar Rocha Almeida. – 2018.

52 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Rezende.

Coorientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

1. Programa Mais Médicos. 2. Médicos. 3. Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Avaliação de programas e projetos de saúde. I. Rezende, Luiz Fernando. II. Sampaio, Cristina Andrade. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor(a): Prof. João dos Reis Canela

Vice-reitor(a): Prof. Antônio Alvimar Souza

Pró-reitor(a) de Pesquisa: Prof. Vírgilio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Prof. Karen Torres Correa Lafetá

Coordenadoria de Iniciação Científica: Profa. Sônia Ribeiro Arruda

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof. Dariu Alves de Oliveira

Pró-reitor(a) de Pós-graduação: Prof. Hercílio Martinelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu:

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Profa. Maria de Fátima Rocha Maia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador(a): Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador(a): Profa. Marise Fagundes Silveira



MESTRANDO(A): EDMAR ROCHA ALMEIDA

TÍTULO DO TRABALHO: " O Programa mais Médicos como resposta incompleta para os intrincados problemas da Estratégia Saúde da Família"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva.

LINHA DE PESQUISA: Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. LUIZ FERNANDO REZENDE ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROF. DR. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO COORIENTADORA

PROF. DR. CARLA SILVANA DE OLIVIERA E SILVA

PROF. DR. ORLENE VELOSO DIAS

ASSINATURAS

Luiz Fernando Rezende
Cristina Andrade Sampaio
Carla S.O. Silva
Orlene Veloso Dias

BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. RENATO SOBRAL MONTEIRO JÚNIOR

PROF. DR. CAROLINA DOS REIS ALVES

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADA

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF

<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372

Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil – Cep: 39401-001

AGRADECIMENTOS

Não se trilha a vida acadêmica sozinho, já que a cada nova adversidade encontrada, surgem companheiros de viagem que apoiam de alguma maneira a trajetória do saber. Este espaço é dedicado a essas pessoas, que de forma direta ou nos bastidores contribuíram sobremaneira para a conclusão deste trabalho.

À Deus, pai celestial e mestre que nos concede a vida e nos instiga cotidianamente a construir um mundo mais justo e fraterno.

À Cinara, esposa, companheira, amiga e colega de trabalho que tanto incentivou e apoiou a conclusão desta dissertação.

Aos meus pais que tempos atrás investiram confiança e recursos nos meus estudos, permitindo estar aqui.

Ao professor Luiz Rezende por aceitar o desafio de orientar a elaboração deste trabalho. Pela simplicidade e respeito que sempre norteou o debate e condução do trabalho. Levarei comigo valiosos aprendizados dessa parceria!

À professora Cristina Sampaio por tutorar o mergulho no universo da qualidade do fenômeno estudado, apontando caminhos antes não pensados.

À professora Maisa Tavares, primeira orientadora durante a trajetória do mestrado, e que sempre contribuiu com minha trajetória acadêmica.

Às professoras Carla Silvana e Orlene Veloso, mestres da graduação, que agora voltam para contribuir com minha formação profissional.

RESUMO

O Programa Mais Médicos é uma estratégia governamental para lidar com a escassez, rotatividade e mau distribuição de médicos na Atenção Primária à Saúde brasileira. O seu processo de implantação foi tumultuado pela forte oposição de algumas entidades representativas da categoria médica, que criticam o desenho do programa. Analisamos o trabalho do profissional vinculado ao programa, no contexto da equipe da Estratégia de Saúde da Família, por meio da abordagem qualitativa fundamentada na análise hermenêutico-dialética. Entrevistamos individualmente ou coletivamente 45 profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família integrantes do programa em seis municípios de uma região de saúde. Identificamos melhora no acesso e longitudinalidade do cuidado, com a redução da rotatividade dos médicos e fortalecimento do atendimento em domicílio. A coordenação do cuidado é limitada pela dificuldade de compartilhamento da informação clínica do cidadão na rede de saúde e pela falta de fluxos de acesso às especialidades focais. O trabalho em equipe ainda é desagregado e a gestão da agenda intrincada, fato potencializado pela persistente escassez de médicos. Consideramos que o programa contribuiu com o fortalecimento dos processos de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família, porém grande potencial de intervenção é perdido pela centralidade na supervisão e educação permanente do médico, em detrimento da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Programa mais médicos. Médicos. Saúde da família. Atenção primária à saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

The “Mais Médicos” Program is a strategy to deal with the scarcity, turnover and primary care doctors bad distribution in Brazil. We analyzed the professional work linked to the program, within the Family Health Strategy team context, through a qualitative approach based on the hermeneutic-dialectical analysis. We interviewed 45 professionals from the program teams in six municipalities. The access and the longitudinality improved with the doctor turnover reduction and the home care strengthening. The coordination was limited by the sharing information difficulty and the access flows lack to the specialties. The teamwork is still disaggregated and the agenda management is intricate, fueled by the persistent doctors shortage. We consider that the program great potential is lost by the centrality in the doctor supervision and permanent education, to the team detriment.

Keywords: More doctors program. Physicians. Family health. Primary health care. Program evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
CFM	Conselho federal de Medicina
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
Requalifica UBS	Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde
MFC	Medicina Geral de Família e Comunidade
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 PRODUTOS	20
3.1 Artigo 1: O Programa Mais Médicos como resposta incompleta aos intrincados problemas da Estratégia Saúde da Família.....	21
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	44
ANEXOS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A concepção inicial sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, no ano de 1920, no conhecido Relatório Dawson que propõe a organização de um sistema de saúde estruturado de forma regionalizada e hierarquizada. No documento, cada nível de cuidado é descrito com funções específicas e são estabelecidas quais as relações deveriam existir entre eles, uma proposta embrionária para a concepção contemporânea de Rede de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela APS (1, 2).

Apesar de algumas concepções teóricas da APS terem sido postas no Relatório Dawson, somente cerca de 50 anos depois que as ideias foram traduzidas em práticas de saúde. O fator principal que impulsionou a mudança foi a crise ocorrida em virtude da especialização dos cuidados, além da contribuição dos movimentos sociais e descobertas epidemiológicas que discutiram a necessidade de modelos de cuidados diferenciados. Naturalmente, este ambiente de transformações sociais, econômicas e tecnológicas favoreceu a institucionalização da APS em escala global oficializada na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978 (1, 2).

Entende-se que a APS é o contato preferencial das pessoas com os serviços de saúde, sendo responsável pelo cuidado longitudinal e integral de uma população adscrita independentemente da etapa do ciclo de vida ou das condições de saúde existentes. A APS deve garantir o acesso ao cuidado em tempo oportuno e com custo efetividade, por meio de ações curativas, reabilitadoras, preventivas e promotoras da saúde. Além disso, deve estar no centro gravitacional do sistema, coordenando e integrando o cuidado em qualquer ponto da RAS (3).

Starfield (3), estabelece que a APS deve desenvolver sete atributos indispensáveis para um cuidado de qualidade: primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. Os quatro primeiros atributos são conhecidos como essenciais e os três últimos como derivados. Assim, um serviço de saúde somente provê atenção primária de qualidade quando os quatro atributos essenciais estão presentes em plenitude, com aumento do poder de interação com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Mendes (1,

4), acrescenta que além dos sete atributos a APS deve cumprir também três funções dentro da RAS: resolubilidade, comunicação e a responsabilização.

Compreende-se por primeiro contato do indivíduo com o sistema o acesso e utilização do serviço a cada novo problema de saúde ou episódio de um mesmo problema. A longitudinalidade constitui a existência de um cuidado contínuo e consistente, pautado em uma relação interpessoal de mútua confiança entre cidadão e equipe. A integralidade, por sua vez, conota a oferta pela APS de ações que atendam às necessidades de saúde da população, incluindo a regulação de acesso a serviços de outros pontos da rede de saúde que se façam necessários. O significado da coordenação do cuidado está na garantia da continuidade da atenção por meio da integração comunicativa entre a APS e os outros pontos da rede de modo a proporcionar um cuidado global seguro do indivíduo (1, 3, 4).

Além desses, é necessário conceituar os atributos derivados, como a atenção centrada na família que significa a consideração da família, a depender de cada contexto, como unidade social potencializadora do cuidado, mas, também, ameaçadora da saúde. A orientação comunitária, por sua vez, reflete o reconhecimento por parte do serviço das necessidades de saúde da população, assim como o planejamento e avaliação conjunto das ações. Finalmente, a competência cultural que constitui o respeito por parte da equipe de saúde às singularidades culturais da comunidade (1, 3, 4).

Da mesma forma que a presença dos sete atributos caracteriza um cuidado primário de qualidade é necessário que a APS cumpra também suas três funções básicas. A primeira delas, a resolubilidade, significa que as ações desenvolvidas devem ser resolutivas e para que isso aconteça é necessária capacitação cognitiva e tecnológica a fim de manejar adequadamente mais de 90% dos problemas de saúde da população. A função de comunicação é definida pela capacidade da atenção primária de ordenar o fluxo de cidadãos dentro da rede e das informações entre os seus diferentes componentes. Por fim, a responsabilização é caracterizada pelo relacionamento íntimo nos territórios sanitários com os cidadãos adscritos, e a responsabilidade econômica e sanitária pela população (1, 4).

Existem robustas evidências científicas, produzidas por inúmeros estudos realizados no mundo, que demonstram a superioridade dos sistemas de saúde organizados a partir da APS em níveis

de efetividade, eficiência, equidade e qualidade em comparação a outras formas de constituir a atenção à saúde (4).

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde, termo correspondente ao que a literatura internacional considera como Atenção Primária, evoluiu ao longo dos anos a partir da experimentação e ampliação das práticas nos centros de saúde ligados ao setor público até culminar, na década de 90, no Programa Saúde da Família (PSF), proposição do Ministério da Saúde baseada em uma experiência bem-sucedida de um município do estado do Ceará. Desde então o programa evoluiu para uma sólida abordagem de prover cuidados primários, materializada pela enorme expansão em número de equipes e cobertura populacional (2, 5). A proposta do PSF incorporou a ideia do trabalho multiprofissional realizado por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esta lógica organizacional associada a adscrição territorial tornou o PSF um modelo de APS diferenciado no contexto internacional (4, 5).

A implantação do PSF pelo Ministério da Saúde baseou-se em um modelo indutivo ao criar demanda para o credenciamento de equipes do programa através da disponibilização de incentivo financeiro aos municípios e pela propaganda sobre as vantagens da nova proposta. Não houve planejamento adequado e a programação de recursos aplicados acontecia conforme os gestores municipais aderiam a proposta. Assim, a implantação do PSF mesmo que induzida pela instância federal dependia do interesse político dos municípios o que levou a iniquidades, visto que não houve priorização de populações e regiões mais vulneráveis (6).

As evidências científicas produzidas em âmbito nacional por vários estudos avaliativos sugerem os bons resultados do PSF e, inclusive, sua superioridade em termos de satisfação dos usuários quando comparado ao modelo tradicional de APS ainda existente no Brasil e até aos centros de saúde do setor privado (4, 5). Também, a Organização Mundial da Saúde (OMS), assinala os importantes efeitos do PSF no Brasil além dos numerosos estudos que têm demonstrado resultados positivos na saúde infantil, redução da mortalidade por eventos cardiovasculares e redução de internações por condições sensíveis ao cuidado primário (1, 4, 5, 7).

Este contexto levou o Ministério da Saúde a editar, no ano de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que revisou as diretrizes e normas para organização da APS brasileira e passou a considerar o PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF), forma de reorientação do modelo assistencial, ampliando seu escopo de ações (1). Recentemente, a PNAB foi revisada

e além de manter a ESF como forma prioritária de organização da APS no Brasil reforçou conceitos como a integração com a vigilância em saúde, a coordenação dos cuidados entre outras modificações (8).

Assim, ao longo dos anos a ESF adquiriu alto grau de capilaridade no território brasileiro e mostra-se presente de forma muito próxima da vida das pessoas, facilitando o acesso e cumprindo o papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial às populações com maior grau de vulnerabilidade clínica ou social (8). Em 2015, as equipes da ESF estavam presentes em 5.328 municípios, perfazendo uma cobertura de 55,21% da população brasileira. Apesar da concentração de equipes nas pequenas cidades e periferias das grandes, os números são representativos quando se considera que o Brasil é um país continental (9).

A construção de uma rede de cuidados primários nacional com amplo acesso representa um processo de reforma institucional e cultural, que enfrenta resistência de alguns grupos que se enxergam prejudicados com as mudanças. Além disso, como a ESF é executada pelos municípios não houve em âmbito nacional um planejamento efetivo para prover sistematicamente recursos indispensáveis para os cuidados primários como profissionais com formação específica, medicamentos e infraestrutura. Este fato induziu na prática uma imensa heterogeneidade na qualidade do trabalho das equipes da ESF pelo país, muito relacionada com a capacidade de gestão e disponibilidade de recursos dos municípios (5, 6).

Uma grande dificuldade na operacionalização da ESF reside na gestão de pessoal, particularmente do profissional médico. São problemas relacionados a salários, indisciplina no trabalho e oposição corporativa às diretrizes dos cuidados primários (6). Este fato reflete a falta de acesso à atenção primária para parte da população brasileira, em especial aquela residente em regiões longínquas e de difícil acesso assim como nas periferias dos grandes centros urbanos. Nestes locais, muitas das vezes, encontram-se equipes da ESF que não contam com a participação do profissional médico, prejudicando consideravelmente o seu processo de trabalho (10). Além disso, muitos municípios, isoladamente, não conseguem desenvolver uma política de pessoal adequada para os trabalhadores da APS em virtude de restrições financeiras que repercutem na capacidade de recrutar e fixar profissionais, impedindo a constituição de carreiras e estabelecendo a precarização de vínculos (6).

Sabe-se que a carência e má distribuição dos profissionais de saúde no Brasil, com destaque para os médicos, é um problema grave e persistente. As regiões geográficas mais isoladas e os segmentos mais pobres estão sujeitos a uma maior vulnerabilidade à falta de acesso aos cuidados em saúde por falta de profissionais. Estatísticas indicam que existem notáveis desigualdades entre as regiões brasileiras no acesso aos cuidados médicos, sendo que as regiões norte e nordeste são as mais afetadas pelo problema (11).

Estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras entidades sustenta que em 2015 o Brasil contava 432.870 médicos o que corresponde a 2,11 médicos para cada 1.000 habitantes, proporção abaixo da média quando comparada a de outros países. Indica ainda grande desigualdade na distribuição dos profissionais seja entre as unidades da federação ou entre as capitais e os municípios do interior, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Apenas 23% dos médicos que atuam no setor público trabalham na ESF o que possivelmente não é suficiente para o estabelecimento de uma APS ordenadora dos cuidados (12).

Este contexto leva a dificuldades na contratação e manutenção dos profissionais médicos para a ESF. A insuficiência de profissionais no mercado sempre gerou uma disputa entre os municípios, especialmente os de pequeno porte, para fixar o profissional. O resultado desse desequilíbrio causa um maior comprometimento de recursos financeiros do município, muitas das vezes além de sua capacidade de pagamento, ocasionando descontinuidade dos vencimentos e quebra de compromissos com o médico contratado. Esta situação está relacionada com redução da carga horária do profissional médico para o município, seja como forma de compensação proposta pelo gestor para redução dos gastos com a remuneração, seja por imposição do profissional. Essas situações catalisam uma série de irregularidades e ilegalidades além de prejudicar o acesso da população e favorecer a grande rotatividade dos profissionais médicos (13).

Ao longo da história surgiram iniciativas com o objetivo de atrair e fixar profissionais de saúde em regiões remotas, como em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1993 o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), em 2001 o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e em 2011 o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Apesar dos

programas citados terem atraído profissionais para áreas remotas, nenhum supriu as necessidades vigentes, principalmente do profissional médico (14).

Além da carência de recursos humanos existe o desafio com a formação dos profissionais de saúde, em especial do médico, com perfil que atenda às necessidades da APS. Historicamente o processo formativo de profissionais esteve voltado para as especialidades e pouco articulado com as necessidades da ESF mesmo com iniciativas como a residência em saúde da família e as atividades de educação permanente. Este fato se tornou um entrave para o fortalecimento da APS, pois o ponto fundamental para a inversão do modelo de cuidados está em processos de trabalho estruturados em uma lógica diferente da racionalidade biomédica. Desse modo, é necessário criar estratégias e intensificar as existentes para ampliar os benefícios e consolidar um sistema de saúde centrado na APS (1, 6, 15).

Assim, mesmo que a ESF tenha se expandido consideravelmente e apresente resultados promissores, existe o desafio de superar as importantes heterogeneidades regionais na qualidade do cuidado oferecido que em parte podem ser atribuídas às desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde, especialmente os médicos. Esse contexto levou em 2013 a Frente Nacional de Prefeitos a criar a campanha “cadê o médico?” em reivindicação a uma atuação proativa do governo federal no provimento de profissionais nos municípios. Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) implantou em julho de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil como forma de enfrentamento das desigualdades do acesso à saúde (14-16).

O PMM foi criado por meio de medida provisória, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22/10/2013, após intenso debate com a sociedade e tramitação no Congresso Nacional (13). O PMM está organizado em três eixos: o primeiro caracterizado pelo investimento na infraestrutura das unidades de saúde em que funcionam as equipes da ESF; o segundo representado pelas reformas e ampliação dos cursos de formação médica a nível de graduação e residência; e o terceiro de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (6).

Em seu primeiro eixo, o PMM estabeleceu um prazo de cinco anos, a contar de sua publicação, para ocorrer o provimento de infraestrutura e equipamentos de qualidade as unidades de APS do território nacional. Para tanto, incorporou o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) existente desde 2011 que aloca recursos mediante

apresentação de propostas dos municípios para reforma, ampliação e construção de estruturas físicas destinadas ao funcionamento de serviços de APS. Com o lançamento do PMM o Requalifica UBS teve seu orçamento triplicado e uma nova etapa de adesão aberta aos municípios, proporcionando um substancial investimento na estruturação de serviços de cuidados primários (13).

O segundo eixo do PMM regulamentou a abertura de novas escolas de medicina especialmente em regiões com menor número de médicos por habitantes, como é o caso do Norte e Nordeste e cidades interioranas do Brasil. Também apresentou diretrizes para o funcionamento dos cursos existentes, como a obrigatoriedade de que 30% da carga horária de internato dos cursos aconteça em serviços de APS ou de urgência e emergência, uma tentativa de direcionar a formação profissional para as maiores necessidades do SUS. Além disso, prevê a universalização das vagas de residência médica, condicionando o acesso a cursos de determinadas especialidades a realização prévia de um ou dois anos de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (MFC) (16, 17). Esta dimensão do programa garante, a médio e longo prazo, o provimento de médicos com formação específica para atender as necessidades da APS do país, estratégia recomendada pela OMS (6, 16).

No último eixo que se encontra a grande inovação do programa que são as chamadas internacionais de médicos estrangeiros para provisão no Brasil, sendo que a maioria deles é de origem cubana (6). O processo de provisão emergencial de médicos passa pela articulação interfederativa para adesão dos municípios interessados e posteriormente abertura de edital para seleção de profissionais com as seguintes prioridades: inicialmente para médicos com registro profissional no Brasil; em segunda chamada para profissionais formados no exterior e sem diploma validado, portanto sem registro profissional; por fim médicos estrangeiros também sem diploma validado e registro profissional. Para alocação dos médicos nos municípios também foram estabelecidos critérios de priorização como: áreas com elevado percentual de população em extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento econômico, semiárido e regiões amazônicas, áreas com população quilombola ou indígena e locais com dificuldades para atração e fixação de médicos (13).

Para apoiar e orientar o processo de educação permanente dos médicos do PMM existem os tutores e supervisores, obrigatoriamente médicos vinculados as instituições de ensino, que realizam visitas periódicas *in locu* nos territórios de atuação. Ressalta-se que os profissionais

do PMM são responsáveis ética e legalmente por sua atuação, cabendo aos tutores e supervisores as funções relacionadas a educação permanente com características de integração ensino-serviço (13). O médico do programa deve dedicar 32 horas semanais para cuidados clínicos com cidadãos adscritos em suas respectivas equipes da ESF e oito horas para estudos teóricos (14). Além da supervisão, aos profissionais integrantes do programa é ofertado curso de especialização a distância por instituições vinculadas a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e envolvimento com atividades de pesquisa e extensão (13, 16).

As avaliações sobre a proposta do PMM são diversas e contraditórias gerando grande debate na mídia por diferentes sujeitos sociais e embasada em matizes ideológicas distintas. O confronto mais acirrado aconteceu entre o governo e as corporações médicas, especialmente o CFM (18). O processo de importação de médicos estrangeiros sem revalidação dos seus diplomas foi um ponto duramente criticado, gerando aversão das entidades médicas nacionais ao programa. A provisão emergencial de médicos é considerada como uma medida paliativa que pouco impactará nos determinantes das doenças na população. Isso pois, a maior carga de adoecimento no Brasil provém de agravos crônicos, fortemente relacionados a fatores de risco ligados ao estilo de vida e outros determinantes sociais. Assim, segundo este raciocínio, a prioridade do governo deveria ser a implantação de medidas de estímulo a redução de fatores de risco, na perspectiva de promover a saúde e prevenir o adoecimento (19).

Também, para os críticos do PMM, a má distribuição de médicos no Brasil sofre interferência da ausência de atratividade de regiões com piores indicadores sociais e das condições de trabalho inadequadas, o que dificulta a fixação de profissionais. Mesmo a oferta de remuneração elevada não compensa o isolamento profissional e a baixa qualidade de vida dos profissionais e de seus familiares. Para resolver essa problemática é necessário políticas públicas que produzam o desenvolvimento regional e contribuam com a correção de fatores que interferem na carência de médicos em algumas regiões (20).

Para outros autores o PMM significou uma tentativa do Ministério da Saúde em contribuir de modo mais efetivo com a organização da APS, responsabilidade quase que plenamente municipal. Isso pois o programa caracteriza-se por um protagonismo federal no recrutamento, distribuição, formação e remuneração dos profissionais médicos. Em um espaço de dois anos de tempo houve o provimento de 18.000 médicos nas equipes da ESF brasileiras mediante contratualização com estados e municípios. Uma importante parcela desses profissionais foram

recrutados através de cooperação internacional envolvendo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), governo de Cuba e governo brasileiro. Ressalta-se que o recrutamento de médicos estrangeiros aconteceu após disponibilização das vagas para profissionais brasileiros que não foram supridas (6).

Com a implementação do programa observou-se grande redução da quantidade de municípios com escassez de médicos; aumento no número de consultas e atendimentos em domicílio de médicos; além da satisfação da população quanto ao cuidado e fortalecimento da equipe segundo os profissionais e gestores da saúde (10). A expectativa é de que a inserção do profissional médico do programa, no contexto da equipe multiprofissional, atrelado ao processo formativo gere impactos positivos para os profissionais, as equipes e os serviços (13). Porém, existem poucos estudos que exploram e analisam os resultados da inserção dos médicos do programa no contexto de trabalho das equipes a partir da realidade local e singular.

A partir disso surgem as seguintes indagações: como estão inseridos os profissionais do PMM no contexto do processo de trabalho da equipe? Quais mudanças no trabalho da equipe foram promovidas após a introdução dos profissionais do programa? Quais os significados, para a equipe de saúde, em ter um profissional médico do PMM?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender, no contexto da equipe multiprofissional de Saúde da Família, o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

2.2 Objetivos específicos

- Debater sobre o processo de trabalho do profissional do Programa Mais Médicos.
- Discutir a relação do profissional do Programa Mais Médicos com a equipe de profissionais de Saúde da Família.
- Descrever as repercussões do Programa Mais Médicos no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

3 PRODUTOS

3.1 Produto 1: *O Programa Mais Médicos como resposta incompleta para os intrincados problemas da Estratégia Saúde da Família*, formatado segundo as normas para publicação do periódico Interface – Comunicação, Saúde, Educação enviado para avaliação em 25/07/2018.

3.1 PRODUTO 1

O Programa Mais Médicos como resposta incompleta aos intrincados problemas da Estratégia Saúde da Família

Resumo

O Programa Mais Médicos é uma estratégia para lidar com a escassez, rotatividade e mau distribuição de médicos de cuidado primário no Brasil. Analisamos o trabalho do profissional vinculado ao programa, no contexto da equipe da Estratégia de Saúde da Família, por meio da abordagem qualitativa fundamentada na análise hermenêutico-dialética. Entrevistamos 45 profissionais das equipes integrantes do programa em seis municípios. O acesso e longitudinalidade melhoraram com a redução da rotatividade dos médicos e fortalecimento do atendimento em domicílio. A coordenação é limitada pela dificuldade de compartilhamento da informação e falta de fluxos de acesso às especialidades. O trabalho em equipe ainda é desagregado e a gestão da agenda intrincada, fato potencializado pela persistente escassez de médicos. Consideramos que grande potencial do programa é perdido pela centralidade na supervisão e educação permanente do médico, em detrimento da equipe.

Palavras-chave: Programa mais médicos. Médicos. Saúde da família. Atenção primária à saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde.

The “Mais Médicos” Program as an Incomplete Response to the Family Health Strategy Intricate Problems

Abstract

The “Mais Médicos” Program is a strategy to deal with the scarcity, turnover and primary care doctors bad distribution in Brazil. We analyzed the professional work linked to the program, within the Family Health Strategy team context, through a qualitative approach based on the hermeneutic-dialectical analysis. We interviewed 45 professionals from the program teams in six municipalities. The access and the longitudinality improved with the doctor turnover reduction and the home care strengthening. The coordination was limited by the sharing information difficulty and the access flows lack to the specialties. The teamwork is still disaggregated and the agenda management is intricate, fueled by the persistent doctors shortage. We consider that the program great potential is lost by the centrality in the doctor supervision and permanent education, to the team detriment.

Keywords: More doctors program. Physicians. Family health. Primary health care. Program evaluation.

El Programa Más Médicos como respuesta incompleta a los intrincados problemas de la Estrategia Salud de la Familia

Resumen

El Programa Más Médicos es una estrategia creada para lidiar con la escasez, la rotatividad y una mala distribución de los médicos de cuidados primarios en Brasil. Analizamos el trabajo del profesional vinculado al mismo, en el contexto del equipo Estrategia de Salud de la Familia, por medio de un abordaje cualitativo fundamentado en el análisis hermenéutico-dialéctico. Entrevistamos a 45 profesionales de los equipos integrantes de dicho programa en seis municipios. El acceso y la longitudid mejoraron con la reducción de la rotatividad de los médicos ,así como con el fortalecimiento de la atención a domicilio. La coordinación es limitada por dificultades para compartir las informaciones y la falta de flujos de acceso a las especialidades. El trabalho en equipe aún es desintegrado y la gestión de la agenda intrincada, hecho potencializado por la persistente escasez de médicos. Consideramos que gran parte del potencial del programa se pierde por la centralización en la supervisión y educación permanente del médico, en detrimento del equipo.

Palabras clave: Programa más médicos. Médicos. Salud de la familia. Atención primaria de salud. Evaluación de programas y proyectos de salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é destaque no debate político e técnico em diversos países desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde de 1978 em Alma Ata¹. Apesar de poder ser explicada de diferentes modos, um olhar mais amplo a trata como estratégia de organização para garantia do cuidado em saúde necessário para a população. Para tanto, a APS deve fazer parte de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando não somente como porta de entrada, mas além, coordenando o cuidado ao longo do tempo e desenvolvendo alta capacidade resolutiva sobre os problemas de saúde mais frequentes². Uma ampla revisão sistemática da literatura publicada em periódicos de língua inglesa concluiu que a APS contribui de modo significativo para um melhor desempenho dos sistemas de saúde³.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário de APS instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴, propondo-se reorientar o modelo

assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Incorpora a ideia do trabalho multiprofissional realizado por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) o que tornou a ESF um modelo de APS diferenciado internacionalmente^{1,5}.

Para que a APS possa cumprir seu papel na RAS é preciso que mantenha certos padrões de qualidade. A abordagem mais aceita para entender a qualidade dos serviços de saúde se baseia na tríade estrutura, processo e resultado. Estrutura é o conjunto de recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis para o serviço de saúde, processo compreende as atividades de cuidado estabelecidas entre profissional de saúde e cidadão, e, finalmente, resultado é o produto final expresso pelo nível de saúde e satisfação da população⁶. Assim, a qualidade de um serviço de APS está relacionada a operacionalização de quatro atributos principais: primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado⁷.

Compreende-se por primeiro contato do indivíduo com o sistema o acesso e a utilização do serviço a cada novo problema de saúde ou episódio de um mesmo problema. A longitudinalidade constitui a existência de um cuidado contínuo e consistente, pautado em uma relação interpessoal de mútua confiança entre cidadão e equipe. A integralidade denota a oferta de ações que atendam às necessidades de saúde da população. Coordenar o cuidado é garantir a continuidade da atenção por meio da integração comunicativa entre a APS e os outros pontos da rede, de modo a proporcionar um cuidado global e seguro ao indivíduo^{2,7}.

Um dos desafios da ESF, como modelo de APS, é superar as importantes desigualdades regionais na qualidade do cuidado oferecido. Parte disso provém da má distribuição dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, o que dificulta o acesso aos cuidados primários notadamente em regiões remotas e vulneráveis. Como forma de enfrentamento dessas desigualdades, o Ministério da Saúde implantou em julho de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil⁸.

O PMM está organizado em três eixos: o primeiro caracterizado pelo investimento na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que funcionam equipes da ESF; o segundo representado pela reforma e ampliação dos cursos de formação médica em nível de graduação e residência; e o terceiro de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis no qual se encontra a grande inovação do programa, as chamadas internacionais de médicos estrangeiros para o Brasil⁸.

Apesar do profissional ser acompanhado por tutores médicos e supervisores ligados às instituições de ensino, o PMM recebe críticas a respeito de sua efetividade, sustentabilidade e

pela importação de médicos intercambistas sem revalidação dos seus diplomas, fato potencializado pela origem cubana da maioria deles⁹⁻¹¹.

O Ministério da Saúde acredita que a inserção do profissional médico do programa na equipe da ESF associada ao processo formativo gere impactos positivos para os profissionais e o serviço⁹. Porém, poucos estudos exploram e analisam os resultados, experiências e significados da inserção dos médicos do PMM no contexto de trabalho da ESF.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos no contexto da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família.

Método

Trata-se de um recorte da pesquisa “Processo de trabalho do profissional do Programa Mais Médicos: percepções da equipe de saúde da família”. Como o objeto de investigação advém do cotidiano das equipes da ESF, o estudo foi orientado pela abordagem qualitativa que se propõe a descrever a realidade a partir das atitudes, intencionalidades e percepções dos sujeitos sociais¹². Fundamentou-se epistemologicamente sob a ótica da hermenêutica-dialética como caminho compreensivo e crítico da realidade social, seja na busca de sentido e contexto dos seus atores ou na identificação das contradições e conflitos estabelecidos ao longo da construção histórica e social¹²⁻¹⁴.

O cenário do estudo foi as equipes da ESF com profissionais do PMM nos municípios que compõe a região de saúde Salinas/Taiobeiras, no norte do estado de Minas Gerais. A região de saúde integra 16 municípios que juntos possuíam 207.963 habitantes no ano de 2016¹⁵. A maior parte dos municípios dessa região possui população inferior a 10.000 habitantes cada, com Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de baixo a médio^{15,16}, e dispunha de 85 equipes da ESF implantadas¹⁷. Dos 16 municípios, 14 tiveram vagas autorizadas para o PMM¹⁸.

Os sujeitos do estudo foram os médicos do PMM e os profissionais da equipe mínima da ESF⁴ cuja inclusão se justifica pela busca das diferentes perspectivas sobre o fenômeno que é moldado coletivamente no cotidiano de trabalho em equipe^{12,13}. Como critérios de seleção, os participantes deveriam estar vinculados ao PMM há mais de quatro meses (para médicos) ou fazer parte da equipe mínima da ESF composta por profissional do PMM (para a equipe).

A coleta de dados aconteceu nos meses de maio e junho de 2017, a partir do contato com as gestões municipais, obtivemos 12 equipes elegíveis, distribuídas em 9 municípios, sendo que, o principal fator de exclusão foi a substituição dos médicos do PMM vigente na

região. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa e consentiram mediante assinatura dos Termos Consentimento Livre e Esclarecido.

Na coleta de dados privilegamos a triangulação de métodos¹⁹, utilizando como instrumentos: a entrevista individual semiestruturada para os médicos, o grupo focal para a equipe e um questionário sobre o perfil profissional aplicado a todos. Os roteiros para as entrevistas foram elaborados com base nos atributos da APS propostos por Barbara Starfield⁷. Abordar os sujeitos em momentos diferentes foi proposital, para a apreender versões distintas da realidade e favorecer a identificação das contradições presentes no cotidiano de trabalho^{13,20}. Foram realizadas 16 entrevistas em seis municípios sendo oito individuais e oito grupos focais.

Registramos as entrevistas e grupos focais com o software de gravação de áudio do *Windows versão 8.1*® e o diário de campo com aplicativo *Evernote*®. Identificamos as gravações como M₁ a M₈ para as entrevistas individuais e como G₁ a G₈ para os grupos focais, seguindo sequência temporal. Interrompemos a coleta de dados quando houve aproximação empírica suficiente do objeto investigado, constatada pela apreensão em quantidade e intensidade das várias dimensões do fenômeno, elucidando sua lógica interna^{12,20}.

Adotamos o caminho hermenêutico-dialético para análise e interpretação dos dados¹²⁻¹⁴. Realizamos transcrição literal e releitura das entrevistas pareadas aos respectivos relatos no diário de campo, seguido pela leitura horizontal e exaustiva dos textos a fim de eliminar a possibilidade de ilusão da transparência, ultrapassando a interpretação óbvia na busca pelo não dito^{12,14}. Então fizemos leitura transversal materializada pelo recorte dos trechos discursivos e agrupamento por categorias de sentido, assim produzimos um mapa visual que recebeu recortes dos discursos organizados por categorias empíricas e analíticas, contendo os múltiplos significados alcançados no material e expressando seus entrelaçamentos. Finalmente, reagrupamos as unidades de sentido em categorias apresentadas para permitir a interpretação hermenêutica e o estabelecimento das contradições próprias da dialética pela integração entre o compreender, o explicar e o interpretar¹²⁻¹⁴.

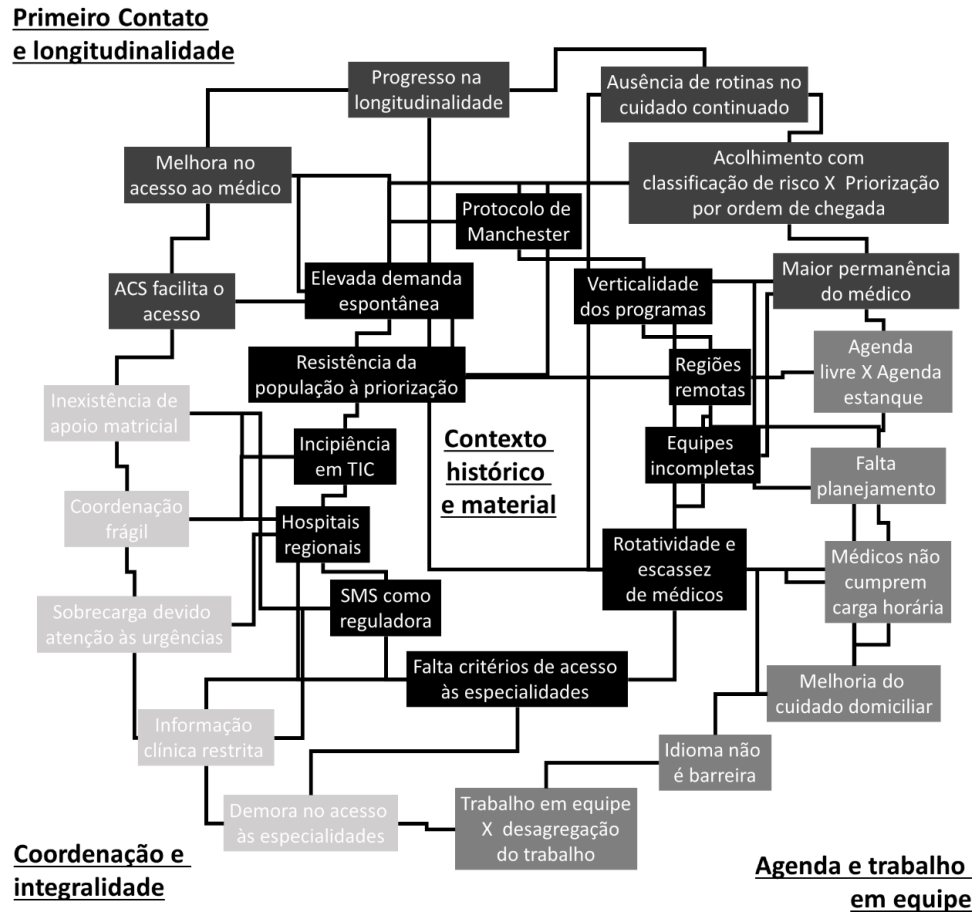
Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Parecer 1.628.664.

Resultados e Discussão

Os resultados são produto do confronto das categorias empíricas identificadas no discurso e das categorias teóricas estabelecidas *a priori* a partir dos atributos da APS^{7,12}, (Figura 1). Para uma análise hermenêutica-dialética utilizamos dados históricos e contextuais dos entrevistados (Tabela 1).

Figura 1

Configuração ilustrativa das categorias evidenciadas sob enfoque hermenêutico e dialético. Municípios participantes da pesquisa, Minas Gerais, Brasil, 2017.



TIC: Tecnologias de Informação e Comunicação; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; ACS: Agente Comunitário de Saúde.
Fontes: Dados da pesquisa.

Tabela 1

Características dos municípios e equipes estudadas. Municípios participantes da pesquisa, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Município	População Total	População Rural (%)	IDH (class.)	Percentual de pobres*	Nº equipes da ESF	Nº de Vagas do PMM	Nº de médicos do PMM	Nº / Nacionalidade / Especialização dos médicos participantes	Profissionais participantes da pesquisa
A	39.178	8.461 (21,59%)	0,679 (médio)	49,87%	14	3	2	01 Brasileira Não possui especialização	04 ACS 01 Enfermeiro 01 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
B	5.834	2.372 (40,65%)	0.599 (baixo)	70,80%	3	1	2**	01 Brasileira Não possui especialização	01 ACS 03 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
C	22.319	12.084 (54,14%)	0,615 (médio)	59,69%	10	1	1	01 Cubana Medicina Familiar Integral	02 ACS 01 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
D	6.913	1.076 (15,56%)	0,585 (baixo)	48,55%	3	3	3	03 Cubana Medicina Familiar Integral	10 ACS 02 Enfermeiro 03 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
E	4.370	1.884 (43,11%)	0.604 (médio)	56,20%	2	2	1	01 Cubana Medicina Familiar Integral	04 ACS 01 Enfermeiro 01 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
F	9.815	7.192 (73,27%)	0,556 (baixo)	60,43%	5	1	1	01 Cubana Não possui especialização	02 ACS 01 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Total					37	11	10	08	37

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; ESF: Estratégia Saúde da Família; PMM: Programa Mais Médicos; ACS: Agente Comunitário de Saúde. **Fontes:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@, 2017¹⁵; Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2017¹⁷; Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2017¹⁶; Dados da pesquisa. * Proporção de cidadãos com renda familiar *per capita* igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais em 2010. ** Apesar do município dispor de apenas uma vaga para PMM, um profissional intercambista permanece por determinação judicial

Primeiro Contato e Longitudinalidade do Cuidado [subtítulo]

A ESF atua como porta de entrada do SUS para as necessidades da população, as quais envolvem problemas, motivos ou condições de saúde que influenciam a demanda dos cidadãos^{2,4}. Nas equipes estudadas identificamos diversas estratégias para lidar com demanda:

Os pacientes chegam na recepção e aí há uma espécie de triagem, os que vão passar com o enfermeiro e os que eu vou avaliar. **(M5, município D)**

Nos discursos, a “triagem” é apresentada como método de ordenamento do acesso ao cuidado. Existia uma política estadual, atualmente descontinuada, que incluía a classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester como forma de priorização dos atendimentos na RAS²¹. Com o uso de uma linguagem única houve maior integração na rede, porém a adoção de um protocolo para serviços de urgência e emergência sem discussão e adaptação pode erguer barreiras para o acesso na APS que trabalha com vinculação e longitudinalidade, exigindo uma avaliação que considere os riscos biológicos e as vulnerabilidades^{21,22}.

Observamos nos discursos preocupação em atender a demanda das pessoas, mesmo que a agenda do médico esteja completa. São as chamadas “urgências” que não devem “voltar sem atendimento” **(G7, município B e G8, município A)**. A ESF deve avaliar e estratificar conforme o grau de risco e vulnerabilidade as necessidades das pessoas que procurem espontaneamente atendimento na UBS, procedendo as necessárias priorizações, sem a rigidez de um protocolo fechado como o de Manchester²³. Aqui existe contradição, pois ao mesmo tempo que as equipes utilizam da classificação de risco e vulnerabilidades ainda persiste o atendimento determinado por ordem de chegada:

Então, por exemplo, tira doze fichas, se passou daquelas doze fichas o restante faz uma triagem comigo. Aí o que eu posso resolver eu resolvo, o que eu não resolvo eu tento fazer o agendamento para ele vir no outro dia [...] **(G5, município D)**

Na prática, a “triagem” acontece para os cidadãos que demandem além dos que já procuraram e tiveram acesso dentro do número de “fichas” disponíveis. Alegoria disso são os seguintes avisos nas recepções das UBS: “*nesta quarta-feira 07/06/17 só haverá a marcação pela manhã [...] 08 vagas por ordem de chegada*” **(município A)**; e “*Atenção, só serão distribuídas 12 fichas para atendimento médico*” **(município D)**. As equipes testam diversificadas formas de acolhimento que muitas vezes não passam de pré-consultas para decidir a necessidade do atendimento médico, como uma espécie de tribunal, que contraria a

lógica do acesso²⁴. Também existem equipes que definem o atendimento unicamente por ordem de chegada:

O agendamento funciona, como é PSF a gente tem uma demanda, livre demanda. Quem chegar, marca as fichas [...] (**G7, município B**)

Desse processo resultam agendas ocupadas por cidadãos dispostos a enfrentar as filas das UBS, contudo, não é possível afirmar que eles são os que mais necessitem, pelo contrário, por vezes são hiperutilizadores que sobrecarregam as equipes^{2,24}. Esse modelo submete os cidadãos a espera desconfortável e contraria a equidade, pois frequentemente o último cidadão na fila é quem clinicamente mais necessita^{22,23}. Por outro lado, a prática de atendimento por “fichas” torna-se compreensível pela dificuldade da população em entender uma lógica de trabalho que funcione diferente, na perspectiva da gestão da agenda:

Aqui, como é um PSF de distrito, praticamente a gente não trabalha com agenda aqui, porque a demanda espontânea ela, tipo assim, ela não para! E quando a gente começa trabalhar com agenda, a população não aceita, [...]. Então reclama demais [...]. (**G3, município D**)

Apesar da organização do acesso da população ser atribuição das equipes, outros atores sociais exercem certo poder sobre o modo de trabalho, constituindo conflitos internos da realidade social^{12,13}:

É, na verdade é bem difícil a gente conseguir o agendamento. Quando eu entrei era demanda espontânea, principalmente por uma questão política, que o político prometeu que chegava e era atendido. (**M7, município B**)

O dissenso entre equipe e cidadãos surge pela ciência, representada pela equipe, não ser a exclusiva definidora das demandas de saúde das pessoas. O cidadão também estabelece suas necessidades a partir de sua subjetividade e se apresenta ao serviço de saúde com base nessa concepção. Portanto, é importante acolher a demanda espontânea com qualidade, reconhecendo-a, em um esforço de diálogo e compreensão. Assim, é possível que se reduzam os conflitos ao esclarecer às pessoas que em alguns momentos existem critérios objetivos à priorização²³.

Em algumas equipes de zona rural (**municípios C e F**) de regiões remotas apresentadas como locais com dificuldade de acesso a APS¹⁰, essa questão parece ser melhor resolvida com a contribuição dos ACS:

[...] então ele (ACS) já sabe a necessidade do paciente, se há a necessidade de agendar consulta. [...] para nós aqui eu acho que é a forma melhor de trabalhar [...]. Porque são eles que passam o caso do paciente, a situação em que o paciente se encontra [...].
(G1, município C)

Nas equipes urbanas o ACS também contribui com a facilitação do acesso ao cuidado e o seu trabalho é citado como um dos motivos para os bons resultados da ESF. O ACS permanece em contato próximo aos cidadãos e apresenta para a equipe as necessidades da comunidade, trabalhando para garantir o acesso ao cuidado de pessoas com maior gravidade ou vulnerabilidade^{5,25}.

Para os entrevistados, o ACS é fundamental e sua ausência implica prejuízos no cuidado, visto que o cidadão “*não tem um acompanhamento adequado*” (M6, município E). Essa compreensão está presente nos discursos dos médicos intercambistas que valorizam e potencializam o trabalho comunitário do ACS. Isso se torna mais evidente ao observarmos que muitas equipes estavam incompletas ou em processo recente de composição e o ACS foi o profissional com maior ausência.

Além de aumentar o tempo de permanência dos médicos na equipe²⁶, o PMM também facilitou o acesso da população a esse profissional, principalmente com o provimento de médicos a regiões vulneráveis²⁷, e a esses profissionais é atribuída maior disponibilidade ao atendimento da população:

[...] antes a gente tinha médico aqui às vezes e era passageiro. Vinha trabalhava dois, três meses e o restante ficava sem médico. E hoje a disponibilidade de dois médicos do Programa Mais Médicos para nós, no município é mais vantagem. (G7, município B)

[...] o pessoal da roça mesmo levantava de madrugada para vir aqui, para ver se conseguia passar em um médico, e esperava de madrugada e não conseguia. E hoje não, a pessoa sai lá sabendo que tem uma pessoa aqui para estar passando. (G6, município E)

[...] um lado bom do Programa Mais Médicos é questão de eles não impor o número de fichas [...] médicos brasileiros mesmo que já trabalharam aqui, na verdade eles falavam assim: eu quero atender cinco fichas na parte da manhã. (G3, município D)

Os discursos evidenciam diferença entre médicos do PMM e os demais na negociação do atendimento dos cidadãos. Há compreensão de que o profissional ideal é aquele que “*todos que vem ele atende*” (G2, Município F) e mesmo que essa seja uma característica desejável, nossa experiência mostra ser insuficiente²³:

Não mudou porque aqui é referência de pronto atendimento, até que desmembrar aqui fica difícil para trabalhar PSF. Nós fazemos todo o possível, mas é difícil. Porque não tem como, o médico e o enfermeiro fica praticamente na urgência, no pronto atendimento mesmo. (G4, município D)

Existe dificuldade em lidar com a excessiva demanda espontânea, que “*não para*” (**G3, município D**). A demanda da APS é ampla e em grande parte motivada por condições benígnas que requerem acompanhamento², e tanto o trabalho comunitário longitudinal quanto o dimensionamento adequado da população por equipe amenizam esse conflito²³. Essa é uma crítica recorrente ao PMM, pois garantir o médico na equipe, mesmo que considerado avanço, não assegura um processo de trabalho adequado às necessidades da população e alinhado à PNAB²⁸. É indispensável para o cuidado integral equilíbrio entre o atendimento a demanda espontânea e programada²⁴.

O cuidado programático longitudinal recorrente nos discursos é prioritariamente para crianças (puericultura) e gestantes (pré-natal) com poucas referências para idosos (senicultura). Pessoas com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes também são público dessas ações. Esse cuidado é organizado conforme a demanda do cidadão:

[...] tem as outras doenças crônicas já são três consultas no ano, se não estão descompensados. E se o paciente tem alguma doença crônica que está descompensada, aí, então, a critério médico tem as avaliações que ele precisa. (**M6, município E**)

O cuidado voltado para ciclos de vida e agravos prioritários são reflexo do contexto de organização vertical da ESF, com diversos programas para públicos determinados, contudo, podem desagregar a integralidade e tornarem-se barreiras para o acesso daqueles que não são seu público²⁴. Rotinas de seguimento longitudinal não foram referidas, o que indica a não utilização de estratégias como: programação de atendimentos, estratificação de riscos e uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências²⁹. Assim, apesar dos profissionais do PMM participarem de atividades de educação permanente e supervisão externa, seus discursos não evidenciam impacto no processo de trabalho das equipes.

Os discursos e estudos apontam a ampliação de práticas em saúde com o PMM, especialmente no vínculo com as pessoas e fortalecimento da integralidade e longitudinalidade, mediante redução da rotatividade dos médicos e garantia de tempo para a equipe organizar o cuidado continuado^{10,30}.

Integralidade do Cuidado e Coordenação [subtítulo]

A ESF trabalha na perspectiva ampliada de saúde ao desenvolver uma abordagem integral dos indivíduos²⁶, o que inclui a condução dos cidadãos a outros serviços³¹. As equipes encaminham os cidadãos, de acordo com a sua necessidade, para serviços especializados

majoritariamente localizados nos dois municípios polo da região de saúde. No entanto, para algumas especialidades não existe fluxo definido com critérios de encaminhamento, o que transfere a coordenação assistencial à secretaria de saúde potencializando o viés político e econômico e fragilizando o cuidado^{24,31}:

[...] quando eu faço [o encaminhamento] eles vão procurar a secretaria para agendar. Então, ali é avaliado pelo secretário e aí é ele que vai fazendo os agendamentos. **(M6, município E)**

O acesso referenciado aos serviços hospitalares marcou alguns discursos. Apenas dois municípios possuem hospital e os demais organizam a atenção às urgências nas próprias UBS, fato retratado como dificultador para a organização do trabalho, pois demanda tempo dos profissionais. Outro problema é a resistência da população em entender que somente alguns casos necessitam avaliação especializada:

[...] porque o paciente chega e tem vezes que são eles que querem por eles mesmos, aí eu falo: não, não é assim! Se você precisar de um encaminhamento, você não tem que pedir por que eu sei que como médico eu tenho que fazer o encaminhamento. **(M6, município E)**

Notamos a complexa tarefa de coordenar a demanda para o acesso aos especialistas, que requer habilidades de comunicação. Enfrentam-se concepções arraigadas na população, influenciadas pela percepção de baixa qualidade da APS e pelo “querer” o atendimento por especialistas. A ESF deve racionalizar o cuidado e evitar duplicação desnecessária de exames ou procedimentos, o que requer acesso à informação clínica do cidadão atendido em outro local^{1,7,24}:

Mas, o problema é na retroalimentação da informação. Aqui eles não escrevem nada, nós não sabemos o que falou, o que pensa, o que fez! Porque tem paciente aqui que não tem muito nível cultural e às vezes os médicos não falam com ele, não explicam e a informação não chega, porque eles não sabem nada. O médico não fala e quando fala ele não entende [risos]. **(M3, município D)**

A ausência de relatórios de alta hospitalar ou de visita ao especialista (contra referência) é comum no Brasil e o relacionamento entre profissionais da APS e dos serviços especializados ou hospitalares é quase inexistente²⁴. Isso se mostra um desafio particularmente para o compartilhamento da informação clínica do cidadão^{2,7}. Ocasionalmente é preciso resolver verdadeiros “quebra-cabeças” para identificar a conclusão do especialista e qual cuidado foi proposto baseando-se nos exames e medicamentos indicados além de informações do cidadão

e familiares. Esse processo é dificultado quando envolve pessoas idosas, analfabetas ou que vivem sozinhas²⁴.

Como resposta ao problema, o Ministério da Saúde propôs a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB) para induzir o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na ESF ao disponibilizar gratuitamente o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)³². Contudo, observamos poucos equipamentos de informática nas UBS e o PEC não estava sendo utilizado por nenhuma equipe envolvida nesse estudo. Mesmo que agregar TIC esteja associado à melhor qualidade no cuidado, existe incipiência de sua incorporação na ESF, especialmente em municípios de pequeno porte³³.

A demora no acesso às especialidades médicas e exames específicos foi queixa frequente em estudo qualitativo com pessoas usuárias da APS no nordeste do Brasil³⁴ e um fator identificado em nosso estudo:

[...] A dificuldade são as vagas que tem na secretaria para o paciente, que pelo SUS é difícil, demora muito tempo e às vezes precisa que a avaliação seja rápida e não é possível, tem que ir na parte privada. (M3, município D)

Dados do estado Minas Gerais do primeiro ciclo (2012) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) indicam grande variabilidade no tempo de espera que depende da especialidade, sendo maior para Angiologia e Oftalmologia e menor para Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia³⁵. Os médicos intercambistas percebem essa demora de modo diferente, baseados em suas vivências com outros sistemas de saúde:

[...] se fosse pela experiência do meu país [Cuba] e de outros lugares como Venezuela, demora muito mais! Em meu país eu encaminho um paciente para urologista hoje, em dois dias está sendo avaliado. Aqui eu encaminho o paciente para o urologista hoje e ele avalia dois meses depois. (M1, município C)

Notamos nos relatos dos médicos intercambistas certo estranhamento com a coordenação dos cuidados praticada na ESF, visto que o sistema de saúde cubano, citado pelo profissional, é responsabilidade plena do estado, possuindo estrutura diversificada de serviços e destacando-se pelo cuidado primário com médicos e enfermeiros de família. Apresenta importantes resultados como baixas taxas de mortalidade infantil, elevada cobertura vacinal e a recente eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis³⁶. Esse sucesso é atribuído a forte orientação à APS e a robusta coordenação dos cuidados. Lá existe integração entre as equipes de APS e as policlínicas, serviços que reúnem profissionais especializados (internistas,

psicólogos, ginecologistas, obstetras entre outros) responsáveis por atender a demanda referenciada além de apoiar pedagogicamente os profissionais de APS, o que possibilita espaços para o ensino e aprendizagem³⁷:

[...] Lá em Cuba nós temos muitos médicos, em grupo lá estão obstetras, tem clínicos, tem pediatra [...]. E você troca com eles, [...] Nós aprendemos a avaliação, como é, se tem alguma dúvida estamos com o profissional, entende? **(M3, município D)**

É necessária a integração e proximidade entre profissionais da APS e dos serviços especializados o que facilita o fluxo de informações e melhora o cuidado, bem como inverter a lógica de trabalho dos especialistas do cuidado ambulatorial restrito para a consultoria especializada à ESF, fortalecer a coordenação dos serviços para melhorar a resolubilidade e cuidado das pessoas^{2,7,24}.

Agenda e Trabalho em Equipe [subtítulo]

O objetivo da agenda dos profissionais da ESF é garantir aos cidadãos acesso ao cuidado, mas para isso requer avaliação e ajustes contínuos da oferta de ações e demanda populacional^{2,4,23}. A agenda do médico é a de gerenciamento mais complexo devido à grande demanda² e verificamos que sua organização varia desde a quase totalidade de atendimentos destinada à demanda espontânea até uma disposição estanque segundo categorias ou grupos (gestantes, crianças e outros).

A organização somente de acordo com demanda espontânea dificulta a longitudinalidade e compromete o cuidado contínuo e programado de cidadãos com condições crônicas, geralmente levando a baixa resolubilidade^{1,26}, enquanto a agenda fragmentada promove quebra de vínculo se contrapondo ao atributo de porta de entrada^{23,26,38}. Assim, o ideal é que as agendas dos profissionais sejam equilibradas e planejadas a partir do diagnóstico da demanda territorial, processo não referido pelas equipes²³.

Outro obstáculo na organização da agenda é o descumprimento da carga horária mínima estabelecida pela PNAB, principalmente pelos médicos, problema que persiste mesmo no PMM devido à suboferta de vagas aos municípios^{4,8,9}:

São dois dias por semana, que ela atende, dois dias por semana aqui na nossa UBS, na terça e na quinta-feira. **(G1, município C)**
[...] porque de trinta e duas horas, que é o horário dela já tem o dia que ela faz o atendimento de cobertura em [outra comunidade do município] até a admissão do médico lá. **(G8, município A)**

Apesar das contribuições do PMM com ações de curto e longo prazo para disponibilização de médicos, existe escassez desses profissionais nos municípios, situação evidente pelo comprometimento de sua carga horária em cinco equipes da ESF estudadas. A fixação de profissionais de saúde é influenciada por variados fatores como indicadores sociais, condições de trabalho, de desenvolvimento pessoal e qualidade de vida nos municípios^{9,27,39}. A fixação e melhora no cumprimento da jornada de trabalho foi um importante avanço identificado em um estudo com municípios de Minas Gerais e também neste trabalho³⁰.

Além disso, o atendimento em domicílio considerado fundamental na agenda de uma APS de qualidade², foi potencializado nas equipes que receberam médicos cubanos. Tal disposição pode ser explicada, ao menos em parte, pela exigência de atendimento domiciliar a que estão submetidos em seu país de origem³⁷:

Ele vai, visita muito, vai nas casas, sabe?! E às vezes ele nem chama a gente, às vezes ele vai até a pé. Se não for muito distante ele vai a pé. **(G2, município F)**
Ela faz a visita se eu falar [...] se eu não estiver aqui para levar ela não vai, porque ela não vai andando de jeito nenhum. É verdade, ela só vai se for de carro, e tipo assim, ela fala que no contrato tem que dar o carro, mas segundo o secretário não tem isso no contrato. **(G3, município D)**

Este relato de uma zona rural sugere tanto escassez material de veículos quanto a inflexibilidade de alguns profissionais em relação ao atendimento em domicílio, visto que os médicos da ESF geralmente são externos à comunidade e pouco conhecem o entorno da UBS, considerado como perigoso e raramente visitado à pé²⁴.

O cuidado primário multiprofissional é tradição no Brasil com a ESF, ao contrário de outros modos praticados em países desenvolvidos^{1,5}. O trabalho em equipe é uma estratégia para lidar com o processo de especialização intenso das profissões da saúde que tem se aprofundado verticalmente no conhecimento, sem, contudo, articular suas ações com outros saberes e práticas⁴⁰. Observamos o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe:

Eu falo para eles que nós somos um carro, e para que um carro funcione tem que servir todas as peças, porque se uma quebra, o carro não anda! **(M1, município C)**

Na ESF cada colaborador executa atividades próprias de sua profissão, operando a transformação de um objeto de trabalho comum que é a saúde das pessoas adscritas, garantindo a integralidade^{4,26,40}. Todavia, o arranjo formal de profissionais com distintas formações em um mesmo ambiente não necessariamente garante o cuidado compartilhado:

[...] discussão de casos mesmo, assim se eu não estar com ela conversando não tem como discutir nada. E essa interação com as agentes de saúde não tem interação, com os técnicos de enfermagem não tem interação, isso fica muito à desejar. Tipo assim, ela é o médico que fica na sala lá atende as fichas e fica lá, acabou o horário vamos embora, pronto acabou! Não tem uma rotina com a equipe [...]. **(G3, município D)**

Consideramos duas formas distintas de caracterização do trabalho em equipe: a integração e o agrupamento. Enquanto a primeira caracteriza-se por um cuidado articulado consonante à integralidade a segunda tem como propriedade a fragmentação das ações. Acima observamos um trabalho em equipe do tipo agrupamento, pois não existe comunicação efetiva entre médico e equipe o que desagrega as ações. Notamos também tensões entre os profissionais originadas pelas diferentes concepções quanto ao trabalho⁴⁰. Interessante que a compreensão da médica citada é de um trabalho em equipe do tipo integração:

[...] Nós aqui, quando se precisa fazer algo, trabalhar na campanha de vacina todos estamos ajudando [...]. Um ajuda o outro, assim sem nenhum problema. Pelo menos todos tem essa consciência de trabalho. **(M3, município D)**

As distintas visões sobre o trabalho multiprofissional refletem falta de comunicação, mediada, simbolicamente, pela linguagem^{14,40}. O ruído na comunicação, porém, não pode ser atribuído às diferenças de idioma, pois para os entrevistados essa é uma dificuldade inicial e não barreira para a integração do trabalho. Muitas estratégias de comunicação podem ser utilizadas na ESF, como as reuniões de equipe, referidas em alguns discursos. Nisso houve avanço com os médicos do PMM, especialmente os intercambistas, devido às características relatadas, como humildade e acessibilidade, que contribuem com a superação da fragmentação já que: *“não existe aquela divisão: eu sou o médico e vocês, são vocês”* **(G1, município C)**. Contudo, algumas equipes ainda não se reúnem:

Sem discussão às vezes acaba que a gente acomoda um pouco nessa rotina de atender, atender. E sempre estamos planejando fazer isso, mas, a gente nunca sai do papel [...]. A gente nunca sentou para ter uma reunião não. **(M7, município B)**

As reuniões são indispensáveis para o trabalho integrado da equipe, discussão de casos e educação permanente^{2,40}.

Considerações Finais

No cenário estudado o PMM promoveu avanços no primeiro contato e longitudinalidade ao ampliar a permanência dos médicos nas equipes, ainda que seja possível melhorar esses atributos aprimorando os processos de trabalho das equipes. A fragilidade da coordenação do

cuidado limita a atuação dos médicos e impede avanços na integralidade assistencial. Na agenda houve o fortalecimento do atendimento em domicílio, mas permanece os desafios do trabalho em equipe. Mesmo com o programa os municípios ainda convivem com escassez de médicos. Assim, ainda que o PMM tenha contribuído, sua atuação restrita na alocação e supervisão do profissional médico limita seu efeito sobre os problemas estruturais da ESF. Uma alternativa de baixo custo e elevado potencial de impacto é a ampliação da supervisão e educação permanente para toda a equipe, o que promoveria não somente o fortalecimento de habilidades individuais, mas também o aprimoramento do trabalho multiprofissional indispensável a uma APS de qualidade.

Agradecimentos:

A todos os municípios e equipes participantes da pesquisa pela receptividade e colaboração. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão de bolsa de mestrado.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
2. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.
3. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Zee JVD, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res 2010; 10:1-13.
4. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 21 set.
5. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J M 2015; 23:2177-81.
6. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743-8.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface Comun Saúde Educ 2015; 54:623-34.

9. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa mais médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 9:2785-96.
11. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 2:421-4.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Habermas J. Dialética e hermenêutica. São Paulo: Editora L&PM; 1987.
14. Gadamer HG. Verdade e método. Petrópolis: Vozes; 1997.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> (acesso em 27/ago/2017).
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Fundação João Pinheiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt>. (acesso em 27/ago/2017).
17. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da atenção básica. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. (acesso em 27/ago/2017).
18. Ministério da Saúde. Programa mais médicos. <http://maismedicos.gov.br>. acesso em 27/ago/2017).
19. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programa sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
20. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controversias. *Revista Pesquisa Qualitativa* 2017; 7:01-12.
21. Marques AJS. Rede de atenção à urgência e emergência: estudo de caso na macrorregião norte de Minas Gerais. Brasília: OPAS; 2011.
22. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
23. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde 2011.
24. Gérvas J, Fernández MP. Uma atenção primária forte no Brasil : relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família. Brasília; 2011.

25. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública* 2009; 4:898-906.
26. Campos GWS, Júnior NP. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-63.
27. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 9:2773-84.
28. Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 9:2664-6.
29. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção básica à saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: estudo de casos múltiplos. Brasília: OPAS; 2017.
31. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 5:1499-510.
32. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
33. Santos AFD, Fonseca D, Araújo LL, Procópio CSD, Lopes ÉAS, Lima AMLD, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 5:e00172815-e.
34. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface Comun Saúde Educ* 2017; 61:321-32.
35. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Retratos da atenção básica no Brasil 2012: equipes de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
36. World Health Organization. Country cooperation strategy at a glance: Cuba. Geneva: World Health Organization; 2017.
37. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health* 2012; 8:e13-22.
38. Wollmann A, Ros C, Lowen IMV, Moreira LR, Kami MT, Gomes MAG, et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; s. d.
39. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface Comun Saúde Educ* 2015; 54:637-70.

40. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 01:103-9.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os contextos em que os processos de trabalho das equipes da ESF acontecem são diversificados e distantes das instâncias onde as políticas públicas nacionais de saúde são planejadas e propostas, o que torna a avaliação do PMM na realidade do trabalho fundamental, para definir sua efetividade e relevância para o fortalecimento do cuidado. Com o programa houve melhora no acesso das pessoas ao profissional médico, contudo ainda persistem distorções no processo de acolhimento da população, o que muitas vezes produz iniquidades. A longitudinalidade, apesar de fortalecida pela maior permanência dos médicos nas equipes, ainda não é baseada na programação do cuidado com base em evidências científicas.

Nas equipes estudadas a integralidade e coordenação dos cuidados são prejudicados pelo arranjo de trabalho vigente, caracterizado pelo pouco poder de regulação das equipes. Isso acontece pela dificuldade da população em entender que o atendimento especializado deve ser destinado para casos clinicamente justificados e pelo pouco compartilhamento de informações clínicas sobre o cidadão na rede. São escassos os fluxos de referências estabelecidos e o contato dos profissionais da ESF com os especialistas focais é inexistente, dificultando a ampliação da resolubilidade das equipes. Existem ainda obstáculos para implementação das agendas de trabalho de forma multiprofissional e que contemplem as necessidades da população. O trabalho em equipe ainda é uma dificuldade referida e pouco abordada pelo programa.

Este trabalho, apesar de ter ouvido o máximo de atores sociais envolvidos com a implementação do PMM, por sua característica transversal pouco mergulhou nas características culturais do trabalho das equipes em sua diversidade. Mesmo assim, elucidou perspectivas que podem ser melhor estudadas a fim de compreender em profundidade as raízes dos persistentes problemas enfrentados pelas equipes da ESF no seu cotidiano.

É notável os resultados da ESF enquanto política de cuidados primários, porém sua fragilidade em termos de processos de trabalho e estrutura impedem que ela ocupe a posição de ordenadora e coordenadora do cuidado no SUS. O Programa Mais Médicos é um modo de enfrentamento de alguns desses problemas, especialmente a escassez de médicos, e produz resultados importantes em seu escopo de atuação. Entretanto, poderia mais se seu objeto de atuação não ficasse restrito ao profissional médico, mas abordasse o contexto da equipe da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.
2. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):7-27.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
5. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J M* 2015; 23:2177-81.
6. Campos GWS, Júnior NP. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2655-63.
7. World Health Organization. The world health report 2008 - primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
9. Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes editora; 2014.
10. Santos LMP, Costa AM, Giradi SN. Programa mais médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20: 3547-52.
11. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
12. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, Poz MRD, Matijasevitch A, Castilho EA, et al. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015.

13. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
14. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface Comun Saúde Educ* 2015; 54:623-34.
15. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:1499-510.
16. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2773-84.
17. Organização Pan Americana de Saúde. Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: estudo de casos múltiplos. Brasília: OPAS; 2017.
18. Morais I, Leonel M, Santos R, Santos M, Lopes J, Alkmin D, et al. Newspapers Folha de São Paulo and Correio Braziliense: what they say about the program More Doctors? *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48:107-15.
19. Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:2664-6.
20. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface Comun Saúde Educ* 2015; 54:637-70.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista individual semi-estruturada para profissionais do Programa Mais Médicos

- 1) Como é o agendamento de pacientes para seu atendimento? Como você avalia esse agendamento?
- 2) Como é o acompanhamento da população? Quais condições/ciclos de vida você costuma acompanhar? Como você avalia esse acompanhamento?
- 3) Como funciona o fluxo de encaminhamentos dos pacientes para outros serviços de saúde? Você tem retorno das consultas que seus pacientes fazem com os especialistas? Como você avalia esse fluxo?
- 4) Quais os assuntos você costuma abordar com os pacientes durante suas consultas?
- 5) Descreva a sua rotina semanal de trabalho? Como você avalia essa rotina?
- 6) Como é sua relação com os seus pacientes? Você aborda a família na sua prática clínica?
- 7) Como a comunidade enxerga o seu trabalho? Ela participa das atividades propostas pela equipe? Vocês ouvem opiniões e ideias da comunidade de como melhorar o trabalho de vocês?
- 8) Como é trabalhar com sua equipe? Como você avalia este trabalho?
- 9) Como é sua relação com a gestão do município? Como você avalia a organização das equipes de Saúde da Família no município?
- 10) Qual sua motivação para participar do Programa Mais Médicos? Como você avalia o programa?

APÊNDICE B – Roteiro de grupo focal semi-estruturado para profissionais das equipes de Saúde da Família

- 1) Como é o agendamento de pacientes para o médico? Como vocês avaliam esse agendamento? Existe diferença em relação a outros médicos que trabalharam na equipe?

- 2) O médico acompanha a situação de saúde da população? Quais condições/ciclos de vida ele costuma acompanhar? Como vocês avaliam esse acompanhamento? Existe diferença em relação a outros médicos que trabalharam na equipe?

- 3) Como é a rotina de trabalho do médico? Quais as atividades ele realiza? Existe diferença em relação a outros médicos que trabalharam na equipe?

- 4) Como é a consulta do médico? Como a população avalia a consulta? Ele envolve a família em seus atendimentos? Existe diferença em relação a outros médicos que trabalharam na equipe?

- 5) Como é o trabalho em equipe com o médico? Como vocês avaliam este trabalho? Existem diferenças em relação a outros médicos que trabalharam com vocês?

- 6) Houve mudança no trabalho de vocês depois do Programa Mais Médicos? Como os profissionais do Programa Mais Médicos contribuíram para melhorar ou piorar o trabalho de vocês?

- 7) Qual a opinião de você sobre o Programa Mais Médicos?

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de Trabalho do Profissional do Programa Mais Médicos: percepções da equipe de saúde da família

Pesquisador: Edmar Rocha Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57489316.5.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.628.664

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo e dialético.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender, no contexto da equipe multiprofissional de Saúde da Família, o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos, uma vez que os dados coletados não comprometem sua Instituição, pois o sigilo que será preservado. Os desconfortos que podem advir da pesquisa estar relacionada ao cotidiano fato de que levanta reflexões que podem gerar sentimentos e opiniões negativas. Caso aconteça ocorrências desta natureza o pesquisador se compromete a suspender temporariamente a entrevista e retomá-la depois que a participante estiver em condições e manifestar desejo de continuar.

Benefícios: O estudo pretende explorar sobre o processo de trabalho do profissional do Programa Mais Médicos e desse modo permitirá apontar avanços e fragilidades no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricélia **CEP:** 39.401-080
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 1.628.004

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, uma vez que, os resultados poderão apontar avanços e fragilidades nas equipes de saúde da família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos de acordo com normas exigidas pelo CEP.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_739212.pdf	30/06/2016 11:39:15		Aceito
Folha de Rosto	PROJETO_QUALITATIVO_FOLHA_ROSTO.pdf	30/06/2016 11:31:27	Edmar Rocha Almeida	Aceito
Declaração do Patrocinador	DECLARACAO_RECursos_PROPRIOS.pdf	14/06/2016 22:13:22	Edmar Rocha Almeida	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_TCI_ASSINADO.pdf	14/06/2016 22:06:09	Edmar Rocha Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL.pdf	14/06/2016 21:57:34	Edmar Rocha Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricélia CEP: 38.401-000
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3220-8180 Fax: (38)3220-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.628.664

MONTES CLAROS, 08 de Julho de 2016

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers. Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 38.401-060
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3220-8180 Fax: (38)3220-8103 E-mail: amelocosta@gmail.com

ANEXO B – Termo de Concordância da Instituição

Título da pesquisa: Processo de Trabalho do Profissional do Programa Mais Médicos: percepções da equipe de saúde da família

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Pesquisador: Edmar Rocha Almeida

Endereço, telefone e e-mail: Rua Sacramento, 47ª, Sagrada Família, CEP 39550-000, Taiobeiras -MG.

Telefones: (38) 99131-2323 / (38) 99925-4295. E-mail: edsky48@gmail.com

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo: Compreender, no contexto da equipe multiprofissional de Saúde da Família, o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

2. Metodologia/procedimentos: Esta pesquisa terá abordagem qualitativa e descritiva e a participação dos profissionais da instituição consistirá em responder um conjunto de perguntas sobre o trabalho do médico vinculado ao Programa Mais Médicos na equipe de Saúde da Família. Toda essa conversa será gravada para que o pesquisador possa posteriormente escrever tudo o que foi dito e poder dar prosseguimento à pesquisa.

3. Justificativa: A relevância deste estudo está na necessidade de melhor conhecer o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

4. Benefícios: O estudo pretende explorar sobre o processo de trabalho do profissional do Programa Mais Médicos e desse modo permitirá apontar avanços e fragilidades no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

5. Desconfortos e riscos: Não há riscos, uma vez que os dados coletados não comprometem sua instituição, pois o sigilo será preservado. Os desconfortos que podem advir da pesquisa estar relacionada ao cotidiano, o que levanta reflexões que podem gerar sentimentos e opiniões negativas. Caso aconteça ocorrências desta natureza o pesquisador se compromete a suspender temporariamente a entrevista e retorná-la depois que a participante estiver em condições e manifestar desejo de continuar.

6. Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.

7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8. Confidencialidade das informações: Será respeitada a sua privacidade. Os dados obtidos pelo pesquisador serão sigilosos e confidenciais.

9. Compensação/indenização: Não se aplica.

10. Outras informações pertinentes: Não se aplica.

11. Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas satisfatoriamente. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participação desta instituição na pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. Estou ciente que esta pesquisa só poderá ser realizada na instituição que em que sou responsável após sua aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa.

Nome e cargo do responsável da instituição

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

Data

Edmar Rocha Almeida (pesquisador responsável)

Data

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Processo de Trabalho do Profissional do Programa Mais Médicos: percepções da equipe de saúde da família

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Pesquisador: Edmar Rocha Almeida

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. Objetivo: Compreender, no contexto da equipe multiprofissional de Saúde da Família, o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

2. Metodologia/procedimentos: Esta pesquisa terá abordagem qualitativa e descritiva e sua participação consistirá em responder um conjunto de perguntas sobre o trabalho do médico vinculado ao Programa Mais Médicos na equipe de Saúde da Família. Toda essa conversa será gravada para que o pesquisador possa posteriormente escrever tudo o que foi dito e poder dar prosseguimento à pesquisa.

3. Justificativa: A relevância deste estudo está na necessidade de melhor conhecer o processo de trabalho do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

4 Benefícios: O estudo pretende explorar sobre o processo de trabalho do profissional do Programa Mais Médicos e desse modo permitirá apontar avanços e fragilidades no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

5. Desconfortos e riscos: Não há riscos, uma vez que os dados coletados não comprometem você, bem como a sua individualidade e o seu sigilo que serão preservados. Os desconfortos que podem advir da pesquisa estar relacionada ao cotidiano de trabalho, fato de que levanta reflexões que podem gerar sentimentos negativos. Caso aconteça ocorrências desta natureza o pesquisador se compromete a suspender temporariamente a entrevista e retorná-la depois que o participante estiver em condições e manifestar desejo de continuar.

6. Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.

7. Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

8. Confidencialidade das informações: Será respeitada a sua privacidade. Os dados obtidos pelo pesquisador serão sigilosos e confidenciais.

9. Compensação/indenização: Não se aplica.

10. Outras informações pertinentes: Não se aplica.

11. Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas satisfatoriamente. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	_____
Edmar Rocha Almeida	Assinatura do pesquisador responsável	Data

Endereço: Rua Sacramento, 47A – Sagrada Família.

CEP.: 39550-000 - Taiobeiras -MG. Telefones: (38) 99131-2323 / (38) 99925-4295

E-mail: edsky48@gmail.com