

Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo

Longitudinality and comprehensiveness on the More Doctors Program: an evaluative study

Max Felipe Vianna Gasparini¹, Juarez Pereira Furtado²

DOI: 10.1590/0103-1104201912002

RESUMO Este estudo teve como objetivo investigar influências do Programa Mais Médicos sobre os atributos de longitudinalidade e integralidade na atenção básica, por meio de estudo de caso em dois municípios, utilizando etnografia, entrevistas e grupos focais. Os resultados indicam efeitos positivos em relação à longitudinalidade, proveniente da relação dos médicos com usuários de saúde, acolhimento humanizado, criação de vínculo terapêutico, disponibilidade para realizar visitas domiciliares e apoiar a equipe de saúde. Apesar de os médicos do programa reconhecerem a importância do princípio da integralidade do cuidado na relação com os usuários, é restrita a efetiva consideração desse atributo, explicado pelo excesso de atendimentos diários, conflitos de perspectivas com outros trabalhadores e limites da estrutura e modo de funcionamento da rede de saúde. Conclui-se que características dos agentes médicos associadas ao formato de sua contratação para o provimento de médicos nas unidades de saúde contribuem para o alcance da longitudinalidade. Por outro lado, o alcance da integralidade, que exige mudanças estruturais, como a formação contínua das equipes e reorganização do trabalho, permanece pouco influenciada pelo programa abordado.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde. Consórcios de saúde. Integralidade em saúde. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT *This study aims to investigate influences of the More Doctors Program regarding the attributes of longitudinality and comprehensiveness in primary care, by means of a case study in two cities using ethnography, interviews, and focal groups. The results indicate positive effects regarding the longitudinality, coming from the relation of the doctors with the health users, humanized reception, therapeutic bond creation, availability to make home visits, and supporting the healthcare team. Despite the doctors of the program recognize the importance of the principle of comprehensiveness of care in the relation with the users, the effective consideration of such attribute is restrict, which is explained by the excess of daily attendance, perspective conflicts with other workers, and limits in the structure and working method of the healthcare network. In conclusion, the characteristics of the doctors associated with the format of their contracting for the provision of doctors in the health units contribute to reach of longitudinality. On the other hand, to reach comprehensiveness, structural changes are required, such as the continuous training of the teams and a rearrangement of the work, and it remains barely influenced by the addressed program.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
maxgasparini89@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS Program evaluation. Health consortia. Integrality in health. Continuity of patient care.



Introdução

As mudanças no modelo assistencial de saúde no Brasil, a partir do final da década de 1980, incidiram no aumento dos postos de trabalho médico, em parte por conta da expansão da atenção básica ao longo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) favoreceu esse processo por meio da expansão da cobertura assistencial¹, de modo que as temáticas de formação e trabalho passaram a se tornar eixos estratégicos para o desenvolvimento desse sistema². Do ponto de vista do funcionamento do SUS, há a compreensão de que problemas em torno da concentração geográfica desigual dos profissionais de saúde impedem a materialização de seus princípios, como a universalização, a integralidade e a descentralização³.

A chamada crise global da força de trabalho em saúde é determinada, entre outros fatores, por mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população mundial⁴. Essas mudanças têm criado distorções no mercado global do trabalho em saúde no tocante à distribuição desigual de profissionais, em uma lógica de alocação da força de trabalho a partir de melhores condições de remuneração dos profissionais, principalmente médicos, e não em função das necessidades regionais em saúde⁴.

No Brasil, houve um aumento da densidade de médicos nos últimos anos, enquanto a distribuição regional e até a falta desses profissionais em algumas localidades chama a atenção⁵. Dados mais recentes sobre a demografia médica no Brasil indicam que a região Sudeste concentra 54,1% dos médicos e uma população de 41,9% do País, enquanto as regiões Norte e Nordeste possuem 4,6% e 17,8% dos médicos brasileiros, tendo, respectivamente, 8,6% e 27,6% do total da população⁶. A oferta de vagas e cursos de medicina também apresenta maior concentração na região Sudeste, que conta com 120 cursos e 13.222 vagas em 2018, o que representa 45,2% de todas as vagas disponíveis no País⁶.

Diante desse quadro, o governo federal instituiu, por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com os objetivos de diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS, aumentar e distribuir vagas para formação médica e residência e fortalecer a educação permanente pela integração ensino-serviço⁷. O Programa possui um eixo de provimento emergencial de médicos em regiões com escassez desses profissionais, chamado de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cuja distribuição se deu em localidades prioritárias, caracterizadas por um baixo desenvolvimento social e econômico, como regiões periféricas de grandes cidades, regiões interioranas – sobretudo das regiões Norte e Nordeste, populações indígenas e ribeirinhas⁷.

Os resultados do PMM têm sido constatados em diferentes dimensões, como seu impacto na escassez de médicos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios de pequeno porte⁸, o aumento de procedimentos em regiões de alta vulnerabilidade social⁹, a satisfação dos usuários em relação ao atendimento dos médicos do programa¹⁰ e tensionamentos do modelo biomédico de trabalho em saúde no interior das equipes, a partir de uma atuação clínica sensível a elementos da cultura, território e condições de vida dos pacientes¹¹. Embora relevantes para a compreensão do alcance do Programa, análises centradas na produção, como número de consultas mensais realizadas pelos médicos e número de encaminhamentos¹², bem como estudos de satisfação da população atendida, sujeitos ao chamado viés de gratidão¹³, podem constituir parâmetro restrito, uma vez que a ocorrência de grande número de procedimentos e elevada satisfação, se tomados isoladamente, podem não ser equivalentes à qualidade do cuidado ofertado.

Faz-se necessário, portanto, aprofundar a análise das possíveis mudanças produzidas no trabalho das equipes a partir da implantação do Programa, considerando o conjunto de interações que permitem compreender como a estratégia produz determinados efeitos. Nesse

sentido, este estudo tem como objetivo investigar influências do PMM sobre os atributos de longitudinalidade e integralidade na atenção básica, por meio de estudo de caso em dois municípios, utilizando etnografia, entrevistas e grupos focais.

Integralidade e longitudinalidade na avaliação do PMM

Para Starfield¹⁴, o atributo de longitudinalidade caracteriza-se pela existência de laços interpessoais de confiança, que se refletem na cooperação em longo prazo entre os usuários e profissionais de saúde. Cunha e Giovanella¹⁵ reconhecem três dimensões deste atributo: a) o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados em Atenção Primária à Saúde (APS); b) o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre usuários do serviço e equipe de profissionais; c) a continuidade informacional.

O atendimento a esse atributo está relacionado com a maior efetividade das ações e satisfação do usuário com o serviço de saúde¹⁵. A longitudinalidade contribui ainda para a criação de responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, além de representar em si um componente terapêutico¹⁶.

O atributo de integralidade, por sua vez, implica uma oferta ampla de serviços de atenção à saúde por parte da atenção primária, ainda que alguns destes não sejam oferecidos em seu interior¹⁶. Do ponto de vista do SUS, a integralidade tem como objetivos: a) integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação entre ações de promoção, prevenção e reabilitação, trabalho multiprofissional, interdisciplinar e a centralidade do processo de trabalho nos usuários¹⁶. Kalichman e Ayres¹⁷ sistematizam quatro eixos da integralidade: a) necessidades: no que diz respeito à capacidade e sensibilidade em compreender a demanda de atenção à saúde, de modo a responder de forma mais ampla possível; b) finalidades: oferta de

ações integradas entre diferentes níveis do cuidado, com atenção sinérgica, resolutive e eficiente; c) articulações: trabalho interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial; d) interações: construção de relações intersubjetivas de qualidade, que se desenvolvam no cotidiano do trabalho em saúde.

Os dois atributos contêm dimensões que se concretizam nas relações interpessoais, compreendidas aqui como aspectos da humanização do cuidado e como tecnologias leves empregadas no trabalho vivo e em ato em saúde¹⁸. Essas dimensões se constituem enquanto critérios para a avaliação do alcance do atributo de longitudinalidade e integralidade do cuidado por estarem relacionadas com a qualidade da assistência e com a percepção de satisfação da população atendida¹⁹.

Métodos

Foi realizado um estudo de caso, cuja compreensão de um fenômeno se dá a partir da indissociabilidade de seu contexto real, no qual as fronteiras entre o saber e a realidade não são claramente evidentes e cuja aproximação requer a utilização de múltiplas fontes²⁰. O estudo de caso busca contribuir para um entendimento amplo da problemática em questão, a partir de possíveis generalizações teóricas²¹.

Foi dada ênfase na compreensão da experiência dos sujeitos nos contextos reais nos quais estes atribuem sentido a suas práticas e operacionalizam seus saberes²². O estudo foi orientado por abordagem etnográfica, que pressupõe a produção de uma 'descrição densa' para compreensão em profundidade do contexto estudado²³. Nessa abordagem, a busca dos significados da experiência humana não se refere apenas ao 'objeto' de pesquisa, envolvendo também o pesquisador, em uma relação entre diferentes subjetividades²⁴.

O processo de construção das informações baseou-se em constantes diálogos com os *stakeholders* participantes, por meio de triangulação de métodos²⁵, buscando agrupar o

máximo de perspectivas possíveis no intuito de estabelecer consensos temporários acerca do objeto de avaliação²⁶. Com base na literatura, foram definidos os seguintes critérios para avaliação dos atributos: longitudinalidade: a) desenvolvimento de relações que permitam o seguimento e a responsabilização de pacientes; b) criação de vínculo terapêutico; c) percepção da satisfação da população com a constância do atendimento. Em relação à integralidade, foram definidos os seguintes critérios: a) criação de relações intersubjetivas entre membros da equipe e destes com usuários; b) sensibilidade da equipe de saúde em reconhecer e responder às necessidades da população; c) desenvolvimento de prevenção, promoção e assistência; d) desenvolvimento de ações conjuntas com profissionais de outras profissões e setores.

Caracterização das atividades de campo

O estudo de caso compreendeu dois municípios do estado de São Paulo, selecionados a partir de amostragem intencional. Três Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas em dois municípios da região da Baixada Santista constituíram os casos acompanhados (*quadro 1*). A identificação dos municípios será mantida em sigilo para resguardar a identidade das unidades de saúde e das pessoas envolvidas com o estudo. No total, quatro médicos oriundos do Programa estiveram envolvidos neste estudo: USF1 – uma médica cubana; USF2 – um médico brasileiro com formação em Cuba (M1); USF3 – uma médica cubana e um médico boliviano (M2, M3).

Quadro 1. Cidades, unidades de saúde, participantes e estratégias de construção das informações

Município 1	Município 2	
USF 1	USF 2	USF 3
Observação Participante (OP1) no período de maio de 2016 (aproximadamente 50 horas)	Observação Participante (OP2) no período de julho a setembro de 2016 (aprox. 100 horas)	Observação Participante (OP3) no período de julho a setembro de 2016 (aprox. 100 horas)
Entrevistas semiestruturadas com: chefia da divisão de atenção básica (E1), duas assessoras que atuam no acompanhamento do PMM (E2, E3), chefia da divisão de atenção à saúde (E4), enfermeira (E5), duas Agentes Comunitárias de Saúde – ACS (E6, E7), e gestora da unidade (E8)	Oficina de validação das informações com médico do PMM (OF1: M1)	Oficina de validação das informações com ACS (OF2)
Grupo Focal (GF1) com Agentes Comunitários de Saúde – ACS		Oficina de validação com dois médicos do PMM (OF3: M2, M3)

Fonte: Elaboração própria.

Foram elaborados diários de campos com notas intensivas e descritivas acerca da experiência etnográfica, bem como transcrições das entrevistas, grupos focais e oficinas. A análise do material empírico construído envolveu o julgamento de valor sobre o objeto avaliado, a partir dos critérios estabelecidos¹³.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o registro nº 13332, Projeto 223/15, em atendimento aos preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e análise

Longitudinalidade

DISPOSIÇÃO RELACIONAL PARA O SEGUIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO

As características relacionais dos médicos são frequentemente relatadas pelos demais trabalhadores das equipes, que afirmam que os usuários mantêm uma boa relação e valorizam os médicos do Programa (OP1, OP2 e OP3). O discurso dos médicos converge com a prática observada nas consultas, visitas domiciliares e demais espaços de interação com os usuários.

Eu entendo que temos que tratar como eu ou como nós gostaríamos que outro médico tratasse a nós como pacientes. Primeiro temos que criar uma boa relação como o paciente. Dar bom dia, falar 'como vai? Tudo bem?'. Então o paciente, com isso, vai se sentir mais querido. Porque muitos comentam que quando vão em outros médicos eles não são bem recebidos. (OF3:M1).

É consenso entre os entrevistados que as consultas mais longas, em que os pacientes dispõem de mais tempo para conversar com os médicos, são motivo de satisfação entre os usuários, que consideram um avanço do PMM. Os participantes entrevistados relatam que alguns pacientes reagiram com surpresa diante da diferença entre os médicos do Programa e aqueles que atuaram na unidade anteriormente quanto ao tempo de consulta (E2 e E3).

A boa relação dos profissionais do Programa com os usuários dos serviços e com os membros das equipes é constantemente citada, assim como sua dedicação (OP1, OP2 e OP3). Há falas que remetem a uma maior proximidade com a população, com o território e com as equipes de saúde, como demonstra o trecho a seguir oriundo da fala de uma assessora que acompanha o trabalho dos médicos:

[...] elas são muito envolvidas com a comunidade. São pessoas que se envolvem muito com os funcionários das unidades, com as agentes. Se convidam para almoçar na casa delas, elas vão, vai numa festinha, elas vão, não tem essa diferença. (E2).

Um dos grandes desafios em torno do trabalho médico no interior das equipes das USF, entre os municípios estudados, refere-se à dedicação exclusiva ao trabalho nos serviços (E1, OF1: M1 e OF2). Além da rotatividade de médicos nas equipes de saúde, há um histórico de médicos que trabalham em outras localidades; e, por isso, não cumpriam os horários adequadamente (E4 e E8). O regime exclusivo de dedicação no PMM parece facilitar a participação dos médicos em muitas atividades relacionadas com o trabalho (OP1, OP2 e OP3).

Nas unidades onde há mais de um médico, os usuários costumam solicitar atendimento com os mesmos profissionais (participantes do Programa), o que indica a criação de vínculo (OP1, OP2 e OP3). Em períodos de férias, por exemplo, os pacientes costumam reclamar muito da ausência desses profissionais, às vezes se negando a serem atendidos por outros médicos, conforme nos relata um gerente de unidade, uma médica do Programa e assessores de secretaria de saúde (E2, E8 e M2).

A possibilidade de ser atendido regularmente pelo mesmo profissional em procedimentos de rotina constitui um dos requisitos para a criação de vínculo longitudinal¹⁵, e a demanda da população por atendimento desses mesmos médicos, devido à qualidade que reconhecem em seus atendimentos, é um componente que demonstra o alcance desse atributo. Foi relatado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que a disponibilidade dos médicos do Programa para realizar visitas domiciliares está relacionada com o aumento da frequência dos usuários no serviço e maior aceitação aos tratamentos propostos, uma vez que os pacientes se sentem mais valorizados com a visita desse profissional (OF2 e GF1).

CRIAÇÃO DE VÍNCULO TERAPÊUTICO

Os médicos do Programa afirmam que a criação de vínculo com os pacientes é essencial para o cuidado em saúde, sendo unânimes em afirmar que se trata de uma premissa do trabalho da ESF (OF1: M1, OF3: M2, M3).

Os vínculos são em todos os pilares. Na consulta individual, na visita domiciliar, nas palestras coletivas, nas capacitações, então todos os profissionais estão criando vínculo o tempo todo. No acolhimento. O acolhimento é a primeira parte do vínculo. Quando a gente vê que o vínculo deu certo é quando o paciente vê que a unidade de saúde é sua segunda casa. Quando ele tem a confiança da unidade de saúde como sua segunda casa. (OF1: M1).

A disponibilidade de tempo e escuta atenciosa são características das relações interpessoais que contribuem para práticas que favorecem a criação de vínculos, uma vez que permite aos usuários se expressarem livremente, sanar eventuais dúvidas e sentirem-se valorizados e respeitados¹⁵. Sobre essa questão, os médicos acompanhados salientam que o primeiro contato com o paciente é essencial para efetivar uma relação de confiança (OF1: M1, OF3: M2, M3).

Às vezes você tem que falar alguma coisa que nada tem a ver com a medicina, falar de outra coisa. Esse primeiro contato é muito importante, porque desse primeiro contato a pessoa decide se volta ou não volta. Ou como vai voltar na próxima vez. Desse primeiro contato se deriva se o paciente vai fazer o tratamento, ou se não vai fazer o tratamento, se vai seguir suas indicações ou não. (OF3: M1).

Um desafio frequentemente relatado pelos profissionais do Programa consiste em insistir na realização de uma escuta atenta diante da grande demanda de atendimentos (OF1: M1, OF3: M2, M3). Os médicos concordam que se trata de um número excessivo e que isso dificulta a realização de outras atividades ligadas

à prevenção e promoção em saúde a partir da abordagem de grupos (OF1: M1, OF3: M2, M3, OP1, OP2 e OP3).

INTERAÇÃO COM O TERRITÓRIO E VISITAS DOMICILIARES

O envolvimento comunitário é apontado pelos entrevistados participantes do estudo enquanto característica da atuação dos médicos do Programa. Ao se disporem a participar de eventos no território, realizar visitas domiciliares com mais frequência e aceitar convites da população para, por exemplo, ‘tomar um café’ ou ‘participar de festinhas’, os médicos desenvolvem uma relação muito próxima com os pacientes (E1, E2, E3, E5, GF1, OP1, P2 e OP3). Segundo os atores entrevistados, tal relação é valorizada tanto pela população atendida quanto pelos membros das equipes de saúde. Um dos participantes ligado ao nível de gestão relata que “*a melhor forma de expressar a característica das médicas é o alto grau de envolvimento comunitário*” (E4).

Os médicos do Programa compreendem as visitas como parte da rotina e se dispõem com facilidade quando solicitados por outros profissionais da equipe (OF1:M1, OF3:M2, M3, OP1, OP2 e OP3). A experiência com os médicos do Programa, enfermeiras e ACS permitiu compreender que as visitas domiciliares representam momento importante do cuidado em saúde, dotado de vários significados (OP1, OP2 e P3). Foi possível acompanhar inúmeras situações nas quais as pessoas recepcionavam os médicos, as enfermeiras e os ACS de forma calorosa e amigável, convidando-os a permanecer por mais tempo em suas casas (OP1, OP2 e P3).

Na ocasião de uma visita acompanhada em campo, o médico foi convidado para almoçar na casa de um casal de idosos, e foi preciso muita insistência e explicação de que havia mais visitas a serem feitas para convencer essas pessoas de que o médico não poderia ficar por mais tempo (OP2). Em outra visita para acompanhar um homem adulto acamado com

muitas feridas nas pernas, os familiares e o próprio paciente também se emocionaram ao agradecer a forma atenciosa com que a médica do Programa tratou seu caso, sobretudo por não se incomodar com o aspecto de sua perna e examiná-la (OP3).

Essas manifestações da boa relação e receptividade dos pacientes são aspectos convergentes com o atributo de longitudinalidade, por proporcionar a criação de vínculo terapêutico baseado em afetividade e confiança e uma perspectiva de satisfação com a constância e qualidade do atendimento recebido¹⁵. A ida dos médicos ao território onde as pessoas vivem também parece contribuir para relações menos horizontalizadas, além de favorecer uma compreensão sobre aspectos cotidianos dos modos de vida delas, favorecendo a criação de vínculos.

Integralidade

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Os profissionais médicos oriundos do PMM têm um papel importante na composição das equipes acompanhadas neste estudo, mas não reproduzem a hierarquia tradicional presente na relação entre médico e os demais trabalhadores da saúde²⁷ (OP1, OP2 e OP3). Os médicos do PMM buscam em sua prática profissional estabelecer relações mais horizontais em relação aos demais membros das equipes, nas diversas atividades cotidianas, conforme observação realizada e relatos dos entrevistados (E1, E2, E3, E5, GF1, OF2, OP1, OP2 e OP3).

A minha relação com meus colegas de trabalho é muito diferente das relações que os outros médicos tinham. Muda a perspectiva dos pacientes ao ver o médico e dos meus colegas de trabalho também. Meus colegas de trabalho não têm receio de me fazer uma pergunta, eles não têm o pé atrás comigo, eles sabem que podem contar comigo, sabem que não vou molestá-los

por alguma coisa que ache que seja bobeira. Eles sabem que a partir do momento que eu cheguei aqui era para trabalhar em equipe. (OF1: M1).

É comum que outros profissionais recorram aos médicos do Programa para tirar dúvidas ou passar-lhes informações em qualquer momento que seja necessário. Por diversas vezes, foi possível presenciar ACS e enfermeiros entrarem para conversar com os médicos nos consultórios, sem que isso gerasse quaisquer constrangimentos (OP1, OP2 e OP3).

As dinâmicas das reuniões de equipe eram conduzidas por enfermeiros e ACS, de forma que os médicos colaborassem para discussões sobre os casos, mas sem que seu discurso fosse o condutor das ações ou se sobrepusesse aos outros profissionais (OP1, OP2 e OP3). Nas reuniões acompanhadas, os médicos aproveitavam para realizar tarefas como renovações de receitas e pedidos de exames, o que parece impedir a participação mais ativa nestes espaços (OP1, OP2 e OP3). O fato de os médicos terem que lidar com muitas tarefas mesmo durante os espaços das reuniões de equipe pode indicar o grau de importância que esses profissionais adquirem nas equipes de saúde da família, já que muitas atividades da equipe dependem de suas decisões.

Por outro lado, demonstra o quanto eles estão envolvidos com as atividades relacionadas com a alta demanda por assistência, o que lhes obriga a preencher um número muito grande de documentos. Essa ambiguidade revela o quanto é complexa a questão em torno do papel dos médicos nas equipes de saúde, e o quanto suas atribuições podem acabar se limitando ao conjunto de processos secundários relacionados com a demanda assistencial.

DISPUTAS IDEOLÓGICAS E IMPLICAÇÕES NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Segundo os atores entrevistados, houve episódios de preconceito e resistência de outros médicos da rede municipal no início da implantação do Programa (E1, E2, E3, E8, OF1:

M1, OF2). Em um dos municípios estudados, um dos médicos brasileiros se negava a cumprimentar os médicos cubanos, e ainda criticava a formação desses profissionais (E1).

Em um dos casos acompanhados, percebeu-se a diferença sensível entre a concepção de trabalho em saúde do médico do Programa e um profissional de enfermagem, que por vezes se manifestava nas reuniões de equipe e demais espaços de diálogo (OP2 e OF1: M1). Por apresentarem posicionamentos políticos distintos, havia casos de discussões entre esses profissionais, que acabavam discordando durante a condução dos casos, em que o médico manifestava um posicionamento e discurso político de defesa do direito à saúde, enquanto o outro profissional se concentrava mais na dimensão prática e demandas imediatas trazidas pela população, afirmando que a postura do médico era mais idealista do que prática (OP2 e OF1: M1).

Estas diferenças em relação às perspectivas de trabalho e posições políticas podem acarretar entraves para estratégias que necessitem de integração entre relações e práticas, elementos necessários para um trabalho em grupo sinérgico. A comunicação entre os membros da equipe busca estabelecer, a partir de constante diálogo, caminhos em comum entre os profissionais, de forma a assegurar uma maior qualidade na oferta de atenção integral²⁸.

Não é possível, todavia, reduzir os conflitos observados às questões típicas do trabalho em grupo. O advento do PMM transpôs para o interior das equipes de saúde uma acirrada disputa política e ideológica presente na sociedade brasileira atual, como é possível constatar na forma pela qual os veículos midiáticos e as organizações médicas reagiram à implementação do Programa, notadamente em relação aos profissionais oriundos de Cuba^{28,29}.

RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO ADSCRITA

Aspectos como a centralidade do processo de trabalho nos usuários, a compreensão ampliada e sensível acerca das suas necessidades

e a atenção à dimensão ética e política não parecem nortear o trabalho cotidiano nos casos estudados (OP1, OP2 e OP3). Há entre parte dos membros das equipes acompanhadas referencial moralizante no trabalho em saúde, que muitas vezes atribui culpa aos usuários por aspectos como sua situação de pobreza, arranjos familiares tidos como não tradicionais, a ausência em atividades propostas ou tratamentos oferecidos (OP1, OP2, OP3, GF1, OF1: M1 e OF2). É possível identificar ainda um discurso autocentrado, o que parece indicar um individualismo no que tange à perspectiva do trabalho no interior das equipes da saúde (OP1, OP2, OP3, GF1, OF1: M1 e OF2). Essa tendência à construção de identidades restritas a seus próprios núcleos de saber torna difícil a interação em espaços constituídos por profissionais de diferentes formações³⁰.

Não foi observada, por parte dos profissionais médicos, estratégia específica para lidar com a questão da formação de outros membros das equipes (OP1, OP2, OP3), uma atribuição que lhe é conferida nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁷. Em muitos espaços em que tais características emergiram (perspectiva moralizante em relação aos pacientes, ausência de uma concepção ampliada de saúde que envolva a consideração das desigualdades sociais), como nas reuniões de equipe, os médicos do Programa não realizaram mediações, a despeito de suas próprias concepções e práticas apontarem para uma compreensão ampliada de saúde (OP1, OP2, OP3, OF1: M1, OF3, M2 e M3). Esse é um aspecto problemático que emerge dos casos acompanhados, uma vez que a integralidade do cuidado tem como um de seus eixos a capacidade e sensibilidade por parte da equipe em compreender a demanda de atenção à saúde, de modo a responder de forma mais ampla possível, ou a habilidade de distinguir diferentes necessidades da população e indivíduos³¹.

É importante ressaltar que os médicos do Programa recebem supervisão profissional, além de realizarem curso sobre a ESF,

diferentemente dos outros membros das equipes³². Essa possibilidade de formação parece aprofundar as diferenças entre as perspectivas de trabalho em saúde dos demais profissionais das equipes e médicos do PMM.

PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA

Foi possível acompanhar ações de promoção e educação em saúde para grupos específicos de idosos, gestantes e pessoas tabagistas (OP1, OP2 e OP3). A participação dos médicos do Programa nesses grupos é restrita, pois a alta demanda por atendimentos ocupa a maior parte da agenda desses profissionais (OP1, OP2, OP3, OF1: M1, OF3: M2, M3). Enfermeiros, ACS, estagiários e outros profissionais da rede são responsáveis pela condução dos grupos, que também varia em função da existência de programas municipais de promoção da saúde (OP1, OP2 e OP3).

Um dos médicos do Programa relata que, a partir de sua chegada, houve um esforço em planejar as ações e ofertas de atenção à saúde que rompessem com o excessivo número de demandas espontâneas na unidade e a ênfase na perspectiva curativa (OF1: M1). Foram feitas análises de demanda para organização da agenda de modo a organizar o atendimento a gestantes, puérperas, pessoas com diabetes e hipertensão, além de abrir a possibilidade para a realização de grupos de promoção e educação em saúde com o médico (OF1: M1). Ainda com esse esforço, é difícil para o médico dispor de tempo e planejamento adequado para realização dessas atividades.

Essas ações convergem com o eixo das finalidades da integralidade, que se articula com o eixo das necessidades¹⁷, uma vez que a sensibilidade das equipes e a capacidade para responder as diferentes demandas da população se dão mediante o alcance e a oferta de ações adequadas para cada caso.

Nos casos acompanhados, há a oferta de ações de prevenção e de promoção da saúde por meio de grupos, indo além do atendimento às demandas assistenciais imediatas,

mas os profissionais médicos acabam se restringindo a atendimentos individuais dada a grande demanda dos serviços (OP1, OP2 e OP3). Mattos³¹ compreende que é por meio da articulação entre a capacidade de ofertar assistência a um determinado sofrimento e a oferta de ações ou procedimentos de caráter preventivo que se constitui uma das dimensões da integralidade. Embora haja espaços coletivos para estratégias de prevenção e promoção, impera nas unidades a ênfase na dimensão assistencial individual, dado o número reduzido de participantes dos grupos estabelecidos e a grande demanda diária de atendimentos (OP1, OP2 e OP3).

AÇÕES CONJUNTAS COM A REDE DE SERVIÇOS

A oferta de atenção em saúde integral pode se dar de forma articulada com outros níveis de cuidado, uma vez que determinadas ações podem não ser oferecidas na própria unidade básica¹⁴. Os médicos entrevistados relatam muita dificuldade em dar seguimento aos pacientes encaminhados, em função da indisponibilidade do atendimento com especialistas quando demandados e da dificuldade de comunicação com os profissionais da rede (OF1: M1 e OF3: M2, M3). A referência e a contrarreferência dificilmente ocorrem, sendo esta última quase inexistente nos casos estudados (OP1, OP2 e OP3).

Os ACS e os médicos do Programa afirmam que os próprios usuários trazem as informações recebidas durante atendimento de outros profissionais e serviços (OF1: M1, OF3: M2, M3, GF1 e OF2). Foi ainda relatado que os profissionais do PMM já foram vítimas de preconceito por parte de outros profissionais médicos da rede de saúde, que os acusavam de ser 'pouco profissionais' e ignoravam as informações repassadas dos pacientes encaminhados sob sua responsabilidade (OF2, OF3: M2, M3).

As características estruturais necessárias para o alcance da integralidade devem ser levadas em consideração, uma vez que os limites físicos relacionados com o acesso

podem configurar barreiras que comprometem o alcance da integralidade³³. Dada esta relação entre as dimensões do acesso e integralidade, é importante verificar as dimensões estruturais do acesso, já que a existência de recursos que possam responder às demandas solicitadas são condições para a oferta de uma atenção à saúde integral³³.

Dados os objetivos deste estudo, não foi realizada uma análise que pudesse avaliar conjuntamente o atributo de acesso e integralidade, mas as dificuldades apontadas pelos participantes indicam a existência de limites estruturais de acesso.

RELAÇÃO COM AS EQUIPES DE MATRICIAMENTO

Somente em um dos municípios foi observado trabalho do médico do Programa em parceria com profissionais de apoio matricial de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Foram acompanhadas reuniões de equipe com profissionais desses serviços, sendo possível identificar um esforço por parte das equipes de matriciamento em auxiliar o trabalho na atenção básica (OP2).

Foi possível constatar situações em que ocorreu o chamado obstáculo epistemológico, que dificulta o trabalho entre equipes de referência e equipes de matriciamento por confrontar referenciais distintos sobre o processo saúde-doença³⁰. A forma como uma profissional do Nasf compreendia a demanda de um caso atendido em conjunto era tido por algumas ACS e enfermeiras como pouco útil e pouco importante, chegando até mesmo a desqualificar as contribuições dessa profissional, que chamava a atenção para aspectos relacionados com as desigualdades sociais para compreensão do caso acompanhado (OP2, OP3 e OF2). Por outro lado, foi possível verificar um trabalho colaborativo entre um médico do Programa e um médico psiquiatra de um Caps que acompanhava um caso grave no território (OP2). Nesse caso, o médico psiquiatra fez uma

série de orientações ao médico do Programa e ao enfermeiro sobre aspectos da psiquiatria, auxiliando na condução do caso pela equipe de referência.

Foi observada disponibilidade dos médicos do PMM em trabalhar com outros profissionais da rede, ao passo que outros profissionais criticaram a atuação das equipes de matriciamento (OP2, OP3 e OF2).

Conclusões

Neste estudo, foi observada a existência de boa relação entre médicos e usuários, e a valorização destes em relação aos cuidados recebidos. O acolhimento atencioso e humanizado foi um dos traços marcantes observados e relatados. Os médicos acompanhados orientam suas práticas para a criação de vínculo de responsabilização e respeito com os pacientes atendidos, mas lidam com dificuldades para realizar o acompanhamento de usuários que são encaminhados para outros serviços ou especialidades da rede de saúde, devido à falta de contrarreferência.

O trabalho das equipes de saúde se beneficiou com a presença dos médicos nas unidades, pois a boa relação estabelecida facilita o fluxo de informações e decisões acerca do acompanhamento de cada caso, que é feito em conjunto com enfermeiros e ACS. A permanência dos médicos nas unidades de saúde também auxilia no acompanhamento e na criação de vínculos com usuários, visto que a alta rotatividade e o não cumprimento da carga horaria foram tidos como elementos que dificultavam o trabalho das equipes antes da implementação do Programa. Dessa forma, é possível asseverar que o advento do PMM produziu efeitos positivos na dimensão prática do atributo de longitudinalidade do cuidado.

Há ainda muitos desafios para consolidar uma atenção pautada pela integralidade no interior dos serviços de saúde que receberam médicos do Programa. São entraves estruturais: o grande volume de atendimentos realizados

pelos médicos, que dificulta a atuação preventiva e educativa com grupos populacionais e reafirma a ênfase na assistência curativa e individual; problemas relacionados com a própria rede de serviços, que dificultam a articulação entre os diferentes níveis de atenção; e a ausência de uma perspectiva da integralidade enquanto atributo da atenção primária por parte das equipes.

Foram constatados ainda problemas relacionados com a rede de serviços, que inviabilizam a articulação entre os diferentes níveis de atenção devido à dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas e de obter informações dos casos encaminhados. O pouco número de especialistas nas redes municipais, as filas para atendimento e uma cultura de pouca comunicação entre os diferentes níveis foram apontados pelos participantes enquanto principais desafios. Foram observadas algumas experiências exitosas em relação ao trabalho com equipes de apoio matricial, mas, em geral, essa articulação está pouco estruturada e ainda falta clareza em relação aos papéis desempenhados por cada ator.

Gestores, equipes e usuários parecem ter criado um padrão de atendimento e dedicação dos médicos, baseado na humanização do atendimento, consultas mais longas, disponibilidade do médico para trabalho de dedicação exclusiva e boa relação com as equipes de trabalho. As preocupações desses agentes em relação à continuidade do Programa e à qualidade de possíveis médicos substitutos

apontam que o PMM tem aumentado a expectativa por uma atenção básica melhor e mais resolutive, o que leva a indagar se esse novo padrão manterá sua influência após possível fim do Programa.

A presença dos médicos do Programa nas equipes tem ampliado o acesso da população ao atendimento médico, mas o modelo da ESF vai além do atendimento assistencial e das capacidades desses profissionais isoladamente. Há, portanto, potencialidades para um trabalho em equipe pautado pela integralidade a partir da inserção de profissionais médicos do PMM que atuam nessa perspectiva, porém, faz-se necessário investir na formação adequada e contínua, que permita às equipes convergir para uma atuação sensível às demandas de saúde da população, a partir de uma concepção ampliada de saúde e seus determinantes.

Colaboradores

Gasparini MFV (0000-0002-5574-9719)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a coleta de dados, a análise e a interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Furtado JP (0000-0001-6605-1925)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França TO, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPES/CIMS/UERJ: ObservaRH; 2011. p. 171-186.
2. Carvalho MS, Souza MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface – Comunicação, Saúde e Educação. 2013 out-dez; 17(47):913-926.
3. Maciel Filho R, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
4. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. Ciênc. Saúde Colet. 2017 jul; 22(7):2237-2246.
5. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP/ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2015.
6. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.
7. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Out 2013.
8. Girardi SN, Stralen ACSV, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2675-2684.
9. Silva BP. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? Ciênc. Saúde Colet. 2016 set; 21(9): 2899-2906.
10. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. Ciênc. Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2749-2759.
11. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. Ciênc. Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2825-2836.
12. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. Ciênc. Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2685-2696.
13. Viera-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
15. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(supl1):1029-1042.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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) [internet]. 2017 set 22. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
17. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(8):1-13.
18. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potenciali-

- dades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(3):861-870.
19. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface (Botucatu)* 2007 dez; 11(23):515-529.
20. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e método.* 2. ed. Porto Alegre: BookMan; 2001.
21. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln Y. Editores. *Handbook of qualitative research.* 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 2000.
22. Lejano RP. Parâmetros para análise de políticas: a fusão de texto e contexto. Campinas: Arte Escrita; 2012.
23. Geertz C. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: LTC; 1989.
24. Lévi-Strauss C. O campo da antropologia. In: Lévi-Strauss C. *Antropologia Estrutural Dois.* 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993. p. 11-40.
25. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
26. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de Quarta Geração.* Campinas: Unicamp; 2011.
27. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 12(2):455-464.
28. Silva VO, Rios DRS, Soares CLM, et al. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. *Saúde debate.* 2018; 42(17):489-502.
29. Luz C, Cambraia CN, Gontijo ED. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. *TradTerm.* 2015 ago; 25:199-233.
30. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007 fev; 23(2):399-407.
31. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública.* 2004 set-out; 20(5):1411-1416.
32. Campos GWS, Júnior NP. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(9):2655-2663.
33. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004 set-out; 20(5):1417-1423.

Recebido em 08/06/2018

Aprovado em 16/12/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo nº 2014/18622-0