

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Cassiano Mendes Franco

**A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção
Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Cassiano Mendes Franco

A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção

Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lígia Giovanella

Segunda orientadora: Prof.^a Dra. Patty Fidelis de Almeida

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F825i Franco, Cassiano Mendes
A integralidade das práticas dos profissionais do Programa
Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no
município do Rio de Janeiro. / Cassiano Mendes Franco. -- 2017.
214 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientadoras: Lígia Giovanella e Patty Fidelis de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integralidade em Saúde.
3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Força de
Trabalho. 5. Recursos Humanos. 6. Sistema Único de Saúde.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 610.7098153

Cassiano Mendes Franco

A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção

Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Maria Helena Machado
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense – Instituto de Saúde Coletiva

Profª. Dra. Lígia Giovanella (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profª. Dra. Patty Fidelis de Almeida (2a. orientadora)
Universidade Federal Fluminense – Instituto de Saúde Coletiva

Suplentes

Profª. Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar em Saúde

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

O presente estudo, originado ainda no contexto das provocações das manifestações de 2013 no Brasil, buscou se debruçar sobre uma das respostas oferecidas às demandas daquela ocasião, mais especificamente o Programa Mais Médicos. Esta busca, trilhada por meio do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, proporcionou sucessivos encontros, que carregaram significados, afetos, perspectivas e abertura para fatos e novidades recriadoras. Seu produto mais palpável é a dissertação ora apresentada, a que se deve à solidariedade das pessoas que marcaram essa construção.

Cabe agradecer, com respeito e carinho, à professora Lígia Giovanella, que acolheu o projeto de pesquisa. A atenção e o cuidado dispensados na orientação do trabalho foram fundamentais em todo o processo dissertação. Seu conhecimento, sua larga e reconhecida experiência na pesquisa, bem como sua disponibilidade e postura de vida serviram de inspiração ao longo de todo esse percurso.

Desejo expressar também a gratidão à professora Patty Almeida, pela orientação em conjunto. Seu acompanhamento com proximidade nesta pesquisa foi sentido com grande afeto, em sua presença doce e ao mesmo tempo didática, aberta, dedicada e companheira. Seu papel foi primordial nos corriqueiros encontros, nas detalhadas e esclarecedoras revisões, nas indicações de leitura e abordagem sobre o objeto de estudo.

Destaco a importância das contribuições do exame de qualificação do projeto de pesquisa, realizado com atenção pelos professores Aluísio Silva Junior e Maria Helena Machado. Ambos trouxeram aportes metodológicos e teóricos relevantes ao estudo.

Agradeço ao Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, por tantas ricas oportunidades de aprendizado durante o Mestrado, em especial aos diversos professores que marcaram essa trajetória e me fizeram refundar conceitos, sobretudo em meio a um período de difícil retrocesso político no Brasil.

Devo mencionar o Ministério da Saúde e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, não apenas por concederem anuência à pesquisa, mas ajudarem com todo o suporte necessário para o acesso ao material e sujeitos do estudo.

Aos médicos participantes e supervisores do Programa Mais Médicos, pela disponibilidade de seu escasso tempo para a participação na pesquisa e, ainda, pela inspiradora dedicação ao trabalho nas comunidades carentes de cuidado médico na Atenção Básica, agradeço.

Gostaria de lembrar, ainda, a contribuição dos professores e preceptores do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial na valorização de uma prática médica voltada para a integralidade, apesar do desafio que tal perspectiva impõe no cotidiano da Atenção Básica do município do Rio de Janeiro. O tempo dedicado neste Departamento ajudou a formular a questão inicial de pesquisa.

Reconheço o valor dos colegas e amigos que me foram dados também por este Mestrado. Cada um soube contribuir em seu modo mais singular ao manifestar seu respeito, solidariedade e companheirismo. Serão sempre lembrados com carinho. Remeto especial atenção ao “grupo do amor”, pela intensa vivência de amizade.

Cito, ainda, Pollyanna, André e Elisa, por ajudarem concreta e afetivamente neste trabalho. E Edimilson (“Ed”), pela amorosa presença e zelo com que compartilhou sua vida comigo em todo o caminho.

*Traduzir-se uma parte
na outra parte
- que é uma questão
de vida ou morte –
será arte?*

GULLAR, 1980, p. 335.

RESUMO

A oferta de profissionais médicos para o cuidado de populações em áreas remotas e desfavorecidas é um dos maiores entraves ao acesso universal à saúde e à adequada atuação das equipes de Saúde da Família. O Programa Mais Médicos (PMM), iniciado em 2013, incluiu 18 mil médicos na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) até 2015, dentre os quais mais de 11 mil cubanos. A polêmica corporativa sobre a participação de médicos estrangeiros no PMM, especialmente os cubanos, envolveu aspectos do mercado de trabalho e da abrangência das práticas profissionais. Considerando que a integralidade é uma diretriz do SUS e um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde, esta pesquisa teve como objetivo analisar a integralidade das práticas no PMM, na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Foi realizado estudo qualitativo na Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2016. A análise da integralidade das práticas foi operacionalizada através de uma matriz composta por duas dimensões: abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária e elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência. Para cada dimensão foram definidos componentes, categorias e indicadores. As fontes de informação foram: entrevistas semiestruturadas com médicos (24), grupo focal com supervisoras PMM (4) e relatórios da Organização Social de Saúde Viva Rio e de supervisão prática do *webportfólio* do PMM. Os resultados identificam a presença, em diferentes graus, de todos os atributos da integralidade das práticas operacionalizados na matriz, tanto na dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária quanto do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Os médicos cubanos, com maciça participação no PMM, apresentam perfil compatível para a atuação na Atenção Básica, pois executam um leque amplo de ações e serviços e são atentos às demandas sociais e epidemiológicas do território. Os profissionais possuem marcada capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de ações e bom relacionamento interpessoal, identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade da atenção. A pesquisa contribui para a compreensão sobre as práticas no Programa Mais Médicos, percebendo-se um impacto positivo sobre a integralidade. Apontam-se fortes indícios de que o PMM, além do acesso às consultas médicas, tem possibilitado a oferta de cuidados integrais em saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

The supply of medical professionals in remote and disadvantaged areas is one of the major barriers to universal access to healthcare and to the proper development of Family Health teams. The More Doctors Programme (PMM), created in 2013, added 18.000 doctors to the Primary Care of the Unified Health System (SUS), among whom more than 11.000 Cubans. The controversies over the participation of foreign doctors in PMM, especially Cubans, involved aspects of the labor market and the scope of practices. Taking into consideration that comprehensiveness is a principle of SUS and an essential attribute of the Primary Health Care, this research aims to analyze the comprehensiveness of the professional practice in PMM, in the municipality of Rio de Janeiro. A qualitative study was carried out in the 3.1 Programme Area of the municipality of Rio de Janeiro, between 2013 and 2016. The comprehensiveness of the professional practice analysis was conducted through a matrix composed of two dimensions: 1) bio-psychosocial and community orientation approach; 2) wide and integrated range of health promotion, disease's prevention and care actions. For each dimension, components, categories and indicators were defined. The information sources were: interviews with participant doctors (24), focus group with supervisors (4), Social Health Organization provider reports and national web-portfolio of PMM. The results identified the presence, in varying degrees, of all the attributes of comprehensiveness of practices in both dimensions. Cuban physicians present a compatible profile for the performance in Primary Care, since they executed a wide range of actions and services and are attentive to the social and epidemiological demands of the territory. The professionals present strong ability for community orientation, preventive focus, planning of actions and good interpersonal relationship, identifying "user embracement", bonding, accountability and quality of care. The research has contributed towards a better understanding of the More Doctors Programme practices, noting a positive impact of the effects of comprehensiveness. There are evidences that the Programme has gone beyond guarantying access to medical appointments, enabling the supply of comprehensive health care and the strengthening of the Unified Health System (SUS).

Keywords: Primary Health Care; Integrality in Health; Health Knowledge, Attitudes and Practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fatores que influenciam a atração e fixação da força de trabalho em saúde.....	23
Figura 2	Distribuição de médicos, segundo local de domicílio ou trabalho, Brasil, 2000 a 2009.....	26
Figura 3	Número de médicos e porcentagem da população coberta pelos médicos do programa nos municípios brasileiros, julho de 2014.....	33
Figura 4	Mapa das Áreas Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	37
Figura 5	População por subsistema da AP 3.1, Rio de Janeiro, RJ, 2010.....	72
Figura 6	Rede de atenção à saúde da AP 3.1, Rio de Janeiro, RJ, 2012.....	73
Gráfico 1	Equipes de Saúde da Família na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro (total e com médicos do PMM), por trimestre, novembro de 2013 a dezembro de 2015.....	75
Gráfico 2	Equipes de Saúde da Família na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro (total e com médicos do PMM), por trimestre, novembro de 2013 a dezembro de 2015.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição (absoluta e percentual) dos médicos participantes do PMM por AP e quantitativo de UBS com PMM por AP, Rio de Janeiro, 2015.....	40
Tabela 2	Relação de UBS e EqSF, totais e com PMM, por subsistema da AP 3.1, Rio de Janeiro, 2015.....	73
Tabela 3	Formação complementar dos médicos do PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, junho e julho de 2016.....	79
Tabela 4	Experiência em missões estrangeiras, quanto a locais, número e tempo cumulativo dos médicos cubanos do PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, junho a julho de 2016.....	80
Tabela 5	Equipamentos culturais e sociais relevantes do território segundo médicos PMM, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, 2016.....	83
Tabela 6	Riscos sociais referidos pelos médicos PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, 2016.....	85
Tabela 7	Doenças destacadas pelos médicos PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, 2016.....	87
Tabela 8	Posturas e técnicas adotadas para abordagem centrada na pessoa, segundo médicos PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, 2016.....	93
Tabela 9	Média de consultas com inserção de dispositivo intrauterino por 1000 mulheres de 15 a 49 anos, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	122
Tabela 10	Consultas de planejamento familiar por 1000 mulheres de 15 a 49 anos, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	122
Tabela 11	Porcentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	123
Tabela 12	Porcentagem de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	125

Tabela 13	Percentagem de consultas de usuários cadastrados realizadas pelo médico da EqSF, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	126
Tabela 14	Percentagem de gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	131
Tabela 15	Percentagem de gestantes com registro de VDRL até a 24 ^a semana de gestação, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	132
Tabela 16	Percentagem de crianças de 1 ano com cinco consultas ou mais de puericultura, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	132
Tabela 17	Percentagem de diabéticos com hemoglobina glicada inferior ou igual a 9%, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015.....	133
Tabela 18	Percentagem de hipertensos com dois ou mais registros de pressão arterial (pelo menos um inferior a 150/90mmHg) por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015..	133
Tabela 19	Informações gerais sobre os relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	160
Tabela 20	Registros por tema na seção “processo de trabalho” nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	160
Tabela 21	Categorias do tema “trabalho no território”, na seção de processo de trabalho, nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	160
Tabela 22	Categorias do tema “acolhimento dos usuários e organização da agenda”, na seção de processo de trabalho, nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	161
Tabela 23	Categorias do tema “reunião de equipe”, na seção de processo de trabalho, nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do	162

	Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	
Tabela 24	Média de avaliação por item da seção “atuação do médico” nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	164
Tabela 25	Média de avaliação por médico por item da seção “atuação do médico” nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	164
Tabela 26	Frequência das categorias identificadas quanto a aspectos negativos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	165
Tabela 27	Categorias mais identificadas por semestre quanto a aspectos negativos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	166
Tabela 28	Frequência das categorias identificadas quanto a aspectos positivos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	168
Tabela 29	Categorias mais identificadas por semestre quanto a aspectos positivos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015.....	169
Tabela 30	Categorias e indicadores de análise segundo as considerações expressas pelas fontes de pesquisa.....	173

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Eixos do PMM e ações previstas pela Lei 12.871/13.....	29
Quadro 2	Dimensões e componentes da integralidade nas práticas.....	57
Quadro 3	Matriz de análise integralidade das práticas.....	61
Quadro 4	Grupos de ações selecionados, respectivas condições escolhidas e indicadores elaborados.....	67
Quadro 5	Potencialidades e fragilidades dos componentes das dimensões da integralidade das práticas dos médicos PMM, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, 2016.....	177

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Programa de Financiamento Estudantil
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEDICC	Medical Education Cooperation with Cuba
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PCATool	Primary Care Assesment Tool
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PHAMEU	Primary Health Care Activity Monitor for Europe
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
Promed	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de

	Medicina
Prova	Programa de Valorização da Atenção Básica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
Requalifica	Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
UBS	
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO.....	26
2.1 – A crise da força de trabalho em saúde.....	26
Contexto global.....	26
Contexto brasileiro.....	28
2.2 – O Programa Mais Médicos (PMM)	31
O surgimento do PMM.....	31
Caracterização do Programa Mais Médicos.....	33
A implementação do PMM, suas repercussões e desafios.....	35
O PMM no município do Rio de Janeiro	40
2.3 – Médicos de Cuba	45
O sistema de saúde cubano.....	46
A prática médica na Atenção Básica em Cuba.....	49
A formação dos médicos cubanos	51
As missões estrangeiras.....	52
2.4 – A importância da integralidade como enfoque para análise do PMM.....	54
As dimensões da integralidade	56
3. METODOLOGIA	65
3.1 – A matriz de análise.....	65
3.2 – Fontes de informação e análise dos dados	68
Entrevistas semiestruturadas	69
Grupo focal.....	70
Relatórios assistenciais e de prestação de contas da OSS Viva Rio	71
<i>Webportfólio</i> da plataforma da UNA-SUS.....	74
3.3 – Considerações éticas.....	76
4. RESULTADOS	78
4.1 – O PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro: panorama geral do campo e dos sujeitos da pesquisa	78
O território selecionado.....	78
O campo de pesquisa.....	82
Perfil dos médicos participantes e das supervisoras do PMM	84

4.2 – Integralidade das práticas: a dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária	88
Consideração da dinâmica territorial	88
Centralidade no sujeito e sua autonomia	98
Intersetorialidade	109
Valorização dos determinantes sociais	112
Participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde	117
Síntese da dimensão “abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária”	121
4.3 – Integralidade das práticas: a dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde	122
Carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência	123
Atenção à demanda espontânea e programada	131
Prestação de serviços em diversos cenários	141
Integração com outros serviços de saúde	143
Interdisciplinaridade	148
Planejamento das intervenções e utilização de protocolos assistenciais	154
Síntese da dimensão “elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde”	159
4.4 – A experiência no PMM: considerações dos médicos e supervisoras	160
4.5 – A integralidade das práticas a partir dos relatórios de supervisão	167
5. POSSIBILIDADES, AVANÇOS E DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO PMM	179
5.1 – Abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária	186
5.2 – Elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
Apêndice A: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	215
Apêndice B: ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	217

1. INTRODUÇÃO

A busca dos princípios da universalidade, integralidade e descentralização, a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) exigiu mudanças no perfil da força de trabalho em saúde e no quantitativo necessário para atender às necessidades de saúde da população (Teixeira, Oliveira e Arantes, 2012). O incentivo à expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), reforçou a demanda por força de trabalho qualificada, em consonância aos preceitos do SUS, bem como a premência de políticas para a atração e fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos, em áreas de maior vulnerabilidade social, como zonas rurais, comunidades ribeirinhas e periferias de grandes centros urbanos.

A fixação e qualificação de profissionais médicos para a APS é reconhecidamente um dos maiores entraves à adequada atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF), decorrente de múltiplos fatores, como: condições de trabalho adversas, vínculos trabalhistas precários, remuneração aquém das expectativas, chances reduzidas de progressão de carreira, baixo reconhecimento social na categoria médica e ausência de formação compatível com o modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família (Giovanella e Mendonça, 2012).

A descentralização, que, por um lado, permitiu uma diversidade de experiências em vários casos exitosas e mais próximas das realidades locais, por outro, em um contexto de reforma neoliberal do Estado brasileiro, possibilitou a multiplicidade de formas de contratação de profissionais e a heterogeneidade de infraestrutura e condições de trabalho (Almeida, 2015), o que minimizou a capacidade de atração da força de trabalho em saúde para a Atenção Básica no SUS. Ademais, a lacuna da regulação estatal no mercado de trabalho em saúde, mormente na medicina, que ainda detém forte poder de autorregulação, representa mais um fator que dificulta a atração e fixação de médicos em áreas prioritárias para o SUS (Rodrigues et al, 2013).

Tendo como cenário os desafios acima mencionados, a presente proposta de estudo começou a ser delineada em meados do ano de 2013, envolta pelo intenso debate acerca do anunciado Programa Mais Médicos e no contexto das manifestações populares que reivindicavam respostas urgentes para o enfrentamento dos reconhecidos problemas de acesso a um sistema público de saúde universal e de qualidade. Naquele momento, partindo da experiência como médico de família, as inquietações em relação à recente política de provimento de profissionais médicos se intensificaram, sobretudo, no que se refere às possibilidades de atuação em conformidade com os atributos essenciais da APS (Starfield, 2002). Nesse

sentido, uma primeira indagação foi: a política de provimento emergencial de médicos poderia contribuir para consolidar a Atenção Primária à Saúde ou para afastá-la de seus princípios? Assim, a escolha do objeto de pesquisa esteve associada tanto às vivências como médico de família, como também pela inserção em processos de formação de médicos na Atenção Básica.

A percepção da dificuldade de desenvolver e também praticar, no cotidiano dos serviços, a integralidade sempre esteve presente. Por sua complexidade na apreensão do conceito, pela base paradigmática do modelo clínico anatomopatológico na cultura médica e pelas fragilidades da organização do sistema, alcançar a integralidade no dia a dia da assistência exige um contínuo reprocessamento do pensar e agir e, muitas vezes, necessidade de desgastante enfrentamento do modelo médico corrente, que ainda se pauta por uma visão hospitalocêntrica.

Na atuação como supervisor do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) e como tutor do curso de especialização em Saúde da Família, obrigatório aos médicos deste programa, foi possível vislumbrar alguns desafios na consecução de uma APS integral, em especial na política de provimento de recursos humanos. Médicos recém-formados, atraídos pelo bônus em concursos de residência médica em outras áreas, eram alocados em unidades com as piores condições de infraestrutura, processo de trabalho e gestão, com população adscrita vulnerável e superdimensionada para a capacidade da Saúde da Família. Entre os alunos do curso de especialização, observava-se a inquietude com o nítido contraste entre o preconizado e a realidade da Atenção Básica. Havia vantagens, como a presença do profissional médico e a orientação das práticas mais alinhadas aos preceitos da ESF, porém os resultados eram bastante limitados pelas condições e processos de trabalho, pela baixa motivação e inadequada formação do médico, além do caráter transitório e de baixa governabilidade do referido Programa sobre a organização dos serviços.

Neste percurso, com a instituição do Programa Mais Médicos (PMM), diante das dificuldades que, na experiência, já se observava, ganhou ênfase o desejo de compreender as formas de inserção dos médicos no cotidiano dos serviços de APS, principalmente no que se refere às práticas destes profissionais e a busca pela integralidade. A inserção no mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, que se somou a mais uma experiência profissional como supervisor do PMM no interior do estado do Rio de Janeiro, criou espaço favorável para a reflexão sobre as questões colocadas e para o desenvolvimento de pesquisa acadêmica.

Uma das impressões mais marcantes como supervisor do PMM recaiu, justamente, na

conjuntura desfavorável ao cumprimento da integralidade da atenção. Os médicos participantes, sobretudo os brasileiros, apresentavam fortes obstáculos ao atendimento de todos os ciclos de vida, ao planejamento de ações e discussões de projetos terapêuticos em equipe, ao monitoramento de indicadores de saúde do território, à realização de grupos, de visitas domiciliares e até mesmo de consultas programadas. Por outro lado, inseriam-se em municípios cuja gestão dos serviços de saúde estimulava a fragmentação da assistência, seja atribuindo tarefas voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde somente aos enfermeiros das equipes (como planejamento de ações e consultas a grupos programáticos), seja valendo-se de especialistas para a atenção de determinados pacientes, com frágil estruturação da rede, problemas relativos à coordenação do cuidado, com importantes repercussões na integralidade.

Ademais, a integralidade tem sido apontada por diversos pesquisadores (Silva Junior et al, 2015; Almeida, 2015; Conill, 2004; Spedo, 2009; Giovanella, 2008) e gestores como um dos mais desafiantes princípios para a consolidação do SUS em seus quase trinta anos de implementação. Neste sentido, investigar e indagar aspectos da integralidade, em qualquer política de saúde, faz-se necessário, sobretudo no PMM, dada suas especificidades na forma de inserção nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) e por sua capilaridade no território nacional.

O PMM, de acordo com os objetivos estabelecidos em lei, mesmo no eixo da provisão emergencial de médicos – conforme será caracterizado em capítulo adiante – possui um caráter de formação e adequação das práticas. Assim, importa conhecer como, no escopo da prática médica na APS, dentro do contexto do PMM, o princípio da integralidade se constitui.

A desafiante tarefa de trabalhar sob a perspectiva da integralidade no cuidado, dentro de um programa que se preocupa em suprir médicos para o funcionamento efetivo das prerrogativas da APS, foi, então o desafio deste trabalho. O **objetivo geral** foi analisar a integralidade nas práticas médicas, dos profissionais do PMM, na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Como **objetivos específicos**, buscou-se identificar elementos da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, na prática dos profissionais do Programa Mais Médicos; descrever e analisar o elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência ofertado pelos profissionais do Programa Mais Médicos; e identificar avanços e desafios para o alcance da integralidade nas práticas dos profissionais do PMM na APS no município do Rio de Janeiro.

O estudo compreendeu o período de 2013 a 2016, correspondendo ao tempo inicial previsto para o programa de provisão emergencial. O esforço aqui empreendido foi entender o

modo de atuação, na ótica da integralidade, dos profissionais incorporados por meio do PMM.

A escolha do campo da pesquisa – o município do Rio de Janeiro – deveu-se não apenas à experiência prévia do pesquisador como médico da ESF, mas também pela projeção política, econômica e cultural da cidade; pela rápida e expressiva expansão, desde 2009, da cobertura da Atenção Básica, com investimentos na qualificação (Harzheim, 2013); e pela elevada concentração de profissionais do PMM na cidade que absorveu cerca de 24% dos 617 médicos alocados no estado fluminense até 2015 (Brasil, 2015a).

A dissertação está estruturada da seguinte forma: após a introdução, o capítulo 2 oferece subsídios para uma melhor compreensão do problema de pesquisa. São apresentados aspectos do contexto da crise da força de trabalho em saúde no mundo e no Brasil, com foco particular na APS; surgimento, caracterização normativa, implementação, repercussões e desafios do Programa Mais Médicos, bem como sua inserção no município do Rio de Janeiro; um delineamento sobre o sistema de saúde cubano, além da prática na Atenção Básica, formação e missões dos médicos de Cuba – importantes atores do PMM; e o tema da integralidade, enfatizando o campo das práticas.

O capítulo 3 aborda a metodologia da pesquisa, que se constituiu em um estudo de caso de uma área selecionada do município do Rio de Janeiro. Detalha-se a elaboração da matriz de análise, com suas dimensões, componentes e categorias que operacionalizaram o conceito de integralidade das práticas adotado, assim como as fontes de informação, que consistiram de entrevistas com médicos do PMM, grupo focal com supervisoras do PMM, indicadores extraídos de dados do prontuário eletrônico disponibilizados pela Organização Social de Saúde que administra a região e, por fim, relatórios de supervisão depositados em *webportfólio* do Programa.

O capítulo 4 traz os resultados, apresentados por meio de cinco eixos. Primeiramente, um panorama geral do campo e dos sujeitos de pesquisa, em seguida os achados das entrevistas, grupo focal e indicadores nos eixos da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, e do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. As considerações dos médicos e supervisoras do PMM participantes da pesquisa acerca de sua experiência no Programa são o eixo seguinte. Enfim, apresenta-se a análise sobre os relatórios do *webportfólio* do PMM.

O capítulo 5 levanta possibilidades, avanços e desafios para a integralidade das práticas dos profissionais do PMM, sob a perspectiva da discussão dos resultados. O capítulo 6, por fim, trata das considerações finais da dissertação, buscando sintetizar as principais reflexões suscitadas, dimensionar contribuições e limites do estudo e apontar novos

horizontes de pesquisa.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

2.1 – A CRISE DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Contexto global

Atualmente, o debate acerca da crise da força de trabalho na saúde ganha relevância em todo o mundo, sobretudo no âmbito da APS. As necessidades decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, a implementação de novos modelos assistenciais, a incorporação de tecnologias, a maior circulação de pessoas e mercadorias e a migração de profissionais são fatores que interferem diretamente na necessidade de pessoal qualificado na saúde. Neste processo, as regiões menos desenvolvidas tendem a se tornar as mais desfavorecidas no que se refere à disponibilidade de profissionais (Dal Poz, 2013).

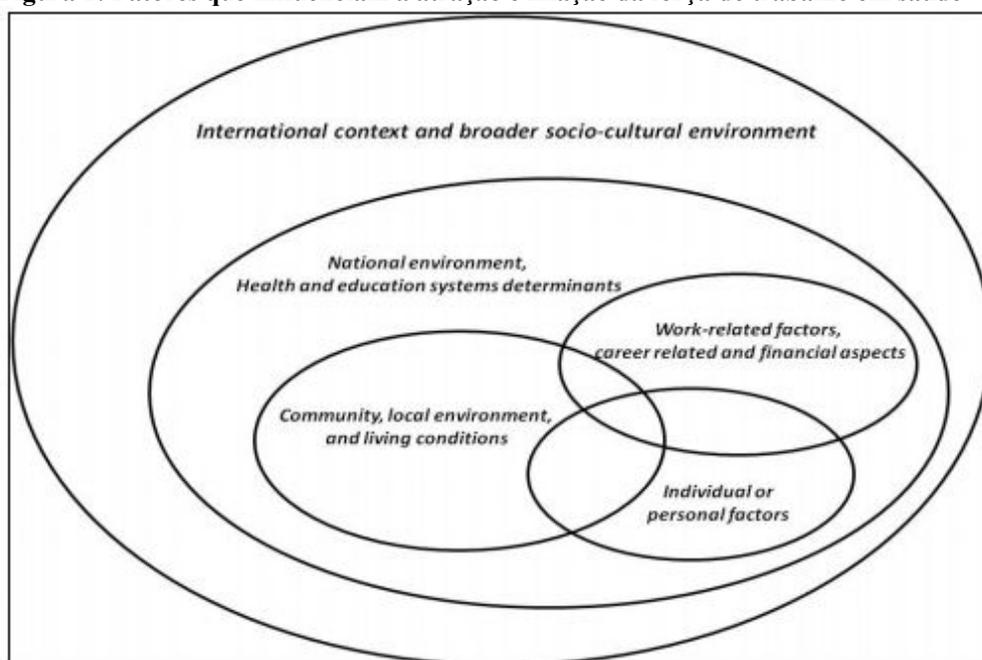
Com efeito, o acesso universal à saúde tem na insuficiência de trabalhadores um dos elementos-chave críticos para sua consecução (Campbell, 2013). A associação entre oferta de recursos humanos e melhoria no estado de saúde de uma população tem sido comprovada (Dal Poz et al, 2009; Rigoli, Martins e Mercer, 2012). Contudo, em geral, os profissionais altamente capacitados se estabelecem em áreas urbanas e mais ricas, dadas as expectativas de atingir níveis de renda mais elevados e reposição dos custos de formação. Ainda que tenha ocorrido aumento no número total de médicos, observa-se um padrão de concentração em grandes capitais e vazios nas áreas rurais, além do envelhecimento e crescente feminilização desta categoria de trabalhadores, o que contribui para diminuição da oferta (Attal-Toubert e Vanderschelden, 2009 *apud* Oliveira et al, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), enquanto metade da população mundial vive em zonas rurais, os médicos que atuam neste ambiente não correspondem nem a 25% do total. A gravidade da situação atinge um patamar em que o Fórum Global de Profissões de Saúde estima que um bilhão de pessoas passará suas vidas sem jamais ter sido assistidas por um profissional de saúde (Rigoli, Martins e Mercer, 2012). Além de representar um problema para a equidade, a concentração da força de trabalho em saúde resulta em ineficiência para os sistemas de saúde (Araújo e Maeda, 2013).

Uma série de variáveis molda a dificuldade de atração e retenção de trabalhadores de saúde em locais remotos e vulneráveis. A OMS recomenda a observância de quatro estratégias na formulação de políticas para o tema: formação, regulação do mercado de

trabalho, estratégias de incentivo, apoio profissional e pessoal (OMS, 2010). A efetividade das intervenções, entretanto, varia amplamente de acordo com fatores contextuais, de ordem macro (condições políticas, econômicas e sociais), meso (relacionadas ao sistema de saúde) e micro (atribuídas ao processo de implementação da intervenção em si) (Liu et al., 2015). As motivações que determinam a distribuição espacial dos trabalhadores, por sua vez, também se relacionam em diversas esferas, resumidas na Figura 1 (Araújo e Maeda, 2013). A dinâmica do mercado de trabalho em saúde, assim, é complexa e ultrapassa as questões de ordem financeira na escolha e permanência no posto de atuação.

Figura 1: Fatores que influenciam a atração e fixação da força de trabalho em saúde



Fonte: Extraído de Araújo e Maeda, 2013, p. 11

Conforme Araújo e Maeda (2013), *“there is an emerging consensus on two key requirements when introducing policies for recruitment and retention in rural and remote areas. These are: (i) any effective policy will involve combining a set of interventions and; (ii) the need to match the interventions with health workers’ preferences and expectations”* (p. 20).

Portanto, estratégias mais efetivas devem apresentar formas combinadas de intervenção, em que pesem o papel dos quatro atores identificados por Santana (1994) na regulamentação do mercado de trabalho na saúde – Estado, serviços e empresas, instituições de ensino e corporações – a fim de aumentar o controle das etapas do ciclo de vida laboral na saúde, quais sejam: entrada (investimentos estratégicos em educação e práticas de recrutamento eficazes e responsáveis), população ativa (disponibilidade, acessibilidade e

desempenho, através de gestão aprimorada de recursos humanos) e saída (gerenciar a migração e redução natural de trabalhadores para evitar perda de força de trabalho em saúde) (Dal Poz et al., 2009).

Regular a força de trabalho em saúde de modo eficiente tem representado um desafio global. O movimento migratório de médicos, segundo Rovere (2015), costuma seguir uma lógica de decisão “orientada pelo mercado” (em oposição a uma lógica “orientada pelas políticas”). Explica-se, deste modo, o sentido do deslocamento dos profissionais, em escala global, do sul para o norte e, em escala nacional e regional, de pequenas cidades e áreas rurais para as capitais e metrópoles. Ainda assim, conforme apontado por Scheffer (2015), a disponibilidade da migração internacional de médicos vem atingindo um limite.

Outro fator determinante para compreensão do tema da provisão e fixação de médicos consiste em reconhecer que os interesses da categoria médica não são dispersos. A corporação, historicamente, organiza-se de forma poderosa, atuando como monopólio da prestação de serviços para fazer frente ao estabelecimento, por parte do Estado, de novos modelos de atenção à saúde. Há, portanto, um intuito de manter a suboferta, com controle de mecanismos de regulação dos recursos humanos em saúde e pressão por sistemas de saúde baseados no exercício liberal da profissão (Rovere, 2015, Immergut, 1992).

Neste sentido, a complexidade da dinâmica do mercado de trabalho em saúde e dos determinantes da distribuição da força de trabalho resultam em consistentes dificuldades para traçar políticas efetivas, contrárias a tendências supostamente espontâneas. Com uma teia de fatores que influenciam a disponibilidade de recursos humanos em saúde, entrelaçada em circunstâncias relacionadas ao contexto local, nacional e internacional e atravessada por forças sociais com diversos recursos de poder e interesse, construir um projeto que busque suplantar o movimento de esvaziamento da força de trabalho nas áreas remotas e vulneráveis constitui um desafio em todo o mundo.

Contexto brasileiro

O Brasil se insere nesta conjuntura, apresentando problemas relacionados à força de trabalho em saúde que antecedem a instituição do SUS, com histórico de políticas e planejamento pouco eficazes. Segundo Carvalho, Santos e Campos (2013), a preocupação com a quantidade de profissionais adequada às necessidades de saúde é sentida desde, pelo menos, a década de 1960. Contudo, políticas voltadas à força de trabalho em saúde foram

implementadas de modo fragmentado, variando de um planejamento centralizado e normativo, para uma situação de desregulação no contexto de reformas neoliberais nos anos de 1990, até a implantação mais recente, a partir dos anos 2000, de um reordenamento mais estratégico. Os autores sustentam que, durante todo este período, houve manutenção de um modelo assistencial que privilegia interesses privados, sendo este um obstáculo estrutural para a superação da inadequada provisão.

Neste longo processo, acumularam-se falhas relacionadas à distribuição geográfica, rotatividade, precariedade de vínculos, escassez em áreas rurais e periféricas de grandes centros urbanos, além de perfil inadequado de profissionais às necessidades do sistema público, principalmente em relação aos médicos.

Nas últimas décadas, as iniciativas para enfrentar deficiências no provimento de profissionais de saúde se desenrolaram por meio de sucessivos programas e medidas que incluíram políticas de formação profissional como, por exemplo, o Promed, Pro-Saúde, Pet-saúde e de interiorização do trabalho em saúde como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, além de desconto nas dívidas do Financiamento Estudantil e o Provab¹. Contudo, como aponta Lopes (2013) tais estratégias não se sustentaram em longo prazo, por serem medidas sem integração entre si, pontuais e de alcance modesto.

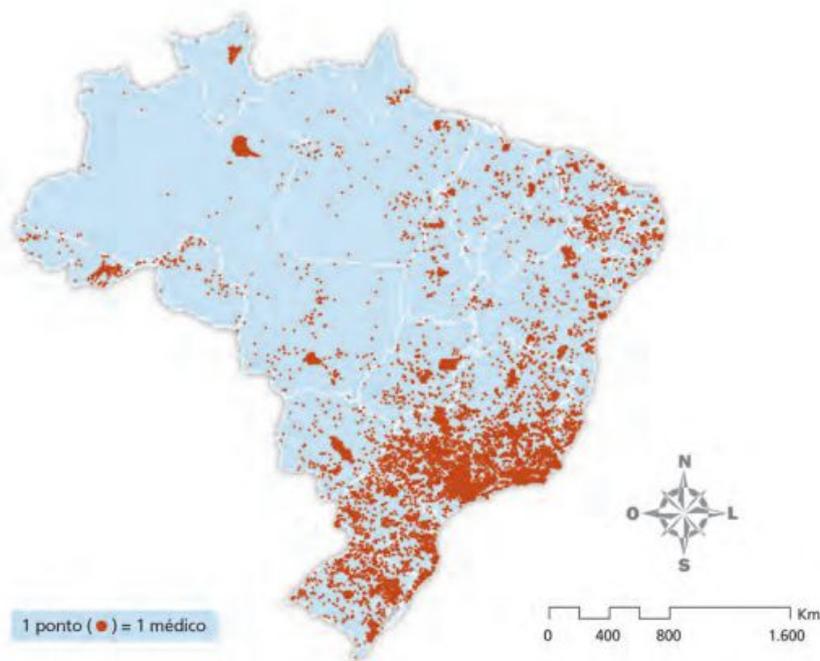
Diversos estudos (Carvalho, Santos e Campos, 2013; Ferla e Possa, 2013; Feuerwerker, 2013, Carvalho e Souza, 2013) apresentam reflexões sobre as políticas de provimento médico no país, com destaque para alguns aspectos que mantêm e agravam a problemática, como centralização do planejamento no âmbito federal, de tradição normativa, mas com fragilidades na interferência nos modelos assistenciais, nos processos de trabalho e nas dinâmicas de mercado; relações público-privadas que favorecem o setor privado em detrimento das necessidades e direitos da população; e a formação com base exclusivamente

1 O Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed) foi lançado em 2002, com o propósito de diminuir a excessiva especialização médica e estimular a preparação de médicos com visão integral (BRASIL, 2002). Já o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), estabelecido em 2005, inicialmente voltado para as profissões que faziam parte da ESF (Medicina, Enfermagem e Odontologia), foi estendido em 2007 para as demais carreiras, com o intuito de assegurar uma abordagem integral do processo saúde doença, com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2009). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi criado em 2008, para se constituir como um instrumento de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigido aos estudantes da área. Foi mais uma iniciativa que se propunha a formar profissionais com perfil adequado às demandas e políticas de saúde do país (BRASIL, 2008). O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) vigorou entre 2001 e 2004 e tinha por objetivo incentivar a alocação de médicos e enfermeiros para a APS em municípios com carência de profissionais. Também a fim de impulsionar a vinda de médicos para a Atenção Básica, o Programa de Financiamento Estudantil (FIES), existente desde 2001, foi alterado em 2010 para permitir o abatimento do saldo devedor aos médicos que atuassem na ESF. O Provab, criado no final de 2011, precedeu o PMM e serviu como modelo para o eixo da provisão emergencial (Lopes, 2013).

no paradigma biomédico², inadequada ao modelo de caráter universal e integral pretendido pelo SUS.

Ocorre, portanto, que o Brasil, com o maior sistema universal de saúde do mundo, apresentava em 2013 uma proporção de 1,8 médicos por mil habitantes, abaixo da média de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e de outros países latino-americanos (OMS, 2012). Ademais, são acentuadas as disparidades na distribuição destes profissionais no país e ainda dentro de cada região e estado, com concentrações em centros urbanos, em detrimento de regiões menos desenvolvidas. Na Figura 2, abaixo, ilustra-se a distribuição de médicos no Brasil entre 2000 e 2009, conforme o segundo volume do estudo “Demografia Médica no Brasil” (Scheffer, 2013).

Figura 2: Distribuição de médicos, segundo local de domicílio ou trabalho, Brasil, 2000 a 2009



Fonte: Extraído de Scheffer, 2013, p. 83.

A escassez de médicos se expressa também frente ao número de postos de trabalho médico disponíveis. Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) mostram uma oferta consideravelmente maior de empregos formais criados em relação ao número de

2 Na medicina, a partir do final do século XIX, com o surgimento de técnicas e produtos capazes de ação sobre doenças que não fossem nem sintomáticas nem imaginárias (Canguilhem, 2011), estabeleceu-se a hegemonia de uma medicina científica, que se consolidou como novo paradigma, denominado biomédico ou anatomoclínico, a partir da reforma do ensino médico proposto por Flexner, em 1910 (Rodrigues e Anderson, 2012). Em 1977, George Engels publicou o artigo “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, destacando a insuficiência deste modelo biomédico e suscitando a elaboração de uma nova matriz explicativa, que inclui fatores psicossociais no curso das enfermidades.

egressos de medicina (Morais et al., 2014). Além disso, dificuldades no provimento adequado da força de trabalho em saúde são sentidas pela população, como sinaliza a pesquisa “Sistema de Indicadores de Percepção Social”. Realizada em 2010 pelo IPEA, o estudo apontou que o principal problema do SUS, segundo os usuários, era a falta de médicos. Os usuários atribuíam como principal resposta para melhoria do sistema de saúde o aumento do número destes profissionais (Morais et al., 2014).

2.2 – O PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)

O surgimento do PMM

O Programa Mais Médicos foi criado com a “finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS” (Brasil, 2013a), no contexto de reivindicações políticas e sociais, com a pretensão de cumprir a responsabilidade prevista na Constituição, em seu artigo 200, inciso III, de que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1988). Iniciativas anteriores não tiveram a mesma repercussão, tanto no que se refere à discussão com a sociedade quanto ao volume de investimentos envolvidos. Representando mais um elemento da institucionalidade da política, foi criado um novo Departamento na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, no Ministério da Saúde, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

Em contexto nacional, discussões sobre o tema e estratégias para o enfrentamento do problema vinham se desenvolvendo desde 2011, quando o Ministério da Saúde promoveu o Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade e lançou o Programa de Valorização da Atenção Básica (mesmo ano da nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB), com o intuito de qualificar e motivar médicos, dentistas e enfermeiros para atuação na APS e, ao mesmo tempo, suprir demandas de escassez.

O Provab, existente até hoje, conta com curso de especialização à distância, suporte por Telessaúde³ e supervisão acadêmica, incentivo financeiro e, principalmente, para médicos, vantagens competitivas em provas de seleção para especialidades – o que permitiu, de fato, a adesão de um número maior de médicos, em geral, recém-formados (Carvalho, 2013). A contratação deixou de ser realizada pelos municípios e passou a ser centralizada pelo

3 O Telessaúde Brasil Redes, de acordo com o portal eletrônico, é um programa federal de educação permanente, criado em 2007, com o objetivo de facilitar o apoio clínico e pedagógico à distância, por meio de interações com outro profissional, vinculado a uma instituição formadora, através de telefone ou *internet*.

governo federal em 2013 (Oliveira et al., 2015), evidenciando os limites da municipalização na gestão da força de trabalho em saúde.

Ainda assim, a quantidade de profissionais recrutados não era suficiente para suprir as necessidades das cidades brasileiras. Com isto, os direcionamentos para a regulação da esfera federal na força de trabalho em saúde começaram a se intensificar, particularmente no ano de 2013. A primeira tensão foi sentida com o movimento “Cadê o Médico”, levantado pela Frente Nacional dos Prefeitos, em fevereiro daquele ano. Em maio, a 66ª Assembleia Mundial de Saúde, da OMS, em Genebra colocou luz sobre o processo restritivo de assimilação de médicos estrangeiros no Brasil, em contraste com países como Canadá, Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, cuja proporção de médicos com diploma estrangeiro ultrapassava 20%, enquanto aqui representava apenas 1,79% (Lopes, 2013).

O anúncio do PMM se precipitou com as manifestações populares de junho de 2013, que traziam exigências diversas e genéricas na área social, entre as quais de hospitais e escolas “padrão Fifa” (Carvalho, 2014). Em meio ao tenso clima de insatisfação, a presidenta da República, em pronunciamento oficial, ofereceu como resposta às manifestações “um grande pacto em torno da melhoria dos serviços públicos” (Roussef, 2013). O pacto anunciado evocava um plano nacional para a mobilidade urbana, a destinação de recursos dos royalties do petróleo para a educação e “trazer de imediato milhares de médicos do exterior para ampliar o atendimento no Sistema Único de Saúde” (Roussef, 2013). Ressalta-se que este projeto já vinha sendo elaborado antes das manifestações e nelas encontrou uma janela de oportunidades para se estabelecer (Couto, 2015).

Das propostas enunciadas para o setor saúde, o PMM ganhou destaque pela forte resistência das corporações médicas. As disputas envolviam processos de controle do mercado de trabalho até então regidos pela categoria, como a revalidação de diplomas, o registro de profissionais, mudanças na formação e a gestão da oferta de especialidades. Críticas e questionamentos ao nascente Programa foram publicadas por entidades médicas e pesquisadores, sendo a polêmica intensamente explorada pela mídia (Carvalho, 2014; Moraes et al., 2014). Contudo, o contexto de reivindicações por avanços na qualidade da assistência à saúde propiciou uma janela de oportunidades ao Estado para ultrapassar as barreiras da corporação médica (Couto, 2015). Deste modo, ainda que com diversos ajustes, tensionamentos e negociações entre os atores envolvidos, em quatro meses a política foi institucionalizada na Lei 12.871.

Caracterização do Programa Mais Médicos

O PMM foi criado por meio da Medida Provisória nº 621, em julho de 2013, efetivando-se, em outubro do mesmo ano, na Lei 12.871, sendo estruturado em três eixos (Brasil, 2013a):

- Provimento emergencial
- Formação para o SUS
- Ampliação e melhoria da infraestrutura

Diferente, então, das intervenções anteriores na orientação dos recursos humanos em saúde, os propósitos do programa são abrangentes e ambiciosos. De acordo com a Lei do Mais Médicos, os objetivos são os seguintes:

- “Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais”;
- “Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica”;
- “Aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação”;
- “Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população”;
- “Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino serviço, por meio da atuação das instituições de ensino superior na supervisão acadêmica”;
- “Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras”;
- “Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS”; e
- “Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS” (Brasil, 2013a).

O Quadro 1 mostra os componentes do programa, com as principais ações previstas.

Quadro 1: Eixos do PMM e ações previstas pela Lei 12.871/13

EIXOS	Ampliação e Melhoria da Infraestrutura	Formação para o SUS	Provimento Emergencial
-------	--	---------------------	------------------------

AÇÕES PREVISTAS	Melhoria da qualidade de equipamentos e infraestrutura das UBS	Ampliação da oferta na graduação e Residência Médica	Editais de chamadas nacional e internacional
	Adesão obrigatória ao Programa Requalifica UBS	Mudança no eixo dos locais de formação Reorientação na formação e integração à carreira	Cooperação internacional

Fonte: Brasil, 2013a

O investimento em infraestrutura foi definido pela Lei do PMM estabelecendo prazo de cinco anos para dotar as UBS de melhor equipamento e infraestrutura, a partir dos planos plurianuais, observados os limites orçamentários. Além disso, a normativa torna obrigatória a adesão dos municípios ao Programa Requalifica UBS – programa de qualificação da infraestrutura das UBS, lançado em 2011 pelo governo federal (Brasil, 2013a). Expressa-se em um crescimento de programas e projetos existentes na área, como o aumento de recursos no Programa Requalifica UBS, liberação de cinco bilhões de reais para a construção e melhoria de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e implantação de um novo sistema de informações para a Atenção Básica, o SISAB, através de uma ferramenta de informatização dos serviços, o e-SUS (Brasil, 2015c).

A formação para o SUS é tida como o principal eixo do PMM pelo Ministério da Saúde, no intuito de alcançar resultados mais sustentáveis (Brasil, 2015c). Organiza-se em ações de: ampliação da oferta na graduação e residência médica; mudança no eixo dos locais de formação; e reorientação da formação (Brasil, 2013a).

A ampliação de vagas de graduação em medicina, além da oferta em faculdades públicas, é especificada pela Lei através da condicionalidade de abertura de cursos privados ao chamamento do Ministério da Educação em municípios selecionados, oferecendo a rede de serviços públicos para o funcionamento dos cursos.

Em relação à oferta de vagas de residência médica, a meta é igualá-la, até o fim de 2018, à quantidade de egressos de medicina, majoritariamente por uma especialidade-chave e de coordenação do Ministério da Saúde: a Medicina Geral de Família e Comunidade. Colocada como pré-requisito para outros programas de residência, a medida marca a regulação do Estado através de um mecanismo compulsório para fornecimento de mão de obra para a APS (Brasil, 2013a). Soma-se a isto, a determinação do estabelecimento do Cadastro Nacional de Especialistas, ponto sensível às corporações médicas, já que provoca maior controle do ente público sobre a formação especializada, atualmente dispersa em várias modalidades, inclusive de natureza privada.

Quanto aos parâmetros de formação, a Lei 12871 determinou que fossem discutidas novas diretrizes curriculares para medicina, aprovadas em 2014. Neste aspecto, estipulou que ao menos 30% da carga horária do internato na graduação corresponda a estágios na Atenção Básica e em serviços de urgência e emergência do SUS (Brasil, 2013a). Procura-se, portanto, aproximar e qualificar os estudantes de medicina à realidade do SUS, principalmente nos serviços de porta de entrada.

O provimento emergencial integra o terceiro eixo de ações do PMM e é organizado nos moldes do Provab, com a novidade de contar com editais de chamadas internacionais e de cooperação internacional. Objetiva suprir a carência imediata de médicos na APS, tentando priorizar regiões de maior vulnerabilidade (Brasil, 2015c). Este componente do Programa denomina-se “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, de acordo com a lei 12.871.

O provimento emergencial foi a primeira medida implantada e que mais atraiu atenção devido a polêmicas sobre a necessidade de revalidação de diploma e sobre o acordo com Cuba, através de cooperação internacional mediado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (Morais et al., 2014). Nesta etapa, são recrutados, para atuar em áreas de difícil fixação, com contratos de três anos prorrogáveis por mais três, médicos de inscrição voluntária no programa, brasileiros e estrangeiros, nesta ordem obrigatoriamente, em seguida, aqueles fornecidos pela cooperação internacional via OPAS, cujo registro para atuação é dado pelo Ministério da Saúde e limitado à prática no âmbito do PMM (Brasil, 2013a). Todos contam com benefícios como: garantia de moradia, transporte e *internet* pelo município; custeio de deslocamento e instalação, com fornecimento de visto para o médico e familiares que terão direito de trabalho no Brasil; bolsa de estudos e cobertura previdenciária; suporte e acompanhamento por instrumentos de educação à distância e por supervisores e tutores ligados a instituições de ensino superior; além de pontuação adicional de 10% em exames de seleção de residência médica, no caso dos brasileiros (Brasil, 2013a).

Apresentadas as linhas gerais do Programa Mais Médicos, ressalta-se que, entre os três eixos do programa, o presente estudo estará focado no componente do provimento emergencial.

A implementação do PMM, suas repercussões e desafios

Logo após a Medida Provisória 621, que criou o PMM, a Portaria Interministerial nº 1369 (Brasil, 2013b) regulamentou o processo de seleção de municípios e médicos para o programa de provimento. Definiu que os municípios elegíveis para participação seriam

aqueles que se enquadrassem em ao menos em uma das seguintes condições:

- a) ter o município 20% ou mais da população em extrema pobreza;
- b) estar entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social dos habitantes;
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena; ou
- d) estar nas áreas referentes ao 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios.

A partir desta exigência, os municípios que aderiram ao PMM foram classificados em seis perfis pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015c), para organizar a alocação dos médicos:

- Capital
- Região Metropolitana
- G100 (100 municípios com mais 80 mil habitantes com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social)
- Perfil de pobreza (20% ou mais da população em extrema pobreza)
- Distrito Sanitário Especial Indígena
- Demais localidades (municípios não caracterizados pelos perfis anteriores).

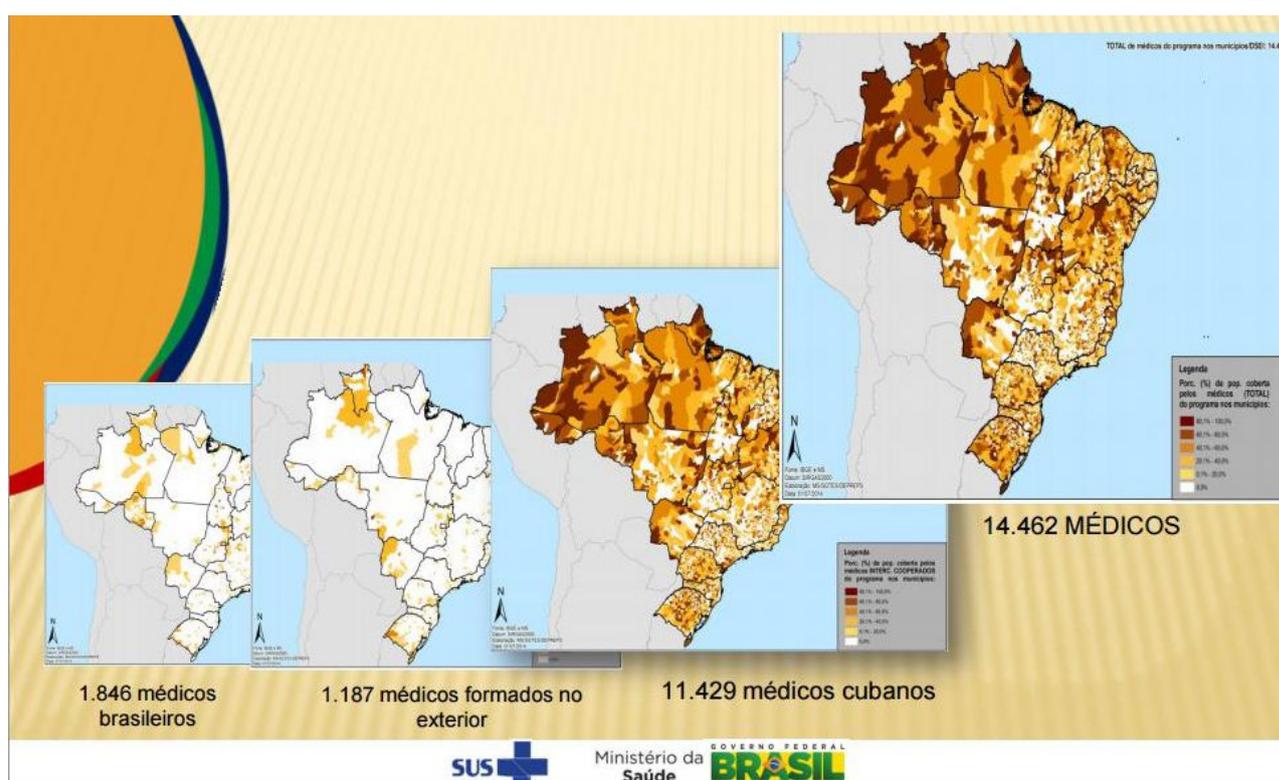
Partindo desta classificação, ainda sob a vigência da Medida Provisória 621, o PMM abriu o primeiro ciclo de chamada de médicos, em setembro de 2013, quando foram recrutados 1.136 voluntários brasileiros e estrangeiros, atendendo apenas 8,5% da demanda dos municípios aderidos. Já no segundo ciclo, em novembro de 2013, 6.453 médicos, principalmente cubanos, através do acordo de cooperação com a OPAS, foram integrados ao PMM, alcançando, então, 48,7% da demanda dos municípios. Após o terceiro e quarto ciclos, em fevereiro e abril de 2014, todas as vagas solicitadas pelos municípios haviam sido preenchidas por 13.235 médicos. Houve mais um ciclo, em junho de 2014, para reposição de vagas.

Até 2014, a presença de médicos cubanos era maciça, representando quase 80% dos profissionais: dos 14.462 médicos do PMM, 11.429 eram cubanos (79%), 1.846 brasileiros (13%) e 1.187 eram formados no exterior (8%) (Brasil, 2015b; Brasil, 2015c).

A Figura 3 mostra o cenário de julho de 2014, com os valores absolutos e a distribuição do total e de cada tipo de participante do programa. Os municípios que receberam médicos até então são representados por uma gradação de 5 cores, significando faixas crescentes de porcentagens (que variam de 0 a 100%) da população coberta pelos médicos do

programa. Nota-se que, após um ano de sua implementação, o PMM se capilarizou por quase todo o território nacional e alcançou mais intensamente as populações do Norte do país, com peso predominante de médicos cubanos.

Figura 3: Número de médicos e porcentagem da população coberta pelos médicos do programa nos municípios brasileiros. Julho de 2014



Fonte: Extraído de Brasil, 2015b (Disponível em http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Felipe-Proen%C3%A7o_-Panorama-Mais-M%C3%A9dicos_MS.pdf. Data do acesso: 29/11/2015/)

Em 2015, novo edital de adesão de municípios ao PMM foi aberto e o sexto ciclo, em março, surpreendeu pelo preenchimento de todas as vagas já na etapa de recrutamento de médicos com registro profissional brasileiro, com mais de quatro mil médicos. Isto foi

possível graças à incorporação do Provac ao Mais Médicos, oferecendo bônus em provas de seleção para residência médica (Brasil, 2015c).

A distribuição dos médicos contribuiu para reduzir a escassez de médicos em APS no Brasil, sobretudo em áreas mais necessitadas, mas nos municípios pequenos do Norte e Nordeste ainda persistem maiores dificuldades de fixação destes profissionais após o PMM, pois, em alguns locais, ocorreu a substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal (Girardi et al, 2016a).

Decorridos três anos do início do PMM, tendo recrutado mais de 18 mil médicos para a Atenção Básica e se distribuído em 73% dos municípios brasileiros e em todos os 34 distritos sanitários especiais indígenas, atingindo 63 milhões de pessoas, suas ações contam com forte satisfação da população atendida, além de ter conseguido reverter a opinião pública para uma posição mais favorável à política (Brasil, 2015b; Carvalho, 2014).

O processo de implementação do PMM, contudo, foi eivado de conflitos. Ainda em 2013, a proposta governamental foi combativamente rejeitada pela categoria médica brasileira, considerando-a uma medida unilateral, eleitoreira e sem planejamento por parte do governo federal. Contrária, naquele momento, sobretudo à importação de médicos sem exame de revalidação de diploma, as entidades de representação médica chegaram a se afastar de comissões governamentais, gerando impasses em instâncias de decisão colegiada. Moraes et al. (2014) mostram como essas disputas corporativas foram amplamente divulgadas pela mídia que, no lugar de trazer elementos da complexidade dos fatos, exprimia principalmente o contraste da posição dos conselhos e associações de medicina frente aos argumentos dos formuladores da política.

As corporações médicas ainda mantêm um embate recorrente com o Programa, defendendo sua autonomia na regulação do mercado de trabalho. Pleiteiam a melhoria das condições de trabalho e a carreira de Estado, aos moldes dos funcionários públicos da área do Direito, como estratégia para o enfrentamento das desigualdades na distribuição de médicos (Scheffer, 2012). Manifestaram-se publicamente contra o Cadastro Nacional de Especialistas, exigindo do Ministério da Saúde esforços de negociação com a categoria, e também contra a permanência de médicos intercambistas no PMM (CFM, 2015a, 2016).

No campo do provimento emergencial, o PMM possui como ponto que ainda gera controvérsia a presença de mais de 60% de cubanos (Brasil, 2015c). Os médicos brasileiros aumentaram substancialmente sua adesão apenas em 2015, chegando à proporção de 28,9% dos recrutados, após a integração do Provac ao PMM. Estes são em sua maioria jovens, atraídos pelo benefício da pontuação extra em provas de residência médica, porém são 20

vezes mais propensos à desistência da participação (Brasil, 2015b).

Associações e pesquisadores ligados a Saúde Coletiva também se manifestaram, reconhecendo a importância da medida para o enfrentamento do problema da escassez de médicos na APS, mas apontando que seria necessário levar em conta questões mais estruturais que impedem o avanço do SUS. Pontuam o subfinanciamento, a fragmentação da assistência e gestão, a privatização dos serviços públicos e os vínculos profissionais frágeis (Dal Poz, 2013; Campos, 2013; ABRASCO, 2013; CEBES, 2013).

Devido à envergadura, controvérsia e implantação recente, outra repercussão suscitada pelo PMM foi o grande interesse do meio acadêmico, tornando-se um profícuo campo de investigação. Mais de 200 produções acadêmicas podem ser identificadas ao longo dos três anos do Programa, sistematizados na Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos, lançada pela Rede de Pesquisa em APS, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Algumas revistas científicas, como a *Ciência e Saúde Coletiva*, dedicaram edições especiais ao PMM (Facchini et al, 2016). Neste primeiro período, a maior parte das publicações se concentrou no eixo do provimento emergencial, sendo pouco expressivo o número de estudos relacionados à formação e infraestrutura (Medina e Almeida, 2017).

A implantação recente do Programa não permitiu que se gerasse ainda um grande volume de publicações, a ponto de conseguir avaliar seus efetivos impactos. Não obstante, o conjunto de evidências produzido indica redução de desigualdades na distribuição de médicos em regiões vulneráveis, sobretudo no Norte e Nordeste e, inclusive, em áreas indígenas e quilombolas (Pereira, Silva e Santos, 2015). Também se verifica impacto positivo em indicadores de produção, convergência com outros programas de melhoria da qualidade da Atenção Básica, mudanças no sentido do fortalecimento da ESF (Girardi et al, 2016b; Giovannella et al, 2016), desfechos positivos dos processos de aprendizagem e tutoria no cotidiano das EqSF (Thumé et al, 2016; Engstrom et al, 2016) e satisfação dos usuários (Kemper, Mendonça e Sousa, 2016; Facchini et al, 2016).

Problemas são destacados, como a substituição parcial de médicos de EqSF preexistentes, desigualdades na distribuição entre municípios com ou sem prioridade, segundo critérios de vulnerabilidade social, e incipiência de vínculos estáveis para a fixação de profissionais (Facchini et al, 2016). No eixo da formação do PMM, identifica-se a privatização do ensino médico (Silva Junior et al, 2016), embora sejam enfatizadas a interiorização das vagas de graduação e a expansão dos programas de Residência Médica, em especial de Medicina de Família e Comunidade, principalmente no Norte e Nordeste, com potencial para reverter o padrão de concentração de médicos nos grandes centros urbanos

(CFM, 2015b; Alessio e Sousa, 2016).

Entre os pontos que merecem ser melhor explorados e respondidos em uma política tão contundente é a forma como se dá a atenção ofertada pelos profissionais neste modelo de provisão, problema abordado neste estudo.

Uma política que responda à escassez de médicos na APS encontra outros problemas que transcendem apenas a garantia da presença do profissional. O PMM enfrenta os mesmos desafios do programa de provimento anterior, o Provab (Brasil, 2015c), a partir do qual já se discutia a importância de romper com o modelo fragmentado da assistência para efetivamente adequar a força de trabalho em saúde às necessidades do SUS (Ferla e Possa, 2013, Feuerwerker, 2013, Carvalho e Sousa, 2013). De certo, deste rompimento depende não apenas o sucesso da provisão, tanto na adesão e permanência dos médicos, quanto depende o próprio funcionamento da APS e organização do SUS.

A discrepância no perfil de brasileiros e cubanos participantes do programa, apontada anteriormente, é um dado que traz preocupações para a sustentabilidade da política. Sabe-se que entre os fatores para a atração e retenção na Estratégia da Saúde da Família a identificação com o tipo de trabalho, o tempo de experiência profissional e a formação específica tem peso importante (Pérpetuo et al., 2009; Campos e Malik, 2008; Rodrigues, Silva e Rocha, 2010). Diferente dos médicos cubanos, que cumprem com estas características, os brasileiros que fazem parte do PMM são geralmente jovens, em busca do benefício de pontuação adicional para entrada em outras especialidades (Brasil, 2015b).

Além disso, a validade do PMM pode ser comprometida se os valores e atributos da APS deixam de ser observados. A simples alocação de profissionais pode não responder aos preceitos da Política Nacional de Atenção Básica, que indica uma APS abrangente, base do sistema de saúde, em consonância com o conceito ampliado de saúde e com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS (Brasil, 2011).

O PMM no município do Rio de Janeiro

O Projeto Mais Médicos para o Brasil, representando o eixo da provisão emergencial, ao estabelecer critérios para a adesão de municípios, procurou consolidar a APS nos locais de maior necessidade. Como mostrado anteriormente, entre os municípios que poderiam aderir ao PMM estão as capitais e regiões metropolitanas.

A ESF tem enfrentado obstáculos para a sua consolidação no contexto das grandes cidades brasileiras. São reconhecidos os problemas de acesso, na estrutura física, no perfil de

formação dos profissionais, na gestão e organização da APS. Em geral, refletem o baixo patamar de financiamento público, a persistência de segmentação no sistema e a fraca integração da APS com os outros níveis de atenção (OMS, 2016).

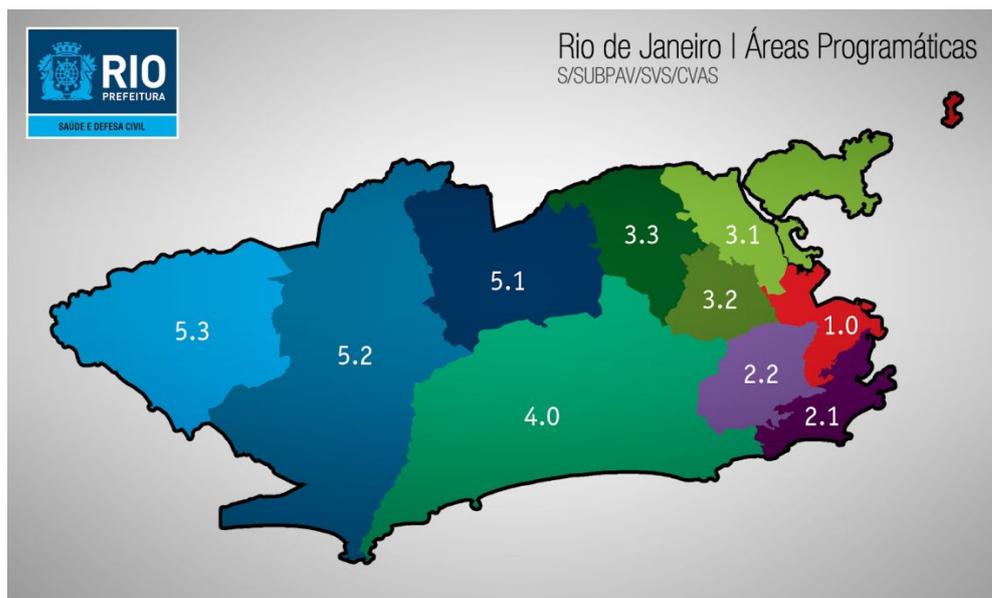
Costa (2016) aponta que a resistência à ampliação da provisão de serviços e ações da Atenção Básica a partir do modelo na ESF nos municípios de grande porte possui três argumentos: os incentivos financeiros do governo federal favorecem os municípios mais pobres, menores, com maior percentual de população pobre e com menor densidade demográfica; os limites de expansão da ESF por força de restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal aos gastos com pessoal; e aqueles municípios maiores que implantaram a ESF privilegiaram a focalização nos grupos de vulnerabilidade social, ratificando teses sobre a natureza da focalização e simplificação da oferta do SUS por meio da ESF.

Acresce-se a necessidade de políticas sociais mais abrangentes que subsidiem a intervenção estatal. O Rio de Janeiro como outras metrópoles, enfrenta desafios históricos, a partir de um processo de urbanização cindido pela segregação. O crescimento urbano provocado pelas políticas desenvolvimentistas não se fez acompanhar de investimentos para prover serviços à população deslocada pelo êxodo rural, resultando em um padrão de habitação dividido entre as camadas ricas e médias das cidades, com acesso a bens públicos, e os pobres, marginalizados nas periferias e favelas em moradias precárias, aglomeradas e desprovidas da atenção do Estado nos mais diversos setores (Maricato, 2000)

Neste percurso, o tráfico ilegal de drogas e armas deflagrou zonas de conflito e violência urbana, agravadas por políticas repressivas de “combate às drogas”, instalando-se geralmente nos locais de exclusão social (Maricato, 2000). Tal cenário contribui para a redefinição do imaginário social sobre as favelas e periferias, dificultando ainda mais a prestação de serviços públicos nesses espaços. Somado a outros aspectos fundamentais, relacionados à formação profissional, organização do sistema e gestão da força de trabalho em saúde (Conill, 2008), o contexto da violência é um elemento particular, que afeta negativamente o acesso à saúde no Rio de Janeiro, trazendo barreiras à atração e retenção de profissionais, sobretudo de médicos.

O Rio de Janeiro possui uma população de mais de seis milhões de habitantes e constitui o segundo maior município do país (IBGE, 2014). A gestão em saúde é descentralizada em dez Áreas Programáticas (AP), conforme ilustra a Figura 4.

Figura 4: Mapa das áreas programáticas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



Fonte: Extraído da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) (Disponível em <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>. Data do acesso: 29/11/2015)

As áreas 1.0 Centro, 2.1 Zona Sul e 2.2 Grande Tijuca correspondem aos bairros centrais da cidade. A AP 4.0 Barra da Tijuca e adjacências é onde se situa o novo eixo de expansão imobiliária. As demais APs constituem os denominados “subúrbios” da cidade.

O município do Rio de Janeiro foi uma das capitais que mais tardiamente expandiu a cobertura pela ESF. Até 2008, predominava uma concepção hospitalocêntrica na organização do sistema e a pouca prestação de cuidados primários em saúde que seguia um modelo assistencial majoritariamente tradicional, ou seja, fragmentado em médicos com especialidades, em unidades de denominações variadas, voltados para o atendimento de programas verticais, com fraca articulação com o território e com a rede de saúde.

Eleito como palco da Copa do Mundo e das Olimpíadas, o município passou por transformações para adquirir feições de uma “cidade olímpica”. Neste sentido, os investimentos na área da saúde privilegiaram a organização do sistema municipal a partir de uma orientação para a APS, a partir de 2009 (Soranz, Pinto e Penna, 2016). Antes a pior capital em termos de cobertura da ESF, este indicador saltou de 7,2% (132 EqSF) em 2008 para 45,5% (843 EqSF) em 2015. O orçamento da saúde aumentou sua participação de 15,7% das receitas municipais em 2008 para 20,81% em 2014. O percentual gasto em APS subiu de 13,5% em 2008 (cerca de 240 milhões de reais) para 31,8% (1,233 bilhões de reais) (Costa e Silva, Barbosa e Hortale, 2016). Um dos argumentos para a mudança da organização da APS também foi a ampliação da captação de recursos financeiros provenientes do governo federal (Soranz, Pinto e Penna, 2016).

A expansão da APS na cidade teve como marca a criação das Clínicas da Família,

unidades que se diferenciam pela ambiência, conforto, equipamentos e suporte ampliado de exames diagnósticos, comportando várias EqSF. Além disso, UBS antigas foram reformadas e a grande maioria passou a ter um território definido com cobertura parcial ou integral pela implantação da ESF. O prontuário eletrônico passou a ser utilizado em toda a rede municipal de APS e foi organizado o cadastramento dos usuários para sua vinculação a uma única UBS de referência (Soranz, Pinto e Penna, 2016).

O processo de trabalho foi padronizado pela criação da carteira de serviços para a Atenção Básica e direcionado por metas estabelecidas em indicadores de desempenho. Seminários de *Accountability* (prestação de contas) foram instituídos, onde as EqSF mostram suas realizações e alcance das metas ao longo do ano, bem como as dificuldades encontradas e os planos estabelecidos para o ano seguinte (OMS/OPAS, 2016).

Para operacionalizar a expansão, a Secretaria de Saúde firmou contrato de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS), que respondem pela administração dos recursos físicos e humanos das UBS de cada AP. Seguindo a lógica dos novos modelos de gestão pública, a parceria com as OSS permitiu agilizar a contratação de profissionais, aquisição de insumos e equipamentos e a construção de novas unidades de saúde, propiciando o acelerado crescimento da ESF observado (Costa e Silva, Barbosa e Hortale, 2016). Por outro lado, a adoção deste modelo vem sendo criticada por introduzir estratégias, valores e ações próprias do setor privado nas políticas públicas (OMS/OPAS, 2016).

Os contratos de gestão firmados com as OSS estabeleceram metas e objetivos em indicadores de resultado. Os incentivos financeiros, condicionados aos cumprimentos das metas, foram capazes de induzir melhorias no processo de trabalho das EqSF. Contudo, a negociação e pactuação dos indicadores e metas com os profissionais envolvidos se mostraram deficientes na contratualização. Mensurações também são pouco tangíveis ao se reconhecer a dimensão subjetiva do cuidado e as profundas iniquidades em saúde, além dos incentivos terem potencial de gerar comportamentos oportunistas para o alcance das metas (Costa e Silva, Barbosa e Hortale, 2016).

Para a expansão da ESF no município, foi evidente a dificuldade para contratar profissionais qualificados para a atuação na APS. Como estratégias de captação, determinou-se a realização de contratos formais de trabalho através das OSS, com alta remuneração e gratificações sucessivas incorporadas ao salário, por atuação em áreas distantes e por titulações de especialidade, mestrado e doutorado em campos afins à Saúde da Família. Além disso, houve incentivo ao crescimento de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade e criação do seu próprio programa. Atualmente, mais de um terço dos residentes

em Medicina de Família e Comunidade do Brasil estão no Rio de Janeiro (Justino, Oliver e Melo, 2016).

Desta forma, foi criado um arranjo relativamente complexo para o serviço profissional na APS da cidade. Os profissionais do município vinculados às EqSF e equipe de apoio (gerentes de unidade, auxiliares administrativos, de farmácia e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) são contratados via regime da Consolidação das Leis Trabalhistas pelas OSS. Por sua vez, aqueles que trabalham no “modelo tradicional” são servidores públicos estatutários, sob responsabilidade direta da administração pública. Além disso, todas as unidades designam um responsável técnico médico, que deve, entre outras funções, regular internamente os encaminhamentos para a rede secundária e terciária. Muitas UBS, também, são polos de formação de residência e de estágio para acadêmicos de medicina.

Neste processo de reforma da APS, a transição de modelo assistencial ficou evidenciada na classificação das UBS em três tipos: UBS tipo A (composta somente por EqSF), UBS tipo B (unidades mistas, ou seja, unidades tradicionais com apenas parte do território coberto pela ESF) e UBS tipo C (sem ESF) (Harzheim, 2013). Isto se reflete em condições de estrutura, processos de trabalho e formas de vínculo profissional bastante heterogêneos na atenção básica do município.

Apesar dos esforços, o município continuava com dificuldades para completar suas equipes. Mesmo sendo a capital com melhor proporção de médicos do país (com 2,7 médicos/ 1000 habitantes, enquanto a média do país era de 1,8 médicos/ 1000 habitantes, em 2012), carências deste profissional persistiam nas zonas norte e oeste da cidade, principalmente em áreas de favelas e distantes dos locais de moradia dos médicos (Justino, Oliver e Melo, 2016; OMS, 2016). Embora a Residência em Medicina de Família e Comunidade tenha favorecido a fixação destes profissionais mais qualificados na APS do Rio de Janeiro, a maioria dos médicos de família se concentram nas regiões centrais e a captação e implementação de residentes e preceptores nas zonas norte e oeste tem sido um desafio (Justino, Oliver e Melo, 2016).

Neste contexto, a adesão ao Programa Mais Médicos ocorreu desde o primeiro ciclo, em setembro de 2013, recebendo 165 médicos de outros países até o 5º ciclo. Além de atender a necessidade de completar EqSF sem médicos há mais de um ano, o objetivo principal da gestão foi trazer médicos com formação especializada em APS, detentores de boas práticas e experiência profissional para intercâmbio com os trabalhadores da rede municipal de saúde (OMS/OPAS, 2016).

Até 2015, o Rio de Janeiro contava com 152 médicos do PMM, a maioria maior, a maciça maioria,

cubanos (90%), com entrada nos segundo (65%) e quarto (29%) ciclos do programa. Havia apenas dois médicos com registro de Conselho Regional de Medicina (CNES, 2015). A distribuição dos médicos do PMM por AP está apresentada na Tabela 1. Revela-se que a maior proporção de médicos se localizava nas zonas norte (APs 3.1, 3.2 e 3.3) e oeste (5.1, 5.2, 5.3), denotando a dificuldade de atração e fixação de médicos para a periferia da cidade.

Tabela 1: Distribuição (absoluta e percentual) dos médicos participantes do PMM por AP e quantitativo de UBS com PMM por AP, Rio de Janeiro, 2015

AP	Nº. de médicos do PMM	Percentual de médicos do PMM (%)	Nº. de UBS c/ PMM
1.0	5	3,3	4
2.1	2	1,3	2
2.2	0	0	0
3.1	36	23,7	17
3.2	12	7,9	7
3.3	24	15,8	12
4.0	6	3,9	3
5.1	36	23,7	15
5.2	20	13,2	12
5.3	11	7,2	8
Total	152	100	81

Fonte: CNES, setembro de 2015

2.3 – MÉDICOS DE CUBA

A importância dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos, especialmente no Rio de Janeiro, cenário do corrente estudo, traz a necessidade de caracterizar mais profundamente estes profissionais. Ainda que, durante a fase de anúncio e implantação do PMM, tenha sido observada uma onda de preconceitos por parte dos médicos e meios de comunicação brasileiros em relação aos cubanos, com questionamentos quanto à formação, capacidade de adaptação à cultura do país e o uso destes como suposta ferramenta de doutrinação socialista pelo governo Dilma Roussef, é reconhecido o pioneirismo de Cuba no campo da APS, com resultados promissores em condições econômica e politicamente desfavoráveis, além de experiência na cooperação em países estrangeiros de baixa e média renda (Torres e Cruz, 2010).

Cuba, em 2009, possuía 11 milhões de habitantes, com uma população

predominantemente urbana (75%). Desde a Revolução Cubana, em 1959, o país vive uma transição demográfica, com envelhecimento e descenso populacional (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011). O governo socialista liderado por Fidel Castro e, agora, por seu irmão, Raul Castro, se tornou emblemático como resistência ao Estados Unidos, mesmo após o fim da União Soviética, quando Cuba enfrentou uma forte crise econômica, dificultada pelo embargo norte-americano. Em 2001, a ilha figurava entre as nações mais pobres do hemisfério ocidental, com Produto Interno Bruto *per capita* de 2270 dólares, numa posição entre Guatemala e Haiti (Dresang et al, 2005). Os serviços médicos cubanos se tornaram um ativo estratégico para aliviar a condição econômica, a partir da cooperação internacional, sobretudo a partir de acordos com a Venezuela (Keck e Reed, 2012).

O sistema de saúde cubano

Desde a ascensão de Fidel Castro ao poder, o estabelecimento de um sistema de saúde mais equânime foi tido como uma das prioridades do novo regime. Neste sentido, foi fundado o Sistema Nacional de Saúde, com os seguintes princípios: acesso e gratuidade dos serviços de saúde a todos os cidadãos; responsabilidade estatal pela provisão dos serviços, com centralização normativa e descentralização executiva; orientação preventiva; unidade entre docência, ciência e prática, com aplicação adequada dos avanços científicos e tecnológicos; participação comunitária; intersectorialidade e integração com desenvolvimento social e econômico; e cooperação internacional (Keck e Reed, 2012; De los Santos-Briones, Garrido-Solano e Chávez-Chan, 2004; Martínez et al, 1995).

O sistema é organizado em três níveis administrativos: nacional, provincial e municipal. O Ministério de Saúde Pública é o organismo reitor do Sistema Nacional de Saúde, com funções normativas, de coordenação e de controle. Dirige e executa a aplicação das políticas de saúde, o desenvolvimento das ciências médicas e o complexo médico farmacêutico industrial (De los Santos-Briones, Garrido-Solano e Chávez-Chan, 2004).

Os serviços de saúde são financiados quase exclusivamente com recursos do governo nacional, que redistribui entre os distintos níveis e unidades de atenção através das assembleias provinciais e municipais. O gasto público em saúde representa 96,2% do total. O restante é constituído basicamente por pagamentos diretos para acesso a medicamentos de pacientes ambulatoriais ou para aquisição de próteses e aparelhos a preços subsidiados. O gasto público em saúde tem crescido, apesar das restrições econômicas. Em 2001, significava

6,3% do Produto Interno Bruto, enquanto em 2011 alcançou a cifra de 11,9%, a porcentagem mais alta da América Latina (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011).

Os esforços do governo revolucionário, desde a década de 1960, foram concentrados em estender os serviços de saúde (principalmente, no início, à população rural, desprovida de acesso no período anterior a Fidel Castro), aumentar a quantidade de profissionais e integrar a atenção à saúde, antes fragmentada (Keck e Reed, 2012). Dificuldades foram identificadas, daquela época até a década de 1980, na ênfase sobre a atenção curativa e hospitalar, na falta de coordenação e continuidade no cuidado médico, na insatisfação dos pacientes relacionada às consultas curtas e superficiais, no uso excessivo dos serviços de emergência e na pouca quantidade de médicos dedicados à APS (Keck e Reed, 2012; Dresang et al, 2005).

Para superar estes problemas, em 1974 foi criado um modelo baseado em policlínicas, com especialidades básicas, com áreas geograficamente adscritas e integradas à formação profissional. Nestas unidades eram desenvolvidas ações preventivo-curativas a partir de “Programas Básicos” de atenção integral à criança, à mulher, ao adulto, de controle de enfermidades transmissíveis, de higiene urbana e rural, de higiene dos alimentos e de medicina do trabalho (Morales, Pérez, Salabarría, 2009).

Em 1984, em decorrência da persistência de alguns problemas, como os ligados à fragmentação do cuidado e à tendência à superespecialização, associados à elevação da importância das condições crônicas sobre as agudas na saúde da população, com conseqüente necessidade de promover estilos de vida mais saudáveis, foram implantados o Plano de Médico e Enfermeira de Família e a Residência de Medicina Geral e Integral (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011). Uma equipe de médico e enfermeira, vivendo em consultórios em meio às comunidades, passou a se tornar responsável por 600 a 800 pessoas em território definido, combinando princípios da Saúde Pública e da medicina clínica (Keck e Reed, 2012).

O modelo de consultórios e policlínicas estruturou a organização dos serviços do Sistema Nacional de Saúde, com forte base comunitária e preventiva. Atualmente, o nível primário de atenção é garantido pelos consultórios (UBS onde vivem e atuam os médicos e enfermeiras de família), o secundário pelas policlínicas e o terciário por hospitais (municipais e provinciais) e institutos médicos de assistência e pesquisa (nacionais) (Dresang et al, 2005).

As policlínicas contam com diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, outros profissionais de saúde (incluindo dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros), recursos de apoio diagnóstico, terapêutico e de reabilitação, salas de parto e observação clínica. Estas unidades abrangem uma área de 20.000 a 60.000 habitantes, cobrindo entre 30 a 40 consultórios de atenção primária (Keck e Reed, 2012). Cada 15 a 20 consultórios estão

vinculados a um “Grupo Básico de Trabalho”, constituído por matriciadores da policlínica, em que participam um internista, um pediatra, um ginecologista-obstetra, um psicólogo, um dentista, uma supervisora de enfermagem, uma assistente social, um estatístico e um sanitarista. Os Grupos Básicos de Trabalhos são responsáveis pela coordenação do cuidado e supervisão do trabalho dos médicos e enfermeiros de família (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011).

A organização da rede, com vasta quantidade de unidades de saúde, permite fácil acesso ao sistema para 100% da população, garantindo sua universalidade (De los Santos-Briones, Garrido-Solano, Chávez-Chan, 2004). Cuba alcançou, desde os anos 1980, a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, estabelecida na Conferência de Alma-Ata (Martínez et al, 1995).

Os resultados dos investimentos e estruturação dos serviços se evidenciam em indicadores de saúde comparáveis a países desenvolvidos. Em 2015, a esperança de vida ao nascer em Cuba era de 79,1 anos e a mortalidade infantil de 5,5 por 1000 nascidos vivos, enquanto nos Estados Unidos estes indicadores eram respectivamente de 79,3 e 6,5 (OMS, 2016). Em *ranking* do desempenho do sistema de saúde em relação ao nível de saúde, realizado pela OMS (2000, *apud* De los Santos-Briones, Garrido-Solano e Chávez-Chan, 2004), Cuba ocupou o 36º lugar, atrás do Canadá, situado na 35ª posição. Com foco sobre os determinantes sociais da saúde, Cuba, em 2012, apresentava-se próxima de alcançar os “Objetivos do Milênio”, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (Keck e Reed, 2012).

O sistema cubano de saúde, contudo, também apresenta desafios. Entre eles, sobressai-se a limitação de recursos materiais, reflexo até hoje da crise econômica que afetou o país na década de 1990. A modernização de hospitais e outras unidades tem sido lenta, a aquisição de equipamentos e materiais está atrasada e os salários dos profissionais permanecem baixos e estagnados. Soma-se que o envelhecimento populacional tende a trazer maiores demandas de investimento no setor (Keck e Reed, 2012). Em 2003, 62,4% da população se declarava insatisfeita, queixando-se das condições estruturais das instalações, da falta de recursos para a atenção integral e do tempo de espera para consultas e exames (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011).

Outras necessidades apontadas são relacionadas a maior participação comunitária, à informatização dos serviços, ao acesso à bibliografia e fontes de referência técnica nas unidades de saúde, à desburocratização do trabalho das equipes dos consultórios e melhores oportunidades de pesquisa na APS (Reed, 2001).

Há críticas também sobre o caráter totalitário do regime socialista. Até 1993, testes para HIV/AIDS eram mandatórios e soropositivos eram internados compulsoriamente em sanatórios (Gómez-Dantés, 2015; Keck e Reed, 2012). Libby (2011) indica restrições à autonomia de pacientes e médicos no cuidado à saúde reprodutiva. É possível supor que não houve embate com os interesses das corporações médicas em previsível resistência às mudanças do sistema de saúde, dentro do contexto político cubano, não sendo um fator que dificultasse a implementação de novos modelos assistenciais.

A prática médica na Atenção Básica em Cuba

Em um consultório típico, em Cuba, os médicos e enfermeiras de família moram no segundo andar ou em casa adjacente ao consultório e atendem no primeiro andar pela manhã. Pela tarde fazem visitas domiciliares e atividades na comunidade. Concebido inicialmente como o modelo do “médico das 120 famílias” (600 a 800 pessoas), nos dias atuais o território abrange até 1500 pessoas, preservando o número mais reduzido em áreas rurais, vulneráveis e de difícil acesso (Keck e Reed, 2012).

Os consultórios são dirigidos diretamente pelos médicos. As enfermeiras têm seu trabalho orientado pelos médicos. Contudo, as enfermeiras têm maior fixação no território, diferente dos médicos, que, após três anos de especialização pela Residência em Medicina Geral e Integral, podem trocar de posto, além de servirem em missões internacionais (Keck e Reed, 2012). Uma revisão do papel da enfermagem na APS, no sentido de ampliar sua capacidade de atuação, tem sido considerada entre os formuladores da política nacional (Reed, 2001).

As equipes também contam com a participação da comunidade, através da organização de Brigadas Sanitárias da Federação de Mulheres Cubanas, agentes voluntários de vigilância epidemiológica e responsáveis pela saúde nos sindicatos e nos Comitês de Defesa da Revolução. As lideranças agem em tarefas coletivas de saneamento, vacinação e promoção do diagnóstico precoce de determinadas doenças. Além disso, há programas de educação voltados para a população em relação aos principais problemas de saúde da comunidade e participação ativa em campanhas de doação de sangue, por exemplo (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011).

As ações dos médicos de família são pautadas por dois processos, que fazem parte do Plano de Médico e Enfermeira de Família: a análise da situação de saúde e o método da

avaliação contínua e estimativa do risco (“dispensarización”) (Keck e Reed, 2012; Morales, Pérez e Salabarría, 2009).

Na análise da situação de saúde se enfoca o diagnóstico comunitário através das doenças, fatores de risco e influências ambientais presentes na área adscrita. Esta análise deve ocorrer a partir da atualização, duas vezes por ano, das fichas separadas por famílias, em que cada membro tem anotados dados demográficos e condições de saúde. Seus achados servem para guiar as prioridades locais das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de alimentar os sistemas nacionais de informação (Keck e Reed, 2012; Morales, Pérez e Salabarría, 2009). Santos-Briones, Garrido-Solano e Chávez-Chan (2004) ressaltam que a análise da situação de saúde carece, porém, de participação comunitária e intersetorialidade.

O instrumento da “dispensarización” constitui um planejamento do processo de atenção. Todas as famílias devem ser visitadas anualmente e aqueles pacientes com perfil de prioridade são vistos semanal a trimestralmente, com o fim de aplicar planos de intervenção para a mudança de hábitos de risco e empregar terapias da medicina ocidental e alternativa para os problemas de saúde, de acordo com os protocolos nacionais (Keck e Reed, 2012; Morales, Pérez e Salabarría, 2009).

Há uma forte orientação comunitária e preventiva no cuidado. Dados epidemiológicos são registrados e revisados periodicamente, sendo os resultados discutidos com o Grupo Básico de Trabalho (Dresang et al, 2005). Ações de educação em saúde, rastreamento de doenças e controle de fatores de risco são tomados em nível individual e coletivo, nas consultas e visitas domiciliares. A realização de grupos para pessoas de variadas faixas etárias integra as atividades previstas em diversos programas, como os de atenção à saúde materno-infantil, ao idoso, de controle das doenças infecciosas e crônicas não-transmissíveis (Reed, 2001).

Os indivíduos são abordados no contexto da família e comunidade em uma perspectiva biopsicossocial, tratados de forma holística (Reed, 2001). Práticas integrativas são muito difundidas. O uso de produtos fitoterápicos é comum e estimulado pelo Ministério de Saúde Pública. Acupuntura, massagens, terapia magnética, homeopatia, entre outras alternativas, também são disponíveis em alguns consultórios, bem como em policlínicas (Dresang et al, 2005).

A relação com o nível secundário é estreita. As policlínicas são próximas e o acesso é facilitado pelos Grupos Básicos de Trabalho (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011). Atividades do Grupo Básico incluem discussão de casos clínicos e sociais, interconsultas, resolver demandas de reabilitação, além de supervisionar as equipes dos consultórios na realização da análise da situação de saúde e “dispensarización”. Os pacientes que são hospitalizados devem

ser visitados pelos médicos de família e os especialistas devem discutir com eles o plano de cuidado (Reed, 2001).

A formação dos médicos cubanos

Após a Revolução Cubana, o país precisou enfrentar uma abrupta emigração de metade do pessoal médico, na década de 1960 (Huish, 2014). Dada a urgência do projeto revolucionário, de trazer maior igualdade e qualidade do acesso à saúde para toda a população, Cuba se preocupou, desde 1960, em elevar a formação de profissionais de saúde. Para tanto, fez crescer o número de faculdades de Medicina, distribuindo-as de modo que, em 1979, todas as províncias contavam com ensino médico (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011).

Cuba conquistou uma capacidade inédita de formação de médicos, atingindo uma proporção de 6,8 médicos por mil habitantes em 2010, sem paralelos em todo o mundo (Huish, 2014; Rojas, 2012). Não há desemprego ou subemprego para a categoria e todos os profissionais são assalariados do Estado cubano, com equilíbrio favorável entre áreas urbanas e rurais (Martínez et al, 1995).

Desde o princípio do governo Fidel Castro, a medicina teve forte caráter preventivo. Com o fortalecimento cada vez maior do nível primário de atenção, o ensino médico deixou de se concentrar nos hospitais e passou a se espalhar pelas comunidades. As policlínicas foram incluídas como locais de aprendizado desde a década de 1970. Atualmente, os consultórios e policlínicas passam por um processo de avaliação para serem acreditados como unidades de ensino e é comum a presença de estudantes acompanhando o trabalho das equipes dos consultórios (Keck e Reed, 2012).

Em 1984, com a criação do Plano de Médico e Enfermeira de Família, houve uma reforma curricular do ensino médico e foi criada a Residência em Medicina Geral e Integral (MEDICC, 2004). A carga horária dos estudantes em atividades na comunidade foi ampliada para 18%, houve aumento da proporção de conteúdos de epidemiologia e saúde pública (inclusive comunicação social), introdução de métodos ativos de aprendizagem e ensino precoce de habilidades clínicas, em conjunção com as ciências básicas (MEDICC, 2004; Keck e Reed, 2012). Mais recentemente, a aprendizagem da medicina complementar e alternativa, integrada à fisiologia, anatomia e cursos clínicos, também foi incorporada (Dresang et al, 2005).

Após concluir seis anos de graduação, forma-se um médico de perfil amplo, que

começa a trabalhar por um a dois anos como médico de família. Depois, o profissional realiza três anos de Residência em Medicina Geral e Integral. Só então pode fazer uma segunda Residência Médica, em outra especialidade (Martínez et al, 1995). Durante a Residência de Medicina Geral e Integral, o médico desenvolve a prática integralmente na comunidade, principalmente no consultório, e deve elaborar um trabalho a partir do diagnóstico de saúde da comunidade. O especialista em Medicina Geral e Integral tem quatro funções principais: cuidado médico, ensino, pesquisa e gestão (MEDICC, 2004).

De acordo com Suárez, Sacasas e Garcia (2008), o médico de família cubano é capacitado para atingir as “cinco estrelas” definidas pela Organização Mundial de Médicos de Família: 1) prestação de cuidados abrangentes e integrais; 2) tomada de decisões custo efetivas em favor do paciente e comunidade; 3) comunicação com indivíduo e comunidade para mudanças de hábitos de vida com participação social; 4) gerenciamento de conhecimentos em equipes interdisciplinares e comunidade; e 5) líder comunitário na compreensão de determinantes de saúde e da vida social. Uma competência (“estrela”) adicional é a sua função de ensino médico, permitindo maior capacidade para multiplicar os profissionais a partir da rede de saúde.

Osa (2011) destaca que há valores éticos para a formação em medicina, que definem a orientação comunitária e missionária: ir ao encontro das necessidades de toda a população; comprometer-se com aspectos sociais; ter competências para lidar com os principais problemas de saúde da comunidade; e servir e se comprometer a exercer a prática médica no sistema público e gratuito.

Cuba garante, deste modo, a formação de profissionais voltados para a prática na APS. Em 2009, entre os 74.880 médicos ativos, 73% possuíam alguma especialização, sendo quase a metade (45%) em Medicina Geral e Integral, seguida por Medicina Interna, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, reforçando a vocação do sistema de saúde para os cuidados primários (Roja, 2012). Em função deste modelo, Cuba tem a maior proporção de médicos de família por habitantes no mundo (1:600, mais de cinco vezes maior que nos Estados Unidos – 1:3200) (Dresang et al, 2005).

As missões estrangeiras

A grande capacidade de formação de médicos aliada ao perfil voltado para a prática na APS tem propiciado a Cuba condições favoráveis para exercer a cooperação internacional de

recursos humanos em saúde em comunidades vulneráveis como uma política externa pautada na ética da solidariedade (Huish, 2014).

Analisando a inserção de médicos cubanos em programas de cooperação internacional, Huish (2014) aponta que, com vinte por cento de seus médicos distribuídos por 67 países em missões, Cuba arrecada um valor estimado em mais de oito bilhões de dólares na prestação de serviços, obtém acordos vantajosos em *commodities* ou conquista um estratégico capital simbólico, que facilita potenciais trocas futuras, mas, sobretudo, constrói uma resistência a estruturas hegemônicas globais produtoras de iniquidades e marginalização. Neste sentido, a presença estável de 35 mil médicos cubanos, trazendo acesso à saúde para aproximadamente 70 milhões de pessoas, em áreas onde médicos do seu próprio país rejeitam trabalhar, desafia a repensar os mecanismos que geram tais desigualdades.

A cooperação internacional remonta ao ano de 1960, quando Cuba enviou equipes para assistência em terremoto no Chile. Desde então, médicos cubanos já foram enviados a 27 países para atuar frente a desastres naturais e epidemias. Em 2005, foi organizado o Contingente de Emergências Médicas Henry Reeve, com um time especialmente treinado para estas situações, como ocorreu em países da América Central atingidos pelo furacão *Katrina* e na epidemia de Ebola na África (MEDICC, 2015).

As modalidades de cooperação internacional incluem programas especiais, como o Contingente Henry Reeve, mas também o Programa Mais Médicos, no Brasil. Destaca-se como um dos maiores programas a Missão *Barrio Adentro*, de 2004, que trouxe o modelo cubano de consultórios e policlínicas para áreas rurais e periferias urbanas da Venezuela, com treinamento de médicos de regiões mais pobres e participação de mais de 115 mil cubanos desde o início desta cooperação. Outro programa importante é a Operação *Milagro*, que, até 2014, levou à restauração da visão para mais de três milhões de pessoas em 34 países da América Latina (MEDICC, 2015).

A colaboração tripartite, em que Cuba fornece pessoal médico e outros países aplicam recursos financeiros em locais com situações precárias de saúde é mais uma modalidade de cooperação. Cuba também fornece tratamento e ensino, por meio de taxas de serviço, a pessoas que buscam a empresa de Serviços Médicos Cubanos. Por último, desenvolve a educação médica internacional, tanto pela Escola Latinoamericana de Ciências Médicas, em Havana, gratuita e voltada para formar médicos em países com populações desfavorecidas de acesso à saúde, assim como através da fundação de escolas médicas em cooperação com governos da América Latina, África e Ásia (MEDICC, 2015).

Há questionamentos nos acordos de cooperação com a Venezuela e o Brasil, em

virtude de não realizarem pagamento direto ou integral da remuneração ao médico (Campos, 2015; Gómez-Dante, 2015). No entanto, para o médico cubano, inversamente ao que ocorre com profissionais de outros países que decidem trabalhar em áreas mais vulneráveis, há vantagens, não apenas em ganhos aproximadamente mais de quatro vezes maior que o salário original em seu país, mas especialmente, na segurança, retaguarda e estabilidade oferecida pelos governos em acordo e, principalmente, no prestígio e avanço na carreira ao retornar (Huish, 2014).

Algumas implicações das missões internacionais são sentidas dentro de Cuba. A população tem demonstrado, em pesquisas sobre a qualidade dos serviços, insatisfação com certas dificuldades de reorganização dos consultórios para compensar a ausência dos médicos (Domínguez-Alonso e Zacca, 2011). Rojas (2012) aponta que a qualidade também é influenciada pela desmotivação para o trabalho e percepção de desigualdade entre os trabalhadores do setor. Médicos que não cumprem missões exteriores experimentam limitações econômicas similares a de outros cidadãos, diferente do que geralmente ocorre em outros países, onde a categoria frequentemente se distingue como um estrato com vantagens de renda.

2.4 – A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE COMO ENFOQUE PARA ANÁLISE DO PMM

A concepção da Política Nacional de Atenção Básica incorpora atributos definidos por Starfield (2002), representando um emblema na busca de uma APS robusta e orientando o desenvolvimento de um conjunto de metodologias para sua avaliação (Almeida, 2015). Os atributos essenciais são quatro: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados. A presença destes atributos caracteriza um serviço como realmente orientado à APS (Starfield, 2002). Neste sentido, avaliar a consistência da proposta do PMM implica em analisar sua contribuição para a consecução efetiva destes atributos da APS.

No contexto do “Mais Médicos”, a disponibilidade de profissionais ofertada pelo programa de provimento certamente impacta o acesso e a longitudinalidade, ainda que parcialmente, porém as marcas da integralidade e coordenação dos cuidados se relacionam com aspectos mais complexos no universo da gestão e das práticas.

A integralidade é uma das bandeiras de luta do movimento sanitário e se constituiu

como um dos princípios do SUS (Mattos, 2004). Representa, nos termos da lei, um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1988). É determinada tanto no nível do trabalho em saúde quanto no âmbito das políticas que atingem os determinantes do processo saúde doença cuidado e garantem condições satisfatórias de bem-estar à população (Noronha, Lima e Machado, 2012).

Cecílio (2009) e Conill (2004) sublinham que o tripé de princípios que regem o SUS – universalidade, equidade e integralidade – são intimamente interligados, de modo que a satisfação de um dos elementos pilares da saúde no Brasil não pode ser considerada sem que os demais também sejam contemplados. Acesso universal a cuidados parcelares e descontínuos, na prática, equivale a não haver universalidade.

A Política Nacional de Atenção Básica, desde sua primeira versão em 2006, reitera a integralidade como princípio (Brasil, 2006). A própria descrição da Atenção Básica na política, de certo modo, confunde-se com o conceito de integralidade: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde” (Brasil, 2006, p. 10). A PNAB de 2011 reafirma este princípio e suas definições se verificam nas funções de resolutividade e ordenamento da rede que se atribuem à Atenção Básica (Brasil, 2011).

De fato, mesmo o termo “atenção básica” foi cunhado no Brasil para diferenciar o modelo projetado na reforma sanitária dos programas de APS seletiva, difundidos pelas agências internacionais. A APS, então, pode ter diferentes abordagens, sendo comum a dualidade entre uma abordagem que a compreenda de forma abrangente ou integral, como na concepção da Declaração de Alma-Ata, e outra, que a veja de forma seletiva, enfatizando um conjunto limitado de serviços voltado para a população mais pobre (Giovanella e Mendonça, 2012).

Muitos autores posicionam a integralidade no cerne do que significa a APS. Istúriz (2015:16) ressalta que “*un articulo publicado por Tejada (2003), quien fuera el coordinador de la conferencia de Alma-Ata y subdirector general de la OMS, señala que el término “cuidado integral de la salud” expresa mejor el sentido primigenio de Alma-Ata*”. Também segundo Giovanella e Mendonça (2012: 493), “atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais de saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas (...)”.

Destacada a relevância da integralidade para o SUS e para a APS, no intuito de

analisar se o Programa Mais Médicos produz transformações na saúde, é preciso verificar o quanto a política de provisão de profissionais para a Atenção Básica consegue direcionar a APS para os sentidos da integralidade.

O modelo preconizado para a APS por meio da Estratégia da Saúde da Família implica em significativas mudanças nas práticas do cuidado em saúde, que configuram a organização dos serviços (Barbosa et al., 2012). As demandas do SUS, da atenção básica e do contexto atual de tripla carga de doenças requerem a incorporação de novos saberes, como o planejamento, a epidemiologia, a educação em saúde e a clínica ampliada, para satisfazer as necessidades de saúde. Neste âmbito, espera-se que o PMM possa oferecer uma resposta adequada, o que implica, necessariamente, considerar a integralidade entre seus aspectos.

As dimensões da integralidade

A integralidade, conforme Mattos (2009), antes que um conceito, é uma “imagem-objeto”: “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar” (p. 45). Abarcando vários sentidos, convém não exaurir a definição de integralidade, a fim de que não sejam silenciadas as vozes dos que participam na construção de um sistema de saúde mais justo e solidário.

O autor classifica os diversos sentidos da integralidade em três categorias: quanto às políticas de saúde, à organização dos serviços e às práticas (Mattos, 2009).

Sobre as políticas de saúde, ou seja, nas respostas governamentais aos problemas de saúde, integralidade se refere à negativa de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Neste sentido, a abrangência dessas respostas deve amarrar ações de alcance preventivo e assistenciais, não se focando em apenas um desses dois aspectos, nem se basear somente nos indicadores epidemiológicos. Em outra nuance, a integralidade se manifesta na capacidade de abarcar os diversos grupos atingidos pelo problema, respeitando-se suas especificidades, seus desejos e sem negligenciar seus direitos. Para tanto, a intersetorialidade é indispensável (Mattos, 2009).

Em relação à organização dos serviços, a integralidade é um contraponto ao modelo hospitalocêntrico e ao planejamento de programas verticais na assistência e prevenção, que configura um sistema fragmentado de atendimento. Procura, então, dar uma resposta à tradicional dicotomia entre a prestação de assistência médica e as ações de Saúde Pública. Compreende também um processo de trabalho que esteja atento tanto à demanda programada

e à espontânea. Ou seja, um modo contínuo de organizar as práticas baseadas na apreensão também contínua e ampliada das necessidades de saúde da população (Mattos, 2009).

No terreno das práticas – foco deste estudo – em oposição a um olhar fragmentado e reducionista, a integralidade remete ao imperativo de considerar o sujeito em sua totalidade, não apenas em seus aspectos biológicos, mas também nos psicológicos e sociais. Realça a necessidade de superar o cartesianismo do paradigma anatomoclínico. Esta superação se expressa na compreensão ampliada dos problemas do paciente e, ainda, na incorporação de atividades preventivas às assistenciais e vice-versa. Significa dizer, uma resposta adequada ao sofrimento, articulada com a busca de necessidades ocultas, com prudência – para evitar o risco de incorrer em medicalização – e contextualizando ofertas para momentos oportunos (Mattos, 2009).

Em comum, a recusa ao reducionismo e à objetificação dos sujeitos são elementos fundamentais da integralidade. Resulta, então, que as ações precisam ser pautadas pela intersubjetividade, quer dizer, relação sujeito-sujeito, em uma perspectiva dialógica, ampliada das necessidades e de consideração às singularidades (Mattos, 2009).

Esta concepção se constitui como parte da transição de um paradigma biomédico ou anatomoclínico, refletido em uma organização hospitalocêntrica, com ênfase sobre as especialidades e voltado para doenças, para um modelo biopsicossocial ou integral, voltado para os sujeitos e para a prática generalista na comunidade (Paim, 2012)

Assim, Campos (2003) afirma que a reforma da clínica moderna deve partir de seu núcleo biomédico e se estender aos aspectos subjetivos e sociais, deslocando a ênfase sobre a doença para colocá-la sobre o sujeito concreto. Sugere a ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica: da dimensão biológica e orgânica de variados riscos e enfermidades para incluir também o sujeito e seu contexto. Haveria então uma clínica ampliada em relação à oficial (a "Clínica clínica"), está submetida a limitações ontológicas e debilidades de constituição.

Ayres (2004) indica que o horizonte normativo deve se alargar da referência à normalidade morfofuncional para a construção de projetos de vida. Possibilita, assim, a prestação de um cuidado mais integral e abrangente, com respeito à participação do paciente. Como implicações para a produção do cuidado, exige promover e trabalhar com intersectorialidade, interdisciplinaridade, vínculo, identidade e responsabilidade. O autor enfoca o sucesso prático terapêutico por meio do alcance da felicidade em um sentido existencial, para além do controle dos fatores de riscos e doenças. Sublinha-se a singularização da abordagem e, por outro lado, o reconhecimento, nesta abertura ao contexto,

da produção social do processo saúde-doença, com conseqüente necessidade de atuação sobre os determinantes sociais e consciência sobre os significados coletivos dos problemas de saúde.

Estes pressupostos são compartilhados por Cecílio (2009), que aborda mais profundamente as necessidades, identificadas sob os seguintes pontos de vista: dos determinantes ambientais e sociais; do uso das tecnologias (leves, leve duras, duras) para prolongar e melhorar a vida (definido que tipo de tecnologia e em que tempo a depender da singularidade da pessoa em cada tempo); do vínculo com quem presta cuidados, significando um encontro de sujeitos, contínuo, pessoal e vivo; e, por fim, da potencialização da autonomia.

A integralidade resulta da apreensão apropriada e escuta aberta das necessidades, conforme esta abordagem. O autor afirma que os esforços isolados dos trabalhadores ou dos serviços – denominada como integralidade focalizada – não são capazes de dar conta totalmente da resposta a tais necessidades, havendo de se lançar mão também de uma integralidade ampliada, na articulação com a rede de saúde (os diferentes espaços de tecnologias distintas conectados entre si) e com outros setores. A partir das necessidades reais dos sujeitos, a integralidade no “micro”, em cada serviço, reflete-se no “macro”, na teia de serviços, no sistema de saúde (Cecílio, 2009).

Camargo Jr. (2010) comunga deste entendimento que a integralidade é um “ideal regulador, um devir (...) a um tempo inalcançável e indispensável” (p.42), que atravessa a saúde da perspectiva macro à micropolítica. Porém, a sedução à totalidade é um viés que gera preocupações no âmbito da medicalização extensa da vida dos indivíduos, famílias e populações. Invocar as reais necessidades de saúde é um meio de tentar limitar estas intervenções.

A multiplicidade de abordagem da integralidade pode ser observada ainda em Conill (2004), que em um levantamento de estudos sobre o assunto, aponta variadas dimensões de análise para o cuidado integral, a saber: cuidado pessoal e familiar; completo; contínuo; coordenado; vínculo; promoção da saúde; prevenção de agravos; articulação das ações. Ressalta-se a designação de cuidado completo, representando uma vasta gama de ações e serviços que são oferecidos às pessoas de acordo às suas necessidades. Neste sentido, a integralidade, no contexto dos cuidados primários, costuma ser traduzida em inglês como “comprehensiveness”, com um significado de abrangência. Todavia, o termo, no Brasil, ganha contornos do ideário da Reforma Sanitária, ultrapassando a visão mais simples adotada no cenário internacional, onde *comprehensiveness* está ligada a uma soma ampliada de

procedimentos contidos em uma carteira de serviços.

Este direcionamento está mais de acordo com o atributo formulado por Starfield (2002), que o descreve como “a capacidade da equipe de lidar com os problemas emergentes da população a qual serve” (p.45). Expressa-se pela variedade de serviços que os profissionais da APS podem oferecer aos cidadãos, conforme as necessidades locais, inclusive por meio de um sistema de referência e contrarreferência.

No caso brasileiro, entre os atributos da APS sistematizados por Starfield (2002), o da integralidade mantém o caráter de competências abrangentes, porém revestido de um paradigma que resgata a multidimensionalidade da saúde. A luta pela integralidade, entendida como prática social, busca uma compreensão que possa mediar os conhecimentos, as práticas e as tecnologias na oferta articulada de ações de saúde mais adequadas à solução das necessidades (Silva Junior et al, 2008). Valoriza-se, portanto, uma abordagem centrada na pessoa, realizada não por meio de prescrições, mas de interações e mediações. Esta abrangência da APS se estende, assim, do âmbito individual até o coletivo e ambiental, situado em um território vivo, indo além da mera oferta de procedimentos técnico-assistenciais (Silva Junior et al, 2010).

Nesta linha, Giovanella et al. (2002) descrevem, por sua vez, uma noção de integralidade composta por quatro dimensões: primazia das ações de prevenção e promoção, garantia de atenção em todos os níveis de assistência, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação e abordagem integral de indivíduos e famílias. Buscando criar um instrumento de avaliação da diretriz da integralidade em sistemas municipais, os autores elaboram critérios que são atribuíveis a este princípio do SUS.

Em sua primeira dimensão, argumentam que corresponde à concepção que assume como de maior efetividade as tarefas de promoção e prevenção na saúde, portanto, tendo um papel de primazia, sem, contudo, negligenciar ações de proteção e recuperação conforme as necessidades. Esta primazia poderia ser manifesta em práticas que representem a intersetorialidade e planejamento com participação social, como fóruns intersetoriais, monitoramento de indicadores sociais e ambientais, atividades de educação permanente, atenção à saúde do trabalhador (Giovanella et al., 2002).

Na segunda dimensão, sustentam que a garantia de cuidados oportunos nos três níveis do sistema de saúde compreende uma oferta organizada dos recursos tecnológicos com regionalização e hierarquização, marcados por arranjos de referência e contrarreferência adequados, protocolos de assistência a problemas de saúde, integração da ESF à rede. (Giovanella et al., 2002).

A dimensão da articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação requer estreita coordenação entre os envolvidos com o cuidado. Pressupõe instâncias de integração, programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação a partir de problemas específicos, uso das informações de vigilância em saúde para a organização das práticas. (Giovanella et al., 2002).

Finalmente, a quarta dimensão, a abordagem integral dos indivíduos e famílias, diz respeito a intervenções nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, viabilizada por meio do vínculo do usuário com o profissional e/ou serviço e da integração de atividades desenvolvidas nas unidades e no sistema de saúde. Constam desta dimensão adscrição com vínculo da população, acolhimento à demanda espontânea, atenção psicossocial, a multi e interdisciplinaridade no trabalho, atividades de grupo e extra-unidade, discussão de casos entre profissionais dentro e fora do serviço.

Almeida, Giovanella e Nunan (2011), por sua vez, estruturam as diversas dimensões de uma APS integral nas seguintes ações: acompanhar os grupos prioritários e prestar atendimento oportuno à demanda espontânea quando a pessoa adoecer; integrar as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação; coordenar os cuidados na rede de serviços e garantir a atenção especializada e hospitalar; atender as pessoas contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também aspectos psicológicos e principalmente sociais, buscando promover a saúde e enfrentar seus determinantes sociais.

Atualmente, essas diversas abordagens sobre a integralidade nas práticas são em parte operacionalizadas sobretudo por duas estratégias para a avaliação da Atenção Básica no Brasil: o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PCATool foi desenvolvido por Starfield e colaboradores (Harzheim et al, 2010) para a aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, sendo adaptado e validado para a realidade brasileira (Harzheim et al, 2010). Compõe-se de questionários em versões para gerentes, profissionais e usuários. Em sua seção destinada à integralidade, concebe que a mesma significa “ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS” (Harzheim et al, 2010: 9). As perguntas são divididas em blocos referentes a serviços disponíveis e serviços prestados, com uma lista que varia, por exemplo, de participação em programa de assistência social, aconselhamentos, procedimentos cirúrgicos

ambulatoriais, identificação precoce de problemas ou se o médico/enfermeiro perguntam sobre as ideias e opiniões dos pacientes.

Já o PMAQ-AB, distintamente, é um programa do Ministério da Saúde voltado para promover a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento (em que ocorre a autoavaliação dos serviços), avaliação externa e recontratualização (Brasil, 2013c). O instrumento de autoavaliação (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ) e o questionário de avaliação externa englobam itens diversos, que ajudam a compreender a integralidade na prática dos serviços, como o acolhimento à demanda espontânea, organização da agenda, oferta e resolubilidade das ações da equipe, atenção a condições específicas, práticas integrativas e complementares, promoção da saúde, visita domiciliar, entre outras (Brasil, 2013d).

No cenário internacional, Wilson et al. (2015) também investigaram características da integralidade das práticas, em mapeamento da APS realizado em 31 países da Europa. Os quatro atributos essenciais da atenção primária constituíram os eixos do mapeamento, sendo entendida a integralidade no âmbito da abrangência (“*comprehensiveness*”) e considerando que quanto mais ampla a gama de serviços oferecidos aos pacientes na APS, menor a dependência de serviços de atenção secundária e mais forte é a APS (Wilson et al., 2015). Valendo-se de um instrumento de monitoramento, desenvolvido pelo *Primary Health Care Activity Monitor for Europe* (PHAMEU), a integralidade foi analisada a partir de sete características: equipamento médico disponível; primeiro contato para problemas comuns; tratamento e seguimento de doenças; procedimentos técnicos médicos; cuidados preventivos; atenção à saúde reprodutiva e à mãe/criança; e promoção da saúde.

De acordo com Pinheiro e Silva Junior (2011), práticas avaliativas amistosas à integralidade devem tomar como base ações cotidianas dos serviços para se aproximar das interações democráticas entre os atores em suas práticas cotidianas, estimulando o dialogismo. É preciso que percebam a inclusão dos usuários na definição de suas necessidades e na tomada de decisão sobre as alternativas de cuidado.

Seguindo esta direção, Silva Junior e Mascarenhas (2004) operacionalizaram uma forma de avaliação do cuidado que melhor distinguiria ações de saúde e processos de trabalho em aspectos relevantes na direcionalidade das mudanças no modelo tecnoassistencial, pouco percebidos por acompanhamento de metas de cobertura, produção de serviços e indicadores de impacto epidemiológico.

Os autores propõem a utilização dos conceitos de acolhimento, vínculo-

responsabilização e qualidade da atenção à saúde. Acolhimento inclui noções de acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas e seus contextos biopsicossociais, a discriminação dos riscos e a coordenação interdisciplinar das equipes e serviços de saúde. O vínculo e responsabilização englobam noções de longitudinalidade, instituição de referências terapêuticas e responsabilidade do profissional em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para a resolução dos problemas de saúde. A qualidade da atenção considera questões da conduta profissional e da relação profissional-paciente, estabelecendo um tratamento que é capaz de alcançar melhor equilíbrio entre benefícios e riscos, integrando cuidados técnicos, socioambientais e psicológicos (Silva Junior e Mascarenhas, 2004).

A partir desta breve revisão do tema, é possível assumir uma síntese sobre a integralidade no universo das práticas em duas grandes dimensões: a abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária; e a oferta de um elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência. Ambas dimensões agrupam componentes que resumem os aspectos pertinentes às práticas, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2: Dimensões e componentes da integralidade nas práticas

Integralidade nas práticas	
Dimensões	Componentes
Abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consideração da dinâmica do espaço territorial ➤ Centralidade no sujeito e sua autonomia ➤ Integração com outros setores ➤ Valorização dos determinantes sociais ➤ Participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde
Elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carteira ampla de serviços para promoção à saúde, prevenção de agravos, recuperação e limitação de danos ➤ Atenção à demanda espontânea e programada ➤ Prestação de serviços assistenciais e/ou preventivos em diversos cenários ➤ Integração com outros serviços de saúde ➤ Interdisciplinaridade ➤ Planejamento das intervenções ➤ Utilização de protocolos assistenciais apropriados ao contexto

Fonte: Elaboração própria

A **abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária**, compreende a incorporação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais no processo saúde

doença cuidado (Mattos, 2009; Giovanella et al., 2002; Almeida, Giovanella e Nunan, 2011). Nela, a centralidade do sujeito constitui um caráter crucial. Quem recebe cuidado, no invés de ser um objeto de intervenção, merece ser entendido em sua totalidade e possui direito à participação nas decisões sobre sua própria saúde e, por conseguinte, deve ter a autonomia respeitada e ampliada (Ayres, 2004; Silva Junior e Mascarenhas, 2004; Mattos, 2009; Cecílio, 2009; Camargo Junior, 2010).

A consideração da dinâmica do espaço territorial permite ao prestador de uma atenção integral, principalmente na APS, o olhar sobre as condições ambientais e geográficas que atuam sobre as necessidades, como apontam Cecílio (2009) e Silva Junior (2015). Neste sentido, o profissional não pode prescindir da integração com outros setores, além da saúde, para promover a saúde (Cecílio, 2009; Silva Junior, 2015; Giovanella et al., 2002).

A valorização dos determinantes sociais adentra esta dimensão da integralidade, possibilitando uma compreensão abrangente dos problemas de saúde (Cecílio, 2009; Camargo Junior, 2010; Almeida, Giovanella e Nunan, 2011). Portanto, a integralidade das práticas tem como escopo não apenas os indivíduos, mas também as coletividades para que participem ativamente dos projetos de saúde (Mattos, 2009; Giovanella et al., 2002; Silva Junior, 2015).

A dimensão do **elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência** incorpora o conjunto de ações que caracterizam uma carteira ampla de serviços ofertados no âmbito da APS e sua oferta integrada (Starfield, 2002; Conill, 2004; Silva Junior et al, 2010; Wilson et al., 2015). Neste sentido, faz parte da integralidade ofertar atenção à demanda espontânea em tempo oportuno e à demanda programada (Almeida, Giovanella e Nunan, 2004; Mattos, 2004; Silva Junior et al, 2008).

Da mesma forma, a prestação de serviços assistenciais e preventivos em cenários além do espaço do consultório ou da unidade de saúde deve estar entre as ações de um profissional de saúde integral, fundamentalmente na APS, a fim de atender às necessidades e se integrar ao território (Mattos, 2004; Cecílio, 2009; Brasil, 2013d). Contudo, por mais ampla que seja a carteira de serviços na APS, as ações para um cuidado integral devem ser integradas aos demais serviços de saúde da rede, para responder às necessidades mais complexas, o que também requer atuação interdisciplinar no campo das práticas (Giovanella et al., 2002; Starfield, 2002; Silva Junior, 2015).

O planejamento das intervenções em saúde se estabelece como mais um elemento identificado das práticas com integralidade, pois é necessário para enfrentar problemas de saúde coletivos e individuais (Giovanella, et al., 2002; Almeida Giovanella e Nunan, 2011; Wilson et al., 2015). Precisam, ainda, contar com a execução de protocolos assistenciais que

sejam apropriados ao contexto, integrando ações preventivas e curativas (Mattos, 2004; Silva Junior, 2015; Silva Junior e Mascarenhas, 2004).

Desta forma, a concepção e operacionalização do conceito de integralidade das práticas adotado neste estudo serão guiadas pelas dimensões e componentes apresentados no Quadro 2, posteriormente desdobrados em categorias de análise e indicadores, identificados nos instrumentos mencionados e explorados com abordagens distintas para a construção das evidências.

3. METODOLOGIA

Foi realizado estudo predominantemente qualitativo com métodos mistos, a partir de fontes primárias e secundárias. Considerando a extensão do município do Rio de Janeiro, a quantidade de profissionais envolvidos no PMM e os objetivos do estudo, optou-se por localizá-lo em uma região específica: a Área Programática 3.1, situada na zona norte da cidade. A escolha deste território se justifica por estar entre os que apresenta maior número de EqSF e UBS com médicos do PMM, por ser acessível ao pesquisador, pela aproximação do mesmo com possíveis informantes-chave da região e por ser administrada por uma Organização Social de Saúde que disponibiliza em portal eletrônico público relatórios de desempenho das EqSF com vistas à prestação de conta de seus serviços.

Para análise da integralidade das práticas, foi elaborada matriz composta por dimensões, componentes, categorias e indicadores. As fontes de informação utilizadas foram: a) entrevistas semiestruturadas com médicos participantes do PMM; b) grupo focal com supervisoras do PMM; c) indicadores de desempenho das EqSF do município do Rio de Janeiro, oriundos dos relatórios de prestação de contas da Organização Social de Saúde Viva Rio; e, complementarmente, d) relatórios de supervisão prática, elaborados pelos supervisores do Programa Mais Médicos no acompanhamento mensal dos médicos participantes, disponíveis na plataforma virtual da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), em um sítio eletrônico próprio, designado *webportfólio*. Para compreensão dos resultados, a análise das informações das diversas fontes foi triangulada, consolidando os achados nas categorias, componentes e dimensões da matriz. Os relatórios do *webportfólio*, pela análise documental prévia necessária, além do conjunto diferenciado de médicos e supervisores abordados, tiveram seus resultados apresentados de forma separada, sendo melhor integrados às demais fontes de informação no capítulo de discussão. A pesquisa se delimitou ao período de 2013 a 2016, compreendendo o primeiro triênio do programa.

A seguir são detalhados: 1) a matriz de análise, 2) as fontes de informação e análise dos dados e 3) considerações éticas.

3.1 – A MATRIZ DE ANÁLISE

Para alcançar os objetivos da pesquisa, adotou-se o conceito de integralidade das práticas, operacionalizado por meio de duas dimensões: a) abordagem biopsicossocial do

cuidado, com orientação comunitária e b) elenco ampliado e integrado de ações de promoção, de prevenção e assistenciais, e seus respectivos componentes.

Com base na revisão bibliográfica sobre integralidade, sintetizada no Quadro 2, foi elaborada matriz de análise, que além das dimensões e componentes da integralidade das práticas, incorpora também indicadores quantitativos e qualitativos, selecionados ou produzidos por meio de verificação das fontes de informações identificadas para o estudo.

O Quadro 3 apresenta a matriz de análise elaborada, com as respectivas dimensões, componentes e categorias/indicadores.

Quadro 3: Matriz de análise integralidade das práticas

<i>Dimensão: Abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária</i>	
Componentes	Categorias de análise
Consideração da dinâmica do espaço territorial	Reconhecimento dos os equipamentos sociais e culturais relevantes no território
	Conhecimento da distribuição das condições de saúde
	Identificação da área geográfica adscrita
	Intervenção sobre riscos sanitários, ambientais e sociais do território
Centralidade do sujeito e sua autonomia	Conhecimento e uso da abordagem centrada na pessoa ⁴
	Promoção da motivação e capacidade de autocuidado do usuário
	Identificação de suporte familiar e social aos indivíduos
	Respeito e orientação sobre direitos de cidadania
Intersetorialidade	Articulação com serviços de outros setores
Valorização dos determinantes sociais	Acompanhamento de todos os integrantes do Programa Bolsa Família do território
	Atuação diferenciada em casos de vulnerabilidade social
	Indicação ou esclarecimento sobre oportunidades e meios de emprego, renda, educação ou suporte social
	Identificação de riscos e vulnerabilidades pelo ambiente de trabalho e violência
Participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde	Diagnóstico comunitário com lideranças locais
	Realização de prestação de contas (“accountability”) à comunidade
	Participação em conselho local de saúde
	Formação de parcerias na comunidade

4 A abordagem centrada na pessoa, conforme Lopes (2012), é uma forma de organizar a consulta e possui seis componentes: explorar a doença e a experiência da pessoa em estar doente; entender a pessoa como um todo; elaborar um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas; incorporar prevenção e promoção da saúde na prática diária; intensificar a relação médico pessoa; e ser realista. O método clínico centrado na pessoa, desenvolvido por Stewart et al (1995, apud Mead e Bower, 2000), provou-se como uma ferramenta custo efetiva e que põe de volta a pessoa como centro do cuidado na consulta (Lopes, 2012).

<i>Dimensão: Elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde</i>	
Componentes	Categorias de análise/indicadores
Carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência em saúde	Aconselhamento individual sobre alimentação saudável, cessação do tabagismo e redução de danos em dependentes de álcool e drogas
	Realização de cantoplastia, sutura, remoção de cerúmen e inserção de dispositivo intrauterino
	Participação em grupos com usuários
	Consultas com inserção de dispositivo intrauterino por 1000 mulheres de 15 a 49 anos
	Consultas de planejamento familiar por 1000 mulheres de 15 a 50 anos
	Porcentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos
Atenção à demanda espontânea e programada	Porcentagem de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas
	Porcentagem de consultas médicas de usuários cadastrados realizadas pelo médico da EqSF
	Definição de vagas na agenda para marcação de consultas no dia
	Atendimento inicial a casos de urgência
	Acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, tuberculosos e usuários com transtornos mentais
	Porcentagem de gestantes que tiveram 6 consultas ou mais de pré-natal
	Porcentagem de gestantes com VDRL registrado até a 24ª semana de gestação
	Porcentagem de crianças de 1 ano que tiveram 5 consultas ou mais de puericultura
	Porcentagem de diabéticos com hemoglobina glicada inferior ou igual a 9%
	Porcentagem de hipertensos com no mínimo 2 registros de pressão arterial, um destes com valor inferior ou igual a 150/90mmHg
Prestação de serviços em diversos cenários	Realização de atividades coletivas fora da UBS
	Visitas domiciliares e atendimento domiciliar para usuários acamados
Integração com outros serviços de saúde	Troca de informações com profissionais da atenção secundária e/ou terciária
	Acompanhamento dos casos encaminhados a outros serviços
Interdisciplinaridade	Realização de reuniões periódicas de equipe, com discussão de casos
	Formulação de plano de cuidados compartilhado
	Relação com equipe de enfermagem, ACS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Planejamento das intervenções	Análise em equipe de indicadores de saúde da população
	Desenvolvimento de atividades planejadas a partir dos indicadores de saúde
Utilização de protocolos assistenciais	Conhecimento das linhas de cuidado definidas para a rede municipal de saúde
	Uso de diretrizes clínicas nacionais e internacionais

Fonte: Elaboração própria

A abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, foi composta por elementos que explicam a perspectiva e modo de atuação dos médicos para a compreensão das pessoas e comunidade do ponto de vista integral. Os componentes estudados

tratam do olhar sobre o território, da centralidade do sujeito e sua autonomia, da intersectorialidade, da valorização dos determinantes sociais e da participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde. São características que indicam uma abordagem integral, ampliando os objetivos do cuidado na APS para questões não apenas biomédicas, mas também psicológicas e sociais, voltando-se, ainda, para a atuação na comunidade, conforme explicitado no capítulo 2.4.

A outra dimensão da integralidade das práticas, o elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, contém, por sua vez, aspectos do rol de atividades desempenhadas pelos médicos que apontam para um cuidado abrangente em consideração às demandas e necessidades da população. Os componentes analisados foram a carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência, a atenção à demanda espontânea e programada, a prestação de serviços em diversos cenários, a integração com outros serviços de saúde, a interdisciplinaridade, o planejamento das intervenções e a utilização de protocolos assistenciais. Os componentes englobam a promoção, prevenção e assistência à saúde de modo integrado e conferem maior capacidade de resolutividade à APS, fortalecendo-a como base do sistema de saúde, também apresentado no capítulo 2.4.

3.2 – FONTES DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Tendo como objeto de pesquisa as práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro, o estudo teve como fonte de informações: entrevistas semiestruturadas com profissionais pertencentes ao PMM na AP 3.1; grupo focal com supervisoras; indicadores de desempenho das EqSF disponíveis nos relatórios de prestação de contas da OSS Viva Rio; e dados dos relatórios de acompanhamento mensal do Programa Mais Médicos, preenchidos pelos supervisores e entregues via *internet*, no *webportfólio* do programa, dentro da plataforma virtual da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Além da análise realizada separadamente para as informações de cada fonte, detalhadas a seguir, procedeu-se a triangulação dos dados, a partir da matriz elaborada. A presença das categorias de cada componente da integralidade nas práticas dos médicos foi avaliada e classificada em três graus: presença integral, parcial ou insuficiência, considerando o quanto o atributo relacionado conseguiu ser realizado, segundo a fonte de informação. Ademais, as potencialidades e fragilidades dos componentes das duas dimensões da

integralidade das práticas foram identificadas de modo transversal às informações de cada fonte na análise final.

Entrevistas semiestruturadas

Foram realizadas entrevistas com médicos do PMM na AP 3.1, guiadas por um roteiro (Apêndice A), formulado com base na matriz de análise. O roteiro se divide em uma primeira parte de identificação do perfil, formação e experiência profissional do médico participante do PMM. Uma segunda parte com perguntas referentes a componentes da dimensão da abordagem biopsicossocial, com orientação comunitária (consideração da dinâmica do espaço territorial; integração com outros setores; valorização dos determinantes sociais; participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde; e centralidade do sujeito e sua autonomia). Uma terceira com questões sobre os componentes da dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência em saúde (carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência em saúde; atenção à demanda espontânea e programada; prestação de serviços em diversos cenários; integração com outros serviços; interdisciplinaridade; e planejamento das intervenções). A última parte aborda as considerações finais do entrevistado.

Conforme informações da Coordenação da AP 3.1, em junho de 2016 havia 30 médicos do PMM em 16 unidades do território (Rio de Janeiro, 2016), compondo, assim, a amostra do estudo. A referida Coordenação da AP 3.1 divulgou a pesquisa e disponibilizou o contato das unidades onde estavam lotados os profissionais do Programa. As entrevistas foram, então, agendadas, por meio dos gerentes ou responsáveis técnicos das UBS, em horário que o médico determinasse como mais conveniente. Percorreu-se 14 unidades, nos três subsistemas da área de planejamento.

Foram realizadas 24 entrevistas (houve 6 recusas à participação) no período de 15 de junho a 27 de julho de 2016, com 52 a 129 minutos de gravação cada uma. O diálogo ocorreu no idioma português, não se notando maiores dificuldades durante a comunicação. Pequenas adaptações do instrumento de coleta de dados foram realizadas após as quatro primeiras entrevistas, a fim de facilitar a compreensão das perguntas. Cada entrevista recebeu um código vinculado à data, local e ordem de realização.

As entrevistas foram transcritas e o material redigido passou por análise temática de conteúdo. A escolha deste método se ampara na capacidade de descoberta de núcleos de sentido, sendo uma das técnicas mais bem estabelecidas na pesquisa qualitativa (Minayo,

2014). A análise foi composta por fases, de acordo com as orientações de Minayo (2014): ordenação do material transcrito das entrevistas, conforme as categorias analíticas estabelecidas para o roteiro; leitura horizontal e exaustiva dos textos para categorização empírica, buscando padrões e temas que remetessem a conjuntos de unidades de significado; leitura transversal a partir das categorias elaboradas na matriz de análise; esclarecimento da lógica interna do material transcrito sobre o contexto de realização da prática médica, conforme a integralidade, no PMM.

As falas dos entrevistados foram analisadas para se compreender predominâncias, semelhanças, contradições e outros aspectos da categoria em questão, como, por exemplo, justificativas ou desdobramentos. A identificação dos médicos entrevistados no texto se deu pelo código de ordem de realização das entrevistas (M1, M2, M3...).

Grupo focal

O grupo focal, de acordo com Cruz Neto, Moreira e Sucena (2001), extrai informações a partir de encontros em grupo com pessoas que contribuem para o objeto de estudo, com diferentes percepções, conhecimentos e atitudes acerca de um fenômeno. Na AP 3.1, em 2016, seis supervisoras eram responsáveis pelo conjunto de médicos do PMM. Todas foram convidadas para o grupo focal, que, após acerto de horário, ocorreu em um estabelecimento comercial público, em sala reservada, no dia 12 de agosto de 2016. Quatro supervisoras compareceram ao encontro.

O grupo focal foi conduzido por dois pesquisadores: um exercendo a função de mediador, o outro de observador/relator. O encontro teve duração de 101 minutos, seguindo um roteiro para o debate (Apêndice B). Diferente das entrevistas, o roteiro foi construído com base em categorias selecionadas da matriz de análise, levando em conta informações diferenciadas que poderiam ser obtidas a partir da posição das supervisoras e aprofundadas em debate.

O roteiro contém uma primeira parte de identificação e a segunda parte destinada ao debate, constituído de cinco temáticas: abordagem centrada na pessoa, a orientação comunitária do cuidado, o elenco de ações desempenhado pelos médicos do PMM, a integração das ações com outros profissionais da equipe e da rede de atenção e as considerações finais, sobre as especificidades da atuação dos médicos do PMM e sobre os avanços e desafios no alcance da integralidade nas práticas a partir do PMM no município do

Rio de Janeiro.

A discussão foi registrada, mediante autorização dos participantes da pesquisa, através da gravação e das anotações da fala, assim como algum registro de linguagem não-verbal. A identificação obedeceu um código de ordem de participação no debate (S1, S2, S3 e S4), com base na primeira participação. A transcrição e o relatório produzido a partir das anotações sobre o debate também foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, fundamentando-se sobre as categorias de análise propostas na matriz para posterior triangulação com os dados das entrevistas, indicadores dos relatórios da Organização Social em Saúde (OSS) Viva Rio e informações do *webportfólio*.

Relatórios assistenciais e de prestação de contas da OSS Viva Rio

Nos contratos de gestão com as Organizações Sociais em Saúde, responsáveis pelo gerenciamento das unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, são pactuados indicadores de desempenho (Rio de Janeiro, 2014). Estes são organizados em três categorias: parte variável 1, parte variável 2 e parte variável 3 do contrato de gestão, que, respectivamente, dizem respeito a pagamentos adicionais associados ao desempenho da OSS, da Unidade Básica de Saúde e dos profissionais. De acordo com os objetivos deste estudo, foram selecionados alguns indicadores das partes variáveis 2 e 3, relacionados ao processo de trabalho das equipes, excluindo-se a parte variável 1, que contém itens de estrutura dos serviços.

Como limitações destas fontes, no caso de alguns indicadores, não foi possível identificar apenas as ações desenvolvidas pelo profissional médico, pois referem-se à EqSF. Contudo, foram selecionados aqueles mais sensíveis à atuação deste profissional.

Os indicadores de desempenho estão disponíveis na Superintendência de Atenção Primária do município, embora, não sejam de acesso público. Exceção é feita aos dados das equipes gerenciadas pela Organização Social Viva Rio, nas Áreas Programáticas 2.1, 3.1 e 3.3, que disponibiliza trimestralmente, no sítio eletrônico <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>, de acesso público, os relatórios assistenciais e de prestação de contas, contendo estas informações, facilitando o acesso por unidade e EqSF. As informações são produzidas por EqSF, a partir do prontuário eletrônico do paciente.

Para este estudo, foram selecionados indicadores presentes nos relatórios da Organização Social que tenham sido considerados mais sensíveis à atuação do profissional

médico, explicitados abaixo:

- *Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família*: indicador relacionado ao acesso, medido através do número de consultas médicas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (numerador) e do total de consultas médicas a usuários cadastrados (denominador). Permite analisar se o médico da equipe atende pacientes em demanda espontânea de colegas que não estejam em horário de atendimento na unidade.

- *Percentagem de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas*: medida através do número de consultas realizadas no mesmo dia do agendamento por médicos, enfermeiros e dentistas (numerador) e do total de consultas pelos mesmos profissionais (denominador). Para fins operacionais, consultas do mesmo dia da procura por atendimento são tidas como demanda espontânea, enquanto aquelas marcadas para dias posteriores são contadas como demanda programada.

- *Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos*: relacionado ao desempenho. Expressa-se pelo número de mulheres da faixa etária da equipe com registro de colpocitologia em três anos (numerador) dividido pelo total de mulheres da faixa etária da equipe (denominador). Traduz a oferta de uma ação preventiva, integrando a carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência.

Ademais, foram elaborados indicadores a partir dos dados presentes nos grupos de ações que constam da parte variável 3 do contrato de gestão e disponíveis nos relatórios assistenciais. Tais grupos de ações são utilizados para pagamento de incentivo financeiro. Cada grupo está associado ao processo de cuidado de usuários vulneráveis e de risco. São contabilizados pontos (unidades contábeis) de acordo com o cumprimento de todas as etapas que indicam a qualidade do acompanhamento, determinando o valor a ser pago para a equipe. As etapas são de seis a onze condições, dependendo do grupo de ações, que cada paciente deve ter presente em informações do prontuário eletrônico, para a computação de pontos. Os relatórios apresentam o número de pacientes relativo às condições.

Os grupos de ações foram escolhidos conforme pudessem ser formulados indicadores que servissem à análise de componentes do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência. Os indicadores, construídos a partir da seleção de dados em condições de determinados grupos de ações, são exibidos no Quadro 4:

Quadro 4: Grupos de ações selecionados, respectivas condições escolhidas e indicadores elaborados

Grupo de ação selecionado	Condições escolhidas	Indicadores formulados
Acompanhamento em planejamento familiar, de mulher em idade fértil, por	# Possuir uma consulta médica ou de enfermagem com código de	Taxas de consultas de planejamento familiar por 1000 mulheres de 15 a 49

ano	planejamento familiar em 1 ano # Sexo feminino com idade entre 15 e 49 anos	anos
Acompanhamento em planejamento familiar, de mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para vasectomia ou laqueadura	# Consulta médica com inserção de DIU # Idade entre 15 e 50 anos	Taxas de consultas com inserção de dispositivo intrauterino por 1000 mulheres de 15 a 49 anos
Acompanhamento da gravidez	# Possuir 6 consultas de pré-natal médicas ou de enfermagem até 38 semanas de gestação; # Resultado de VDRL até 24 semanas de gestação # Sexo feminino com pré-natal encerrado	Percentagem de gestantes que tiveram 6 consultas ou mais de pré-natal Percentagem de gestantes com VDRL registrado até a 24ª semana de gestação
Acompanhamento da criança, no primeiro ano de vida, por ano	# Possuir 5 consultas de puericultura por médico ou enfermeiro até 11 meses de vida # Idade de 1 ano de vida	Percentagem de crianças de 1 ano que tiveram 5 consultas ou mais de puericultura
Acompanhamento da pessoa diabética, por ano	# Registro de hemoglobina glicada inferior ou igual a 9% em 1 ano # Possuir diagnóstico de diabetes	Percentagem de diabéticos com hemoglobina glicada inferior ou igual a 9%
Acompanhamento da pessoa hipertensa, por ano	# Dois registros de pressão arterial em dias diferentes em 1 ano, com valor menor ou igual a 150/90 mmHg em pelo menos um deles # Possuir diagnóstico de hipertensão arterial	Percentagem de hipertensos com no mínimo 2 registros de pressão arterial, um destes com valor inferior ou igual a 150/90mmHg

Fonte: Elaboração própria

Os relatórios assistenciais e de prestação de contas da OSS Viva Rio, relativos à AP 3.1, produzidos por trimestre, foram consultados através do portal eletrônico para elaboração de planilhas em Excel®. Constatando-se que dados relativos ao desempenho de cada equipe estavam incompletos no período de novembro de 2013 a dezembro de 2014, optou-se pelo uso das informações correspondentes ao ano de 2015 para análise dos indicadores elencados neste estudo.

As equipes e UBS onde os médicos do PMM estavam lotados foram identificadas, bem como aquelas onde haviam médicos do Provac e do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde, conhecidas através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015) e da Coordenação da Área Programática 3.1 (Rio de Janeiro, 2016). Assim, foi possível uma comparação dos resultados obtidos por todas as EqSF da AP 3.1 e pelas equipes compostas por médicos do PMM, do Provac e da Residência em Medicina de Família e Comunidade, representativas de variadas propostas para fortalecer a presença da atuação médica na Atenção Básica.

Foi calculada a média dos resultados alcançados pelas EqSF de cada um destes perfis e ainda a média de todas as EqSF da AP 3.1 nos indicadores apontados. As metas pactuadas no contrato de gestão serviram como parâmetro para analisar o desempenho das equipes com

PMM. Os indicadores que precisaram ser calculados a partir das condições escolhidas dos grupos de ação selecionados para a pesquisa, como não contavam com metas estipuladas no contrato de gestão, foram vistos levando em conta a extensão da cobertura populacional e a comparação dos resultados atingidos em cada conjunto de EqSF.

Webportfólio da plataforma da UNA-SUS

O *webportfólio* do Programa Mais Médicos foi utilizado como informação complementar nesta pesquisa. Disponível na plataforma UNA-SUS, o *webportfólio* armazena os relatórios de supervisão registrados mensalmente e documentam a visita dos supervisores aos médicos participantes. A postagem dos relatórios pelos supervisores no *webportfólio* condiciona o recebimento da bolsa de supervisão, contudo os mesmos não eram obrigados a preencher todos os campos do relatório na sua versão inicial, que vigorou até setembro de 2015. A partir de outubro de 2015, novas versões para os formulários mensais, construídas com base em consulta pública, foram criadas. Porém, os itens dos relatórios determinados para esta análise não permaneceram nas novas versões. Os relatórios mensais utilizados para esta investigação, portanto, são da primeira versão e possuem onze seções.

As informações contidas nestes formulários foram consolidadas em uma planilha de Excel® pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015), contendo todos os registros realizados nacionalmente, com destaque para o período de outubro de 2013 a setembro de 2015 (24 meses). Após autorização para uso dos dados, a planilha foi disponibilizada pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde em abril de 2016. Foram separadas neste estudo as 2528 linhas referentes aos relatórios produzidos para o município do Rio de Janeiro. Nelas foram identificados os dados relacionados às unidades de saúde da AP 3.1 do município, conhecidas por meio do nome e do número do CNES, disponíveis na página da Coordenação da Área Programática 3.1 (<http://cap31.blogspot.com.br>).

Por abranger a totalidade de EqSF com PMM na AP 3.1 no período determinado, representando um conjunto diferente da amostra de médicos e supervisores das entrevistas e grupo focal, os relatórios de supervisão, portanto, foram tratados como fonte de informação complementar. Para a análise da integralidade das práticas, foram selecionadas colunas referentes às seguintes seções do relatório de supervisão prática: processo de trabalho, atuação do médico e supervisão locorregional.

Em “processo de trabalho”, o supervisor poderia optar por registrar ou não aspectos relevantes em um dos temas indicados: reunião de equipe; acolhimento dos usuários e organização da agenda; e trabalho no território. Feita a seleção, abre-se uma janela de escrita livre para o supervisor.

Procedeu-se à análise temática de conteúdo na leitura do campo de redação livre, para discriminar os assuntos mais abordados em cada tema, compondo-se das seguintes fases: ordenação dos relatos dos supervisores na seção, para cada tema, em nova planilha; leitura horizontal e exaustiva dos textos para categorização empírica, de acordo com os assuntos tratados – cada relato poderia conter mais de uma categoria identificada; leitura transversal a partir das categorias elaboradas na matriz de análise; esclarecimento da lógica interna dos relatórios sobre o contexto de realização da prática médica, conforme a integralidade, no PMM. Os dados foram analisados por todo o período de outubro de 2013 a setembro de 2015, com ordenação das categorias identificadas por frequência, dentro de cada tema.

Em relação à seção “atuação do médico”, no relatório mensal de supervisão prática, o supervisor poderia atribuir uma nota de avaliação, de 0 a 10, para os itens: compreensão ampliada dos problemas de saúde e atuação com empatia e construção de vínculos; anamnese, exame físico e uso racional de recursos diagnósticos; assiduidade e pontualidade; e atividades comunitárias e inserção no processo de trabalho da equipe.

Foram separadas as colunas da planilha correspondentes às avaliações preenchidas nos relatórios. Obteve-se, então, a média destas avaliações, para cada item. Também foi calculada a nota média por item para cada médico e verificado o número de profissionais em faixas determinadas de 0,0-6,9; 7,0-7,9; 8,0-8,9; 9,0-10,0, por item. Por exemplo, a coluna que se referia às notas do item "assiduidade e pontualidade" foi selecionada para, em seguida, ser calculada a média e, posteriormente, a coluna foi classificada de acordo com a listagem de médicos, obtendo-se a média das avaliações por profissional.

Na mesma seção, o supervisor poderia escrever livremente sobre aspectos positivos e negativos quanto à atuação do médico. O material preenchido, tanto para o campo de aspectos positivos quanto, separadamente, de aspectos negativos, foi submetido à análise temática de conteúdo, conforme os passos descritos para a seção anterior, com a construção de cálculos de frequência dos registros. Adicionalmente, as informações foram vistas também em recortes semestrais, a fim de verificar mudanças nas impressões dos supervisores.

Na última seção do relatório de supervisão prática, “supervisão locorregional”, o supervisor teria a possibilidade de avaliar a participação do médico durante o encontro como insuficiente, regular, suficiente ou excelente em determinados quesitos sobre as temáticas

abordadas. Para esta pesquisa, importa entender o item que trata do conhecimento técnico e vivência prática. A quantidade de relatórios em cada classificação no item foi extraída. No campo de observações, em seguida à avaliação do supervisor, com redação livre, procedeu-se a leitura dos relatos, buscando identificar aqueles pertinentes às práticas dos médicos do PMM.

Além das colunas referentes às seções citadas dos relatórios de supervisão, também foram destacadas na planilha os dados relativos ao perfil dos médicos e supervisores, como idade, sexo, tempo de formação, nacionalidade e identificação. Os nomes dos médicos e supervisores foram substituídos previamente por códigos (médico1, médico2, etc. e supervisor1, supervisor2, etc.), respeitando a ordem alfabética, a fim de preservar a identidade dos profissionais envolvidos no processo de análise.

3.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente investigação atendeu aos princípios e diretrizes da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os critérios e cuidados para a execução de pesquisas envolvendo seres humanos e preserva os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos envolvidos. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob os pareceres 1.526.773 e 1.558.250, respectivamente.

Foi concedida anuência da gestão municipal em saúde sobre a AP 3.1 para a análise de dados de inserção dos médicos nas UBS e para a realização da pesquisa de campo. Os médicos participantes e supervisores do PMM foram convidados e informados sobre o teor da pesquisa antes de decidirem por participar, garantindo-se anonimato, livre entrada ou saída a qualquer momento da pesquisa e prestação de quaisquer esclarecimentos necessários. O grupo focal e as entrevistas foram agendadas e, quando de sua realização, em local com respeito à privacidade dos participantes, foi fornecido o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com entrega de uma via ao participante, assinada pelo pesquisador.

Os dados das variáveis 2 e 3 da OSS Viva Rio na AP 3.1, disponíveis publicamente, e os do *webportfólio* do PMM, fornecidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, foram tratados anonimamente, retirando-se da tabulação todos os itens (nome, documentos, vínculo com EqSF, com UBS, etc.) que pudessem identificar as pessoas antes de se proceder à análise. Levando em conta o caráter restrito do acesso ao *webportfólio*, a

utilização dos dados ocorreu mediante termo de anuência da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e termo de compromisso de utilização de dados firmado pelo pesquisador.

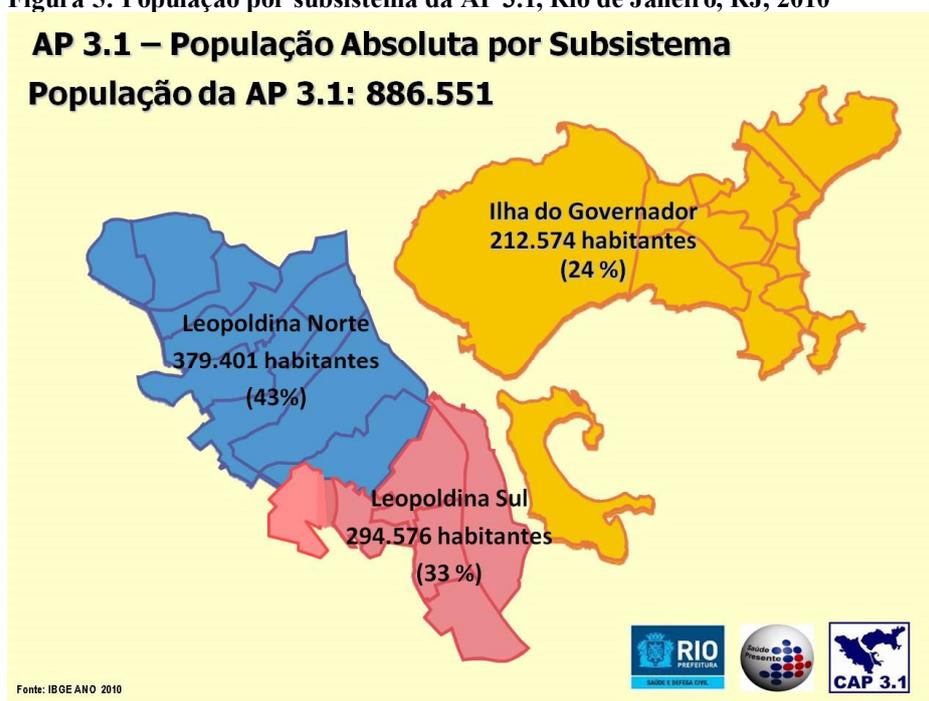
4. RESULTADOS

4.1 – O PMM NA AP 3.1 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: PANORAMA GERAL DO CAMPO E DOS SUJEITOS DA PESQUISA

O território selecionado

Conforme descrito anteriormente, o município do Rio de Janeiro está dividido em 10 áreas de planejamento (ou programáticas), as APs. Para o desenvolvimento da pesquisa, a AP 3.1 foi selecionada como estudo de caso. Este território, localizado na zona norte leste da cidade, possui uma população de 886.551 habitantes, compreende 28 bairros e está dividida em três subsistemas: Ilha do Governador (212.574 habitantes), Leopoldina Norte (379.401 habitantes) e Leopoldina Sul (294.576 habitantes), como visto na Figura 5. Em 2015 apresentava 50,4% de sua população coberta pela ESF (CNES, 2015).

Figura 5: População por subsistema da AP 3.1, Rio de Janeiro, RJ, 2010

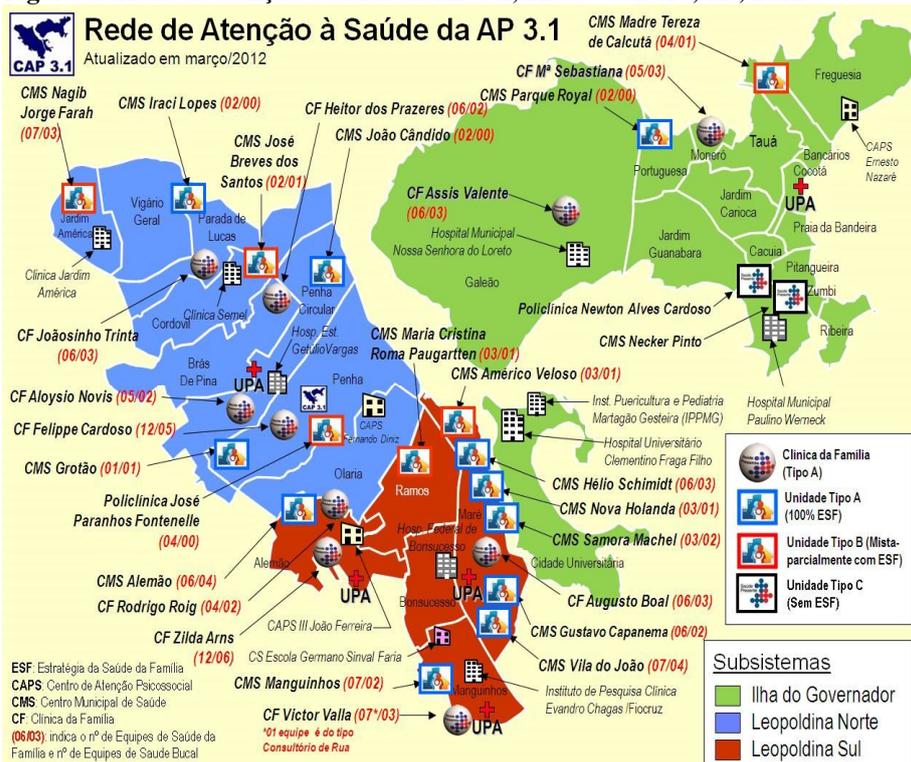


Fonte: Extraído da Coordenação da Área Programática 3.1 (Disponível em <http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>. Data do acesso: 29/11/2015)

Na organização do sistema de saúde, como nas demais APs, a região é comandada pela Coordenação de Área Programática, instância de governo subordinada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, responsável pela gestão da rede de unidades que integram o SUS no território. Nesta AP, são contratualizadas as Organizações Sociais de

Saúde (OSS) Viva Rio e Fiotec para prestação de serviços de APS e administração dos recursos físicos e humanos na região, regulados por contratos de gestão estabelecidos com a SMSRJ. A Fiotec se responsabiliza por serviços no bairro de Manguinhos, enquanto a Viva Rio responde pela ESF no restante da AP 3.1. Vale dizer que não há médicos do PMM na área de Manguinhos. O mapa dos estabelecimentos na AP 3.1 é exibido na Figura 6.

Figura 6: Rede de atenção à saúde da AP 3.1, Rio de Janeiro, RJ, 2012



Fonte: Extraído de CAP 3.1 (Disponível em: <http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>. Data do acesso: 29/11/2015)

Na Tabela 2 são relacionadas as UBS (total e por tipo), EqSF (total e por tipo de UBS) e a alocação de médicos pelo PMM, em cada subsistema da AP 3.1. O PMM, em 2015, encontrava-se em 17 das 26 UBS do território e em 36 das 137 EqSF.

Recorda-se que o município classificou as unidades de saúde em três tipos: 1) tipo A, com população inteiramente coberta pela ESF; 2) tipo B, unidades mistas, sendo a população atendida em parte pela ESF e no restante pelo modelo assistencial tradicional; e 3) tipo C, unidades tradicionais, sem cobertura de ESF. Médicos do PMM foram inseridos principalmente em UBS tipo A (28 de 36, 72%). Em unidades mistas (tipo B) atuavam oito médicos.

Tabela 2: Relação de UBS e EqSF, totais e com PMM, por subsistema da AP 3.1, Rio de Janeiro, 2015

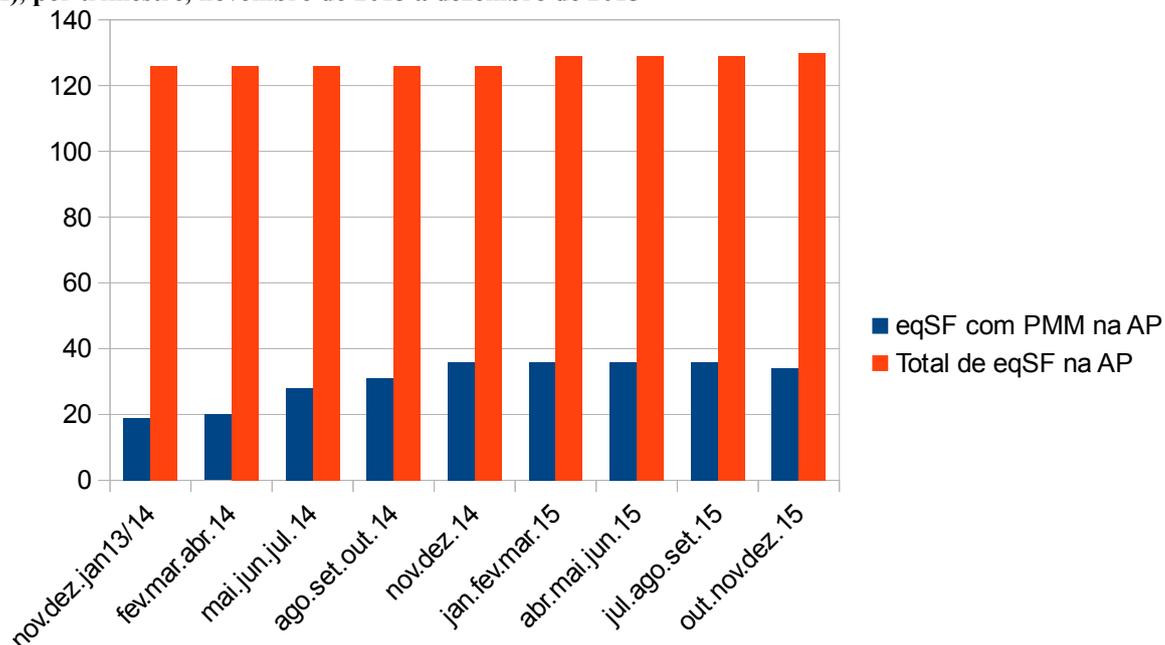
Estabelecimentos	Nº. de unidades	Nº. de EqSF	Nº. de unidades c/	Nº EqSF c/ PMM
------------------	-----------------	-------------	--------------------	----------------

PMM				
Leopoldina Norte				
Unidade tipo A	6	34	3	6
Unidade tipo B	3	13	1	4
Unidade tipo C	0	-	-	-
Subtotal	9	47	4	10
Leopoldina Sul				
Unidade A	9	67	8	20
Unidade B	2	6	2	3
Unidade C	0	-	-	-
Subtotal	11	73	10	23
Ilha do Governador				
Unidade A	3	13	2	2
Unidade B	1	4	1	1
Unidade C	2	-	-	-
Subtotal	6	17	3	3
Total	26	137	17	36

Fontes: CNES, setembro de 2015 e CAP 3.1 (Disponível em: <http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>.
Data do acesso: 29/11/2015)

Em consulta ao CNES e à Coordenação da AP 3.1, foi possível identificar a inserção dos médicos do PMM nas unidades e equipes do território entre novembro de 2013 a dezembro de 2015. O Gráfico 1 mostra o número de equipes de Saúde da Família com médicos do PMM no período. O número total de equipes em novembro de 2013 era de 126, subindo para 137 em dezembro de 2015. Percebe-se que a entrada dos médicos do PMM ocorreu gradualmente ao longo de 2014, atingindo o número de 36, que permaneceu por quase todo o ano de 2015. Há uma proporção cada vez maior de médicos do PMM sobre o total de equipes na AP 3.1, chegando a representar pouco mais de um quarto (26,3%).

Gráfico 1. Equipes de Saúde da Família na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro (total e com médicos do PMM), por trimestre, novembro de 2013 a dezembro de 2015



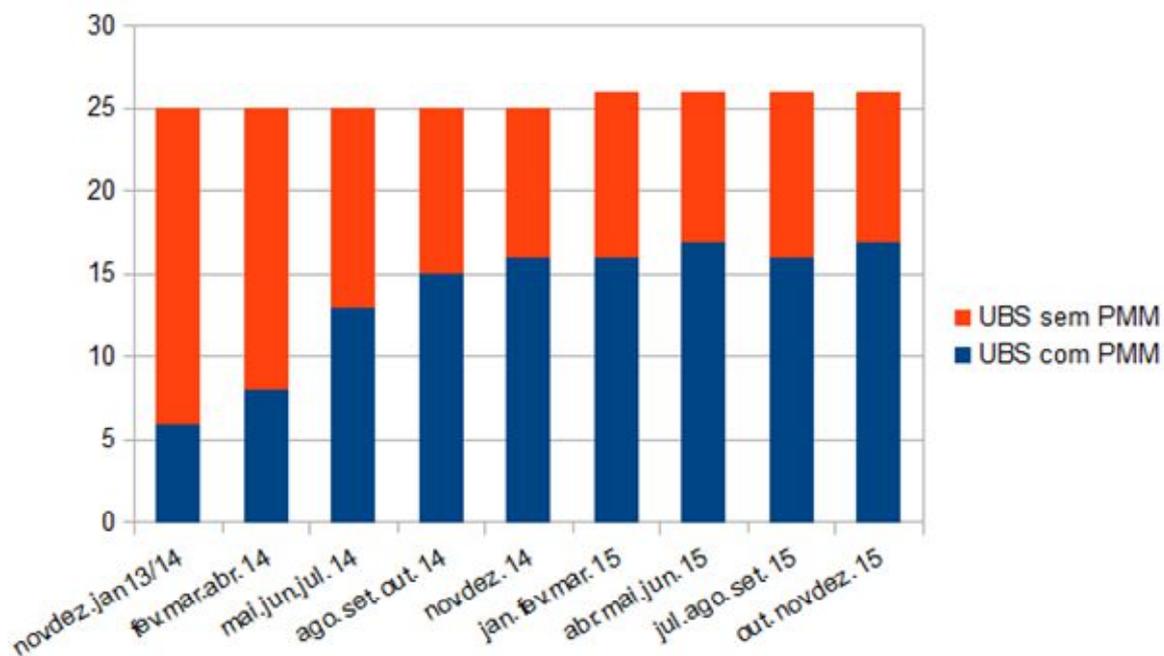
Fontes: CNES, setembro de 2015 e Rio de Janeiro, 2016

Conforme evidencia o Gráfico 2, nota-se que, no mesmo período de novembro de 2013 a dezembro de 2015, as unidades com médicos do PMM se tornaram mais expressivas até representarem quase o dobro daquelas que não continham profissionais do PMM. Enquanto em novembro de 2013 apenas seis das 25 UBS da AP 3.1 possuíam médicos do Programa, em dezembro de 2015 estavam presentes em 17 das 26 UBS da área, difundindo a presença dos médicos cubanos na região.

Além dos médicos do PMM, também foram identificados pelo CNES o número de médicos pertencentes ao Provab (5) e ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde (17), que permaneceu constante no ano de 2015. Nota-se que a inserção do PMM é mais expressiva que os demais programas voltados para o provimento de médicos na Atenção Básica da região.

Estas informações foram importantes para guiar a entrada no campo da pesquisa e os procedimentos de análise dos materiais empíricos obtidos por fontes primárias e secundárias.

Gráfico 2. Unidades Básicas de Saúde com e sem PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro (total e com médicos do PMM), por trimestre, novembro de 2013 a dezembro de 2015



Fontes: CNES, setembro de 2015 e Rio de Janeiro, 2016

O campo de pesquisa

No percurso de visita às UBS para entrevistar os médicos participantes do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, apesar da divisão operada pela Coordenação da Área Programática em subsistemas da Ilha do Governador e Leopoldina Norte e Sul, foi possível distinguir quatro territórios geográficos: Ilha do Governador, Complexo do Alemão, Complexo da Maré e bairros da zona da Leopoldina.

A tensão pela violência é um dos traços mais marcantes em toda a área. Ao marcar as entrevistas, mesmo em unidades situadas fora das favelas, era recomendado pelos gerentes e administrativos a confirmação no dia, visto que tiroteios eram frequentes. Moradores orientavam o caminho até as UBS evitando pontos mais perigosos de assaltos ou de abordagem por pessoas armadas. Outras características comuns dos espaços no entorno das UBS eram a precariedade das condições de saneamento e a mobilidade suprida em grande parte pelo transporte alternativo, como motos e vans. À exceção da Ilha do Governador, os locais de atuação do PMM na AP 3.1 remonta a ocupações urbanas associadas com a atividade industrial e são delimitadas por vias expressas que atravessam a cidade para a conexão com rodovias e com o aeroporto internacional.

Na Ilha do Governador, as unidades de saúde se localizavam na entrada para comunidades mais pobres, em meio a bairros de classe média alta, em um contraste de mudança de paisagem. Ruas arborizadas, limpas, de calçamento e asfalto regular, com casas confortáveis, davam lugar, por trás das UBS, a espaços desordenados, com habitações sem planejamento arquitetônico, acúmulo de lixo, canais de água poluídos e quedas de asfalto.

No Complexo do Alemão impressiona a concentração das favelas em vários morros, de onde é possível visualizar a extensa dimensão por meio do teleférico que interliga o cume destas colinas, tomadas por edifícios sem acabamento, em elevada densidade. Também era presente a falta de saneamento ambiental. Havia um intenso comércio e várias estruturas públicas sociais, podendo-se destacar as próprias estações do teleférico, integradas às Unidades de Polícia Pacificadora e que abrigam diversos equipamentos comunitários, inclusive uma das UBS visitadas. No entanto, constatou-se que tais equipamentos e mesmo os teleféricos funcionavam em horário restrito, com pouco público, ou ainda serviços desativados, denotando algum grau de abandono da iniciativa governamental na região. A violência foi um fator muito reconhecido entre os profissionais das UBS, percebendo-se que tal fenômeno era encarado rotineiramente. Ao final de uma das entrevistas, desencadeou-se um tiroteio que interrompeu a passagem pelo teleférico e os profissionais agiam com naturalidade, aproveitando para planejar o seminário de prestação de contas ao município que estava programado para poucas semanas adiante.

O Complexo da Maré estende-se tanto pelos subsistemas da Leopoldina Sul quanto da Leopoldina Norte. É um imenso conjunto de favelas assentado em solo plano. Em geral, após o acesso pela Avenida Brasil, adentrava-se por ruas com grandes terrenos de fábricas ou de instalações militares, que, então, estreitavam-se por moradias irregulares. A precariedade do saneamento ambiental foi mais impactante, notando-se maior quantidade de lixo, presença de ratos, baratas e muitos mosquitos, valas e vazamentos de esgoto a céu aberto e odor desagradável, advindo da poluição da Baía de Guanabara. As ruas principais tinham uma circulação que misturava pessoas, motos e animais em meio a lojas e barracas de comércio. A venda e uso de drogas e a presença de homens armados era bastante comum, inclusive na porta de algumas das UBS. Os profissionais das unidades de saúde sabiam reconhecer, pelo comportamento dos integrantes das facções criminosas nas ruas, quando havia perigo de tiroteio. Segundo eles, os moradores resistiam a mudanças das unidades para instalações mais adequadas, por conta da dificuldade de deslocamento e dos conflitos em áreas dominadas por facções rivais, que ameaçavam quem cruzasse estas áreas.

Nas UBS localizadas nos bairros formais da zona da Leopoldina (Penha, Brás de Pina,

Jardim América), circunjacentes a estações de trem, encontravam-se casas e prédios de classe média ou classe média baixa.

Entre as unidades percorridas, haviam Clínicas da Família – bem equipadas, com jardins, salas com ar condicionado, auditório, espaços para atividade física voltada para a terceira idade, entre outras facilidades – e Centros Municipais de Saúde – de estrutura mais antiga, alguns reformados, outros, porém, apertados e improvisados em anexos de escolas, sem iluminação ou ventilação adequadas. As UBS contavam com três a até treze EqSF. O momento agendado para as visitas, muitas vezes, era reservado para turnos de reunião das equipes, com pouco movimento nas unidades. Porém, fora destes espaços, observou-se um volume intenso de usuários nas salas de espera e corredores, com muitas solicitações a todos os profissionais e frequentemente as entrevistas eram interrompidas por pedidos feitos nas portas dos consultórios.

Os médicos do PMM entrevistados pareciam bem adaptados à realidade local e integrados nas equipes. Gerentes, agentes comunitários, enfermeiros e colegas de outras equipes elogiavam a atuação dos profissionais do PMM. Houve alguma desconfiança pela maioria dos médicos ao se propor a entrevista. Entre os que rejeitaram a participação, muitos alegavam que precisavam consultar a coordenadora de Cuba, da Organização Panamericana de Saúde. Aqueles que aceitaram participar demonstraram, de modo geral, motivação no espírito missionário e sensibilidade às questões sociais. Três médicos se comoveram ao falar sobre as condições de vida dos pacientes. Um dos entrevistados referiu, após o término da gravação, que era filho de um integrante da Revolução Cubana e que seu propósito era fortalecer a saúde nos locais onde era enviado, de forma que se decepcionara com estudantes de Medicina de baixa renda ou de áreas remotas, a quem acompanhou em Honduras e Venezuela e que optaram pela prática na rede privada ou por migrar para os Estados Unidos.

Perfil dos médicos participantes e das supervisoras do PMM

Do conjunto de 24 médicos entrevistados, apenas uma médica era brasileira, todos os demais cubanos. Todos se graduaram em Cuba, no período entre 1986 e 2015 (média de tempo de formação de 17 anos). Vale ressaltar que a médica brasileira era a única formada em 2015, enquanto o médico cubano mais recém-graduado se formara em 2011. A média de idade foi de 40,9 anos (entre 26 e 54 anos) e havia 14 mulheres e 10 homens.

Todos os 23 cubanos possuem especialidade em Medicina Geral e Integral, havendo 14 médicos com uma segunda pós-graduação (especialização ou mestrado), cinco com uma

terceira e ainda um médico referindo quatro títulos de pós-graduação. Observa-se um quadro variado de *expertise* em tipos de tecnologias diferentes (Merhy, 1997) para a prática médica no grupo de entrevistados, como se vê na Tabela 3.

Tabela 3. Formação complementar dos médicos do PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, junho e julho de 2016

Formação complementar	Nº de médicos PMM
Especialização	
Medicina Geral e Integral	23
Acupuntura/Medicina Bioenergética	2
Anestesia	2
Economia em Saúde	1
Fisiatria	1
Gestão em Saúde	2
Ginecologia/Obstetrícia	1
Microbiologia	1
Saúde Mental	1
Terapia Intensiva	1
Mestrado	7
Assessoramento Genético	1
Atenção Integral ao Idoso	2
Emergências Médicas	1
Ensino Médico	1
Infectologia	1
Trabalho Social-Comunitário	1

Fonte: entrevistas médicos PMM

Onze médicos relataram experiência com gestão e seis com o magistério superior. Todos os cubanos tiveram participação em missões estrangeiras anteriores, principalmente na Venezuela, com tempo cumulativo médio de 4,5 anos em experiência fora de Cuba (além do Brasil). Na Tabela 4 são mostrados dados relativos a locais, número e tempo cumulativo das

missões estrangeiras de acordo com a quantidade de médicos.

Tabela 4. Experiência em missões estrangeiras, quanto a locais, número e tempo cumulativo dos médicos cubanos do PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, junho a julho de 2016

Missões estrangeiras	Nº de médicos PMM
Locais	
Venezuela	17
Bolívia	2
Honduras	2
Gana	1
Guatemala	1
Guiné Equatorial	1
Nicarágua	1
Nº de missões	
1	18
2	4
3	1
Tempo cumulativo	
1 ano	3
2 anos	3
3 anos	3
4 anos	4
6 a 11 anos	10

Fonte: entrevistas médicos PMM

O início dos médicos no Programa ocorreu em outubro e novembro de 2013 (n = 13), março de 2014 (n = 8), dezembro de 2015, fevereiro e junho de 2016 (n = 3). A maioria dos entrevistados atuava na área da Leopoldina Norte (n = 12), enquanto oito estavam lotados na Leopoldina Sul e quatro na Ilha do Governador, mostrando uma distribuição em consonância com a densidade demográfica de cada região. Dos médicos que recusaram participação, cinco trabalhavam em unidades da Leopoldina Sul e um na Ilha do Governador.

Verifica-se, portanto, que o perfil profissional típico do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, nesta amostra, é de médicos cubanos experientes, com formação ampla nos variados usos de tecnologias para a prática médica, além da especialidade em Medicina Geral e Integral, participação prévia por quatro anos ou mais em missões estrangeiras, sobretudo na Venezuela, e entrada no Programa Mais Médicos entre fim de 2013 a início de 2014.

Já no *webportfólio*, os relatórios de supervisão produzidos se referem a 44 médicos participantes, que estiveram lotados na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro ao longo do período de análise (2013 a 2015)⁵. Neste caso, todos têm nacionalidade cubana. Distribuem-se de modo praticamente equilibrado entre os sexos masculino e feminino, sendo 24 mulheres e 20 homens. Metade terminou a graduação entre 1987 e 1997, 75% até 2006, enquanto o restante até 2013. Ou seja, verifica-se que a ampla maioria tem longo tempo de formatura, com média de 17 anos no grupo, compatível com o perfil encontrado entre os entrevistados.

Em relação às supervisoras da região, aquelas que participaram do grupo focal possuíam 30, 34, 35 e 58 anos. Formaram-se em universidades federais no estado do Rio de Janeiro, em 2012, 2007 e 1982. Estavam na supervisão do PMM desde janeiro, julho e dezembro de 2015 e março de 2016, com seis a dez médicos sob supervisão de cada uma.

São especialistas em Medicina de Família e Comunidade, seja pela Residência (n = 3), seja pela obtenção do título junto à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (n = 1), com titulação entre 2010 e 2015. Uma possui mestrado concluído em Saúde Pública, duas estavam com o mestrado em curso em APS. Duas supervisoras também tinham realizado um ano opcional de Residência em Medicina de Família com ênfase em preceptoria e gestão e uma supervisora, além de médica de família, era especialista em Clínica Médica e Medicina do Trabalho.

Quanto à atuação profissional, todas tiveram passagem pela APS do município e, no momento, três eram preceptoras em programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, enquanto uma atuava na direção de gestão em plano de saúde privado e na regulação de vagas ambulatoriais e hospitalares da Secretaria Municipal de Saúde.

Observa-se que o perfil das supervisoras contrasta com aquele dos médicos por elas supervisionados. A maioria é mais jovem, tem menos tempo de graduação e a formação e atuação profissional mas é qualificada e bastante direcionada à prática da Medicina de Família e Comunidade na APS do Rio de Janeiro, embora uma das supervisoras se diferencie deste padrão, tanto pela idade, formação e carreira.

5 A diferença entre o número de médicos do PMM no *webportfólio* e o total informado pela Coordenação da AP 3.1 em junho de 2016 se deve às trocas e substituições ocorridas no período analisado.

4.2 – INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS: A DIMENSÃO DA ABORDAGEM BIOPSSICOSSOCIAL DO CUIDADO, COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Neste capítulo serão abordados os componentes da dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, explorados a partir de duas fontes de pesquisa: as entrevistas com os médicos participantes do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro e o grupo focal realizado com as supervisoras da mesma área.

Conforme apresentado na matriz de análise, os componentes selecionados para esta dimensão foram: consideração da dinâmica territorial, centralidade do sujeito e sua autonomia, intersectorialidade, valorização dos determinantes sociais e participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde. Tais componentes foram identificados a partir da revisão bibliográfica sobre o tema e de instrumentos de avaliação da APS.

Enquanto nas entrevistas todas as categorias pertinentes a cada componente desta dimensão foram abordadas, no grupo focal foram utilizadas categorias que as supervisoras poderiam trazer uma visão diferenciada no debate. Dos componentes, apenas a consideração da dinâmica territorial não contou com informações do grupo focal.

A análise a seguir detalha a capacidade dos médicos do PMM em conduzir o cuidado por meio de um modelo que integre os aspectos biológicos, psíquicos e sociais, voltando-se para a atuação na comunidade. Como se verifica, os profissionais de formação cubana possuem requisitos que atendem aos diversos componentes desta dimensão, com limitações pontuais, dentro de um contexto que cria condições tanto favoráveis quanto, muitas vezes, adversas ao cuidado integral.

Consideração da dinâmica territorial

O território é uma das dimensões chave de uma abordagem integral da APS, mormente na Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, a “consideração da dinâmica do espaço territorial” foi assumida como um componente da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, operacionalizada por meio das seguintes categorias: reconhecimento dos equipamentos culturais e sociais relevantes no território; conhecimento da distribuição das condições de saúde; identificação da área geográfica adscrita; e intervenção sobre riscos sociais, ambientais e sanitários do território.

Reconhecimento dos equipamentos culturais e sociais relevantes no território

Com base nas entrevistas realizadas com médicos do PMM é possível observar que a grande maioria (23) reconhece os equipamentos culturais e sociais relevantes do território. Apenas um médico afirmou não os reconhecer. Entre os equipamentos mencionados os mais frequentes foram igrejas, escolas, creches e associações de moradores e organizações civis, conforme Tabela 5.

Tabela 5. Equipamentos culturais e sociais relevantes do território segundo médicos PMM, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro 2016

Equipamentos	Quantidade de citações
Igrejas	14
Creches e escolas	13
Associações de moradores e organizações civis	13
Logradouros de lazer, esportes e eventos	11
Comércio local	6
Fábrica	1

Fonte: entrevistas médicos PMM

As creches, escolas e as organizações civis, representadas por associação de moradores ou pela organização não governamental “Redes de Desenvolvimento da Maré”, presente no complexo de favelas, destacam-se na vida social das comunidades e eram reconhecidas pelos médicos do PMM. Neste sentido, são também locais onde os profissionais conseguem identificar parcerias para abordagem comunitária, por meio de grupos e atividades para prevenção ou promoção à saúde:

“Sim. Por exemplo, na equipe onde eu trabalho tem uma escola. A gente vai, faz visita na escola, fazemos grupos com as crianças, damos orientação” (M12).

“Também tem uma área aqui (...) que é o denominado Redes de Desenvolvimento da Maré (...). Até a gente já participou lá, porque eles emprestam também as áreas para, como esta unidade não é uma unidade grande, que tem locais para fazer atividades de promoção para grandes grupos, a gente fala com eles e consegue agendar” (M16).

A concepção dos médicos sobre cultura é representada por espaços variados que

congregam a população e compreende as formas de interação das pessoas com o território. Os médicos do PMM reconhecem a existência de praças, lonas culturais, áreas de lazer, clubes, vilas olímpicas e campo de futebol. Citam o Museu da Maré e bailes da comunidade. Mencionam o comércio local como espaços culturais e sociais importantes para a comunidade, como feiras, mercados, lojas, bares e churrascarias. Um dos entrevistados chega a destacar uma fábrica. Mas, apesar de reconhecerem uma multiplicidade de espaços, avaliam que há escassez de equipamentos sociais e, sobretudo, culturais na comunidade.

“Dentro da minha comunidade a gente não tem... Só tem igreja. Não tem nada mais. Não tem, por exemplo, nenhuma praça para eles participarem” (M6).

“O mais importante que temos são as escolas, as creches. Cultural não tem. Este território que eu trabalho com a equipe na parte de cultura não tem nada importante cultural. Não tem. Só tem escola, tem creche e tem a associação de moradores” (M2).

Conhecimento da distribuição das condições de saúde

Os profissionais do PMM na AP 3.1 também mostram um conhecimento relativamente amplo sobre a população adscrita. Alguns informam com precisão o número de famílias e grupos acompanhados:

“A população nossa é de 3.669 habitantes. Deles, 2.045 são mulheres” (M2).

“Eu tenho 573 hipertensos e 138 diabéticos que se atendem na unidade” (M16).

Há variação entre o número de usuários cadastrados por EqSF, variando de 1880 a 4630, segundo relato dos entrevistados. No entanto, o número de cadastrados parece subestimar a quantidade de moradores no território, havendo, de acordo com algumas falas, na prática, uma população que, por conta das vulnerabilidades e necessidades do território, exerce uma forte pressão assistencial, agravada pela dificuldade de atenção médica antes da chegada do PMM:

“Então, quando comecei a trabalhar, eu tinha mais de cinco mil pacientes na população geral. E isso é muito. Eu acho que era muito para uma equipe só de médico, enfermeiro e agentes comunitários, porque a quantidade de demanda e de agenda era muita. Eu, mais ou menos, tinha

700 e poucos hipertensos e duzentos e pouco diabéticos. E a agenda era quase tudo isso, mas ainda faltavam aqueles pacientes com outras doenças crônicas” (M11).

“Tenho atualmente cadastradas quatro mil seiscentos e trinta e poucas. Agora, fora do cadastro, deve ter umas mil mais. Que não tem CPF [Cadastro de Pessoa Física], não tem identidade. Tenho mais de cinco mil. Devo ter mais ou menos cinco mil e novecentos, cinco mil e quinhentos, mais ou menos. Sumamente pobre. Porque, por exemplo, na parte que eu falei, dentro da favela tem uma favelinha que eles, tenho cadastrados, uns quinhentos. Mas fora os que não tenho cadastrados, que atendo também, devo ter uns mil e cem, mais ou menos. Muitas pessoas” (M17).

Chama a atenção dos médicos os contrastes sociais na população que assistem. Menos da metade dos entrevistados (9) apontam que a área que assistem é composta predominantemente por pessoas de classe média ou é dividida entre pobres e moradores de classe média. Ainda assim, todos identificam desigualdades sociais mesmo em áreas de baixa renda. Tais necessidades são percebidas especialmente na descrição das condições de moradia:

“Realmente, dentro da comunidade, tem pessoas que tem muitas... que tem condições econômicas totalmente insalubres, outras tem até empregadas [domésticas]. E tem a maioria, a grande maioria, são pessoas muito carentes. Muito carentes de morar assim, doze pessoas em dois cômodos” (M16).

“Tem pessoas que tem boas condições, sim. Que moram em locais com melhores condições de saúde, de higiene e a situação mesmo da casa é melhor. Mas no caso, por exemplo, dos moradores da área que fica mais próxima da [avenida] Brasil, ela, realmente, é casa feita de cartão. De cartão, de plástico, do que eles conseguem fazer. E fazem um barraquinho do lado de outro barraquinho e eles consomem [drogas] ali mesmo e tem outras atividades” (M17).

Além das condições econômicas, os médicos são capazes de listar diversos outros problemas sociais que aumentam a vulnerabilidade da população (Tabela 6).

Tabela 6. Riscos sociais referidos pelos médicos PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, 2016

Riscos	n
Poluição ambiental	18
Baixa escolaridade	15
Consumo/venda de drogas e violência	13
Higiene domiciliar inadequada	11

Má alimentação e sedentarismo	10
Pouca ventilação e iluminação do domicílio	9
Excesso de moradores no domicílio	7
Desemprego/subemprego	4
Fonte: entrevistas médicos PMM	

Os profissionais do PMM ressaltam o lixo nas ruas, a presença de poeira, valas de esgoto e rios contaminados que provocam ou agravam problemas de saúde e expõem a população a vetores de doenças. Outro aspecto muito destacado é o baixo nível de escolaridade, o que influencia no estilo de vida e demanda o desenvolvimento de mais ações de educação em saúde:

“Tem muita doença crônica por falta de conhecimento dos pacientes. Acho que tem influência do nível educacional. Muitos têm ensino primário, não tem como interpretar, conhecer, não tem conhecimento suficiente para tratar assim, só tomar um medicamento. A outra questão, que é educativa, é muito deficiente. A dieta é muito desequilibrada, a prática de exercícios não é muito boa” (M11).

“Tem muitas pessoas que não sabem ler nem escrever. Eu tenho que fazer desenhos na receita, para eles saberem (...). Porque elas querem fazer, realmente há adesão ao tratamento, não tem pessoas difíceis de ter, não. Mas, muitas vezes, a adesão fica complicada por conta de que eles não conseguem saber como vão tomar o medicamento” (M16).

A dieta inadequada e o sedentarismo dos pacientes são frequentemente referidos como hábitos derivados da sua cultura e educação e alguns reconhecem uma dificuldade relacionada à renda:

“Muitos hipertensos, obesos, porque a alimentação também é muito errada. A gente tem trabalhado muito isso. Inclusive, também a gente está acompanhando com a nutricionista do mesmo sistema, que a gente consegue marcar. E está mudando. Assim, tem muitas pessoas que tem mudado, mas tem muitas outras que realmente não mudam, até porque a renda não dá para mudar muito” (M16).

A violência, muito associada ao tráfico e uso de drogas nas comunidades, é um ponto sensível nas entrevistas. Os confrontos armados são um dos motivos alegados pelos médicos que dificulta a promoção de atividade física. Além disso, provocam medo e preconceito em usuários que não residem nas favelas e criam uma barreira ao acesso da unidade de saúde.

Dois médicos também observam focos de prostituição ligados a lugares de consumo e venda de drogas.

Algo que marca os médicos como uma condição de pobreza são moradias sem condições de higiene adequadas. Relatam ainda que há muitas casas sem ventilação ou iluminação suficiente, acarretando umidade e infiltrações. Além disso, há a impressão de um excessivo número de moradores nos domicílios. Segundo alguns médicos, os locais mais vulneráveis têm menor fixação de pessoas, o que prejudica o cadastramento. Quatro entrevistados percebem também o desemprego ou a informalidade do trabalho como um problema social importante. A percepção dos médicos é que há um forte peso dos determinantes sociais no processo saúde-doença dentro do território:

“Minha impressão é que tem muito a ver com o nível social. Muitos pacientes estão desempregados, muitas famílias têm muitos problemas sociais, (...) Em geral, na comunidade o que tem são problemas sociais como o desemprego, problemas econômicos, sabe? A maioria, os determinantes biológicos são muito... Não é que os determinantes de saúde sejam só por agentes do ambiente e os biológicos, entende?” (M14).

De modo geral, para os entrevistados, o perfil epidemiológico se relaciona às condições de vida do território. Na Tabela 7 são enumeradas as doenças que mais chamam a atenção entre os médicos do PMM na AP 3.1.

Tabela 7. Doenças destacadas pelos médicos PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, 2016

Riscos	n
Hipertensão arterial e diabetes mellitus	22
Tuberculose	11
Outras doenças respiratórias	7
Sífilis e HIV	6
Dengue, zika e chikungunya	5
Parasitoses e diarreias	3
Hanseníase e outras dermatoses	2
Transtornos mentais	1

Fonte: entrevistas médicos PMM

A grande maioria destaca a frequência de hipertensos e diabéticos, condizente com a prevalência destas condições de saúde na população em geral, como já era esperado pelos

médicos do PMM. Uma das condições que lhes chama a atenção é a alta incidência de tuberculose, condicionada por diversos fatores sociais presentes no território da AP 3.1. Manejar o diagnóstico e tratamento na Atenção Básica da tuberculose é uma prática a que não estavam habituados em Cuba⁶. Os médicos sentem que ampliam o seu conhecimento clínico lidando com tantos casos desta doença, incluindo aqueles que são resistentes às drogas de primeira linha, com complicações ou fatores de risco associados:

“Assim, tenho visto muitas doenças que, realmente, nunca tinha visto. Tinha visto só de livro. (...) Por exemplo, tuberculose, eu tive só um caso de tuberculose na minha vida. Eu estava já, quase assim, dez anos de formada e eu nunca tinha visto um tuberculoso. Vi só um. E aqui, eu estou atendendo agora catorze. Só de uma vez, entendeu? Já vi tuberculose ganglionar, tuberculose pleural, já vi tuberculose amigdaliana. Então, muito resistentes. Tenho três. Nunca tinha visto. Pacientes com HIV concomitante com tuberculose, que piora o quadro. Realmente, nunca tinha atendido” (M16).

“Mas, para mim, uma experiência que foi muito boa, que aprendi aqui, foi tratar uma tuberculose. Que em doze semestres de faculdade que eu fiz lá em Cuba, só vi uma. Uma! Só no hospital. E foi só. Vi o caso, porque você não trata, porque quem trata é o especialista. Porque lá, não tem isso, entende? Isso, as doenças transmitidas são muito bem controladas, a saúde lá está bem controlada. Então, é uma experiência para mim, ver aqui, tratar uma criança com tuberculose, uma pessoa com tuberculose e eu mesmo passar o tratamento. Pesar a criança, pesar o adulto, pesar ele. Falar quantos comprimidos tem que tomar por dia, até quanto tem que tomar. A segunda fase... primeira fase e segunda fase. Então, isso para mim é uma experiência, enquanto profissional, enquanto medicina mesmo. Que são coisas que lá estão erradicadas, que você vê aqui no dia a dia” (M9).

Os médicos do PMM na AP 3.1 percebem que a região apresenta um padrão sazonal de doenças agudas, condicionado pelos riscos socioambientais a que estão expostos os moradores. No verão, aumenta a procura pelo serviço de usuários com quadro de dengue, zika e chikungunya, enquanto no inverno predominam as doenças respiratórias. Como as entrevistas foram realizadas em junho e julho, isto poderia explicar a maior referência a doenças respiratórias.

O índice elevado de infecção por doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo a sífilis, diagnosticada em muitas gestantes, é associado pelos médicos, junto com a tuberculose, à grande vulnerabilidade social. Vale apontar para a atuação destes profissionais

6 Conforme OMS (2012), a incidência e a prevalência de tuberculose verificadas em 2011 em Cuba (9,3/ 100 mil pessoas-ano e 12/ 100 mil pessoas, respectivamente) são consistentemente menores que no Brasil (42/ 10 mil pessoas-ano e 46/ 100 mil pessoas, respectivamente).

nas EqSF, que possibilita a identificação e o cuidado às pessoas cujos riscos variados – a pesar as condições sociais – acarretam em tais doenças:

“Eles praticamente moram super... uma condição super precária. (...). E é uma população que donde mais, por exemplo, eles têm de tudo. Eu devo atender, mais ou menos, agora, somente de HIV tenho mais de trinta casos. De HIV. Atualmente, de tuberculosos, eu estou atendendo quinze tuberculosos. E eu te falo, a gente não foge de trabalho, de falar o que está acontecendo. Sífilis, te falo, devo estar por umas... Imagina que todas as minhas gestantes, praticamente, tem sífilis (...) Esses pacientes que trabalham mesmo dentro da boca de fumo são os mais vulneráveis, porque são pacientes jovens, que todos eles tem sífilis. Todos eles, praticamente todos, tem tuberculose. É muito triste ver essa realidade” (M6).

Hanseníase também é mencionada por uma médica. Além disso, os profissionais pontuam dermatoses, parasitoses, diarreias e transtornos mentais, relacionando a condições de higiene e saneamento e ao contexto de violência.

Identificação da área geográfica adscrita

Apesar de demonstrarem um conhecimento amplo sobre a população, poucos entrevistados (3) lançaram mão de cartografar ou georreferenciar em mapas impressos ou digitais os riscos identificados, para apoiar decisões direcionadas sobre o diagnóstico do território. Três deles, quando perguntados sobre alguma forma de mapeamento, mencionaram os quadros padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde, presentes nas salas das equipes, onde condições prioritárias de acompanhamento da equipe (por exemplo, hipertensão arterial, gestação, etc.) são indicados por família dentro de cada microárea. Os condicionantes sociais, contudo, não eram identificados neste quadro. Houve quem relatasse que o excesso de condições de risco dificultava a localização em um mapa:

“(...) e aí tinha que ser um mapa maior para gente conseguir colocar. Normalmente, nas unidades de cá não existem esses mapas bem “grandões” que a gente consegue. Porque assim, esse que está aqui é muito “pequeninho” para gente conseguir. Se eu consigo botar ali, quando boto cinco coisas, já marquei a metade do mapa. Aí é complicado, entendeu? E, realmente, assim, setenta grávidas, quando eu boto ali setenta grávidas, vai ficar como esse mapa? Não vai ter espaço para botar mais nada, entendeu? Então, realmente não tem. Esse mapa não existe aqui” (M16).

Os profissionais também referem que não há necessidade de uma definição mais

precisa dos problemas no território para uma atuação focalizada, pois os riscos se distribuiriam de modo uniforme:

“Além de que, assim, os riscos, realmente, aqui são muito difíceis para diferenciar. Eu acho que todo mundo está no mesmo risco. Tem risco de violência, tem risco ambiental, todo mundo tem, porque aqui tem muito rato. A situação de higiene realmente é muito complicada. Esgoto nas ruas, praticamente todas as ruas estão nessas condições. Então, diferenciar... todo mundo está exposto aos mesmo riscos” (M16).

“Geralmente é o risco de... total, né? É a evolução geral. Não tem, tipo assim, não tem risco biológico nessa área específica aqui, nessa microárea específica. É na área toda. No mapa é geral, é a população geral. O problema é em toda a população. Aí está mapeado, mas aí não tem, tipo assim, não tem mais doença, não tem mais nem menos hipertenso. É igual. Estão distribuídas em toda a população essas doenças aí” (M10).

Segundo os médicos, os riscos ambientais, biológicos e sociais são conhecidos através de diferentes formas: por um processo de levantamento de dados estatísticos e na comunidade, pela rotina de planejamento da equipe, por informações contidas no prontuário eletrônico e, principalmente, pelo papel de vigilância do agente comunitário de saúde. A este profissional atribuem a função de estarem inseridos no território, atentos a qualquer condição que demande intervenção e de notificarem à equipe. É por meio do ACS que conseguem refinar melhor as situações de risco e vulnerabilidade da área que acompanham:

“Tem a microárea. Tem sete microáreas. E tem um agente de saúde para cada microárea. É, por exemplo, o Marcelo, que é o agente de saúde, ele atende a área (...) que é uma das invasões, que é uma fábrica de cimento. O Igor, que atende tanto a área que fica próxima à [avenida] Brasil, que tem os pacientes moradores de rua, usuários (de drogas) e ele também atende a outra invasão, (...). Que são as áreas mais difíceis” (M17).

Intervenção sobre os riscos sociais, ambientais e sanitários do território

Para atuar frente aos problemas verificados, todos os médicos relatam uma variedade de ações, agindo caso a caso por meio de consultas e visitas domiciliares ou através de propostas mais sistematizadas para toda a população, através principalmente de grupos com usuários:

“A gente faz intervenção muitas vezes na hora. É o trabalho do médico de família, da equipe. Saúde da família é um trabalho dinâmico. Muitas intervenções são feitas na hora, muitas intervenções são intervenções individuais. Muitas, a maioria são intervenções individuais. (...) Mas, de forma geral, as intervenções são dinâmicas, é diário. O agente comunitário volta com uma queixa de uma casa e a gente tenta traçar uma ação na hora, no momento” (M1).

“Aqui na unidade tem dias programados para grupos de tuberculosos, para grupos de grávidas, para grupos de crianças, e eles vão. Para amamentação, para lactação materna, entendeu? Então, todos esses temas são, de uma maneira ou outra, abordados no dia a dia. Isso é uma programação que a unidade tem” (M15).

Para intervenções mais direcionadas a uma família, os médicos realizam uma visita domiciliar mais abrangente. Outras formas de atuações específicas lembradas são as consultas mais qualificadas, a busca ativa de pacientes e a discussão de casos com a equipe e com a rede de apoio à ESF:

“As visitas domiciliares, a gente não vai fazer visita domiciliar só para ver o paciente que está ali. A gente tenta marcar principalmente orientação desse tipo, orientação ambiental, orientação sobre cultura de higiene, de cuidados, tanto para crianças, para idosos” (M16).

“A gente faz visita domiciliar. A gente faz, junto com o grupo. Tem locais que vai, por exemplo, na... tem paciente com tuberculose na área do Igor, que está próximo da avenida Brasil, aí a gente vai, procura o paciente, aproveita e já avalia tudo o que está próximo ali também” (M17).

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, de cunho coletivo, contudo, são mais destacadas. A maioria refere a realização de grupos para educação em saúde, através de palestras, orientações e aconselhamentos e/ou para atendimentos coletivos, testagem rápida de HIV e sífilis, distribuição de preservativos e kits odontológicos. Estes achados representam uma abordagem sobre os riscos populacionais que foge do padrão de atuação médica mais assistencial e individual, baseada na demanda trazida pelo usuário:

“A gente faz, pelo menos eu faço, sexta-feira, toda sexta-feira de manhã, faço muitos grupos. Vou dentro da comunidade mesmo. (...) A gente vai lá dentro, graças a Deus eles me conhecem, trabalhei lá três anos praticamente. E é “doutora, o que foi? Tudo bem? Ah, doutora!”. Entendeu? E a gente tem uma parceria. “Vamos aqui, a gente vai fazer a “provinha” para todo mundo. A gente vai fazer...”. A “provinha” da escala. A gente vai lá, toma a amostra, a gente faz teste rápido [de sífilis e HIV] lá dentro também. A gente faz muita palestra, reparte muita camisinha. A gente fala

que vai ter uma bomba de camisinha lá dentro” (M6).

Para todos os tipos de ação, os médicos também evocam a articulação com outros profissionais, como os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (sobretudo psicólogos e assistentes sociais), do Centro de Atenção Psicossocial e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A atuação no território conta ainda com parcerias com líderes comunitários e com representantes dos equipamentos sociais e culturais mencionados anteriormente.

Percebe-se que a consideração do espaço territorial é um componente da prática dos médicos do PMM. As entrevistas evidenciam que estes profissionais indicam ter bom conhecimento da dinâmica cultural e social da comunidade (significada por meio dos equipamentos presentes no território), além dos riscos epidemiológicos e sociais e suas interseções. Já o processo de territorialização, embora a maioria não utilize o mapeamento, é incorporado ao longo da inserção na EqSF. Por fim, demonstram intervir sobre o território, em conjunto com a equipe e outros parceiros, buscando atingir, dentro dos limites do escopo de atuação do serviço, os entraves para a melhoria da saúde da população.

Centralidade no sujeito e sua autonomia

A centralidade do sujeito e sua autonomia é amplamente indicada como aspecto da integralidade das práticas. Assim, a análise buscou verificar se a atuação dos médicos do PMM se desenvolvia a partir de determinadas categorias: conhecimento e uso da abordagem centrada na pessoa; promoção da motivação e capacidade de autocuidado do usuário; identificação de suporte familiar e social aos indivíduos; e respeito e orientação sobre direitos de cidadania. O ponto relativo à abordagem centrada na pessoa foi também discutido no grupo focal.

Conhecimento e uso da abordagem centrada na pessoa

A quase totalidade dos entrevistados conhecia a abordagem centrada na pessoa. Apenas uma médica, com somente um mês de atividade no Programa Mais Médicos, respondeu que não conhecia este método clínico. Dois lembraram que a abordagem centrada na pessoa fazia parte do conteúdo do curso de especialização em Saúde da Família, ofertado pela UNASUS e obrigatório no primeiro ano do médico participante no PMM. Todos,

contudo, referiam se utilizar de posturas e técnicas para abordar o sujeito como centro do cuidado, enumeradas na Tabela 8.

Tabela 8. Posturas e técnicas adotadas para abordagem centrada na pessoa, segundo médicos PMM, AP 3.1, município do Rio de Janeiro, 2016

Posturas e técnicas	n
Compreensão do contexto familiar e social	18
Valorização da escuta na comunicação	14
Exploração de aspectos subjetivos	8
Rejeição à medicalização e ao modelo queixa-conduta	8
Vínculo e acolhimento	7
Integração com a EqSF e NASF	4
Uso de espaços fora do consultório	2

Fonte: entrevistas médicos PMM

A maior parte dos profissionais cita a necessidade de se compreender o contexto familiar e social no qual o usuário se encontra inserido para alcançar uma avaliação mais integral e mais acurada dos problemas de saúde:

“Se o paciente é avaliado de forma integral tem que avaliar tudo, até a família dele, tem que perguntar pela família, o desenvolvimento de cada integrante da família. Porque isso afeta a todos os integrantes da família e o paciente que está na frente” (M11).

“Tipo assim, às vezes o paciente está descompensado, paciente com depressão. E aí você começa a perguntar o que está acontecendo na... além da doença, começa a perguntar o que está acontecendo na... como é que está sua casa, como é que está seu trabalho, como é que está na comunidade. Se está conseguindo... se está se alimentando bem. E aí dá para saber todos os problemas que tem o paciente. Porque aí tem que ver o paciente como um ser biopsicossocial, que está numa comunidade, tem que ver tudo que tratou com ele” (M10).

Outra ferramenta importante que os médicos relatam para se direcionarem no sentido da centralidade do sujeito é a valorização da escuta. Realizar perguntas abertas, permitir que o paciente fale e estar atento à comunicação verbal e não verbal são formas de compreender o que afeta a pessoa, segundo os entrevistados:

“A primeira coisa é o contato que tem que ter, o médico tem que escutar e não interromper o paciente. Para poder saber tudo o que ele está sentindo. (...) Tratar de... se tem alguma dúvida, perguntar, para que o paciente continue falando. (...) E tratar de falar e perguntar o que está acontecendo, o que foi que provocou a primeira consulta. Aí você tem que começar a escutar. Aí você vai olhar, porque até no momento, nesse momento, até os olhos falam. Você tem que olhar tudo, a forma que ele está falando, a forma que ele está sentindo o que ele está falando. E aí se tem alguma dúvida e tal, depois que ele termina de falar é que você começa” (M2).

“Bom, sobretudo nas doenças crônicas, ninguém conhece mais da doença do que o paciente. Porque ele que sofre a doença, então você tem que escutar o que ele fala, entendeu? Escutar tudo o que ele fala. E aí você tem uma ideia integral do que está acontecendo com o paciente. Você sabe que, como médico, você tem que ter ouvido para escutar o que ele tem para falar, entendeu?” (M3).

Alguns médicos entrevistados apontam a exploração de aspectos subjetivos, tais como o conhecimento sobre a enfermidade, o modo como as pessoas se percebem doentes, os sentimentos, expectativas e reações aos problemas de saúde. Pontuam também as manifestações singulares das doenças em cada pessoa e os dados do exame clínico que levam a pensar em fatores de ordem pessoal para entender o quadro do paciente:

“Eu acho que não tem ninguém que conhece melhor, sobretudo uma doença crônica, ninguém conhece melhor seu organismo como ele mesmo, o paciente. Se ele chega falando que está passando mal, a gente tem que procurar investigar o que está acontecendo. (...) Tem paciente que acha que está com uma doença que é mais grave do que ele tem realmente ou o contrário. Tem paciente que acha que vai morrer e isso a gente consegue consertar. Mas a gente tem que trabalhar também sobre o que ele sente, o que ele acredita da doença” (M17).

“Todo paciente que chega você tem que perguntar como que ele está lidando com a doença, oferecer suporte psicológico. Isso é o básico que o médico pode oferecer. E perguntar o ponto de vista dele sobre a enfermidade dele. Geralmente ele mesmo vai falando as coisas, não precisa nem perguntar. Paciente com lúpus. Ela mesma avalia como ela se sente com a enfermidade. Que ela abandonou o tratamento porque ela achava que não tinha necessidade. Aí ela contou, conta a história dela. A opinião sobre o preconceito com a doença, etc. Ela vai falando como ela se sente” (M8).

Houve também respostas marcando uma posição de rejeição à medicalização e ao modelo queixa-conduta na prática médica dos profissionais entrevistados, sinalizando para

formas de humanização no atendimento como contraponto:

“A entrevista não é uma mera entrevista de que você está sentindo hoje e que medicamento vou passar. Uma entrevista do médico de saúde da família e comunidade é totalmente diferente. É uma entrevista um pouco mais aberta, um pouco mais ampla (...)” (M1).

“Não, quando realmente o paciente vem à consulta, ele vem com uma queixa. Mas você tem que ver o que é essa queixa. Você tem que avaliar o paciente como um todo. Você não pode avaliar, olha, o paciente está com dor no ombro e eu vou passar tratamento para dor no ombro. Não, você tem que perguntar o que ele faz, qual é a sua atividade diária, o que aconteceu” (M9).

“A parte psicológica a gente trata com muita conversa e nunca dar remédio. Por Deus, nunca dar remédio! Porque se você dá remédio uma vez, aí vai passar toda a sua vida dando remédio ao paciente” (M6).

Duas características ressaltadas para a abordagem centrada na pessoa são o vínculo e o acolhimento. O vínculo é apontado na relação de confiança entre médico e paciente e na ligação proporcionada pelo acompanhamento longitudinal, que promove a assimilação das idiosincrasias e vicissitudes. O acolhimento é notado em posturas de dedicação ou de maior aproximação e contato:

“Até os pacientes falam que gostam mais pela continuidade do atendimento. Porque nesta equipe aqui nunca teve um médico que ficou tanto tempo aqui trabalhando. Então, quando eu tenho que trabalhar dois anos, aí, quando você vê o paciente que chega, que sabe que é hipertenso, o paciente tem mais confiança comigo. Aí então, ele fala “não, o doutor, eu conheço ele já”. Aí ele chega, senta na cadeira e começa “já o senhor sabe o meu problema”. E é melhor, porque aí ele confia em mim, já sabe que eu vou resolver o problema aquele dia. Que ele veio aqui doente duas, três, quatro, cinco vezes e eu tratei, mediquei e ele curou, melhorou e está mais satisfeito” (M2).

“Aqui, o paciente chega com dor ou chega carente de afeto, de carinho. Quando chegam aqui, se sentam aí. Eu não tenho o costume disso. Eu faço assim com o paciente [arrasta a cadeira para o lado da mesa]. Eu quero falar com eles, eu me coloco aqui” (M12).

“Eu acho que uma vantagem da medicina de família e comunidade é esse vínculo que os médicos travam com essa população durante um tempo longo. Dois, três, quatro anos. Você consegue acompanhar o paciente, você consegue saber como vive esse paciente, como vive essa família” (M1).

“Por exemplo, eu tenho um paciente que ele é, eu acho que ele deve ter, o senhor Marcos (...) Em 2014, ele teve uma operação, nunca pegou a biópsia. Então, como ele nunca pegou a biópsia, uma vez decidiu e foi buscar. Quando viu, tinha câncer de estômago, ele estava sumamente magro, muito deprimido, sumamente deprimido. Sua mulher, imagina a situação, sumamente triste com aquela situação. Então, a certo ponto psicológico, a gente trata de dar ajuda o mais que pode. (...) A gente trata de fazer tudo que está em nossas mãos para ajudar essa pessoa. Não é ele, não, são todos que vem a minha consulta” (M6).

Uma forma também identificada de ampliar a visão para o sujeito na prática médica é o cuidado articulado a outros profissionais da EqSF e do NASF, em uma perspectiva de coordenação horizontal. Esta integração permite conhecer o paciente sobre diversos ângulos e enfrentar melhor questões psicossociais:

“Aqui fazemos em conjunto com o NASF. Por exemplo, tem meninos que começam a consumir drogas muito cedo. Aí precisamos dos pais ou de quem estiver com a custódia da criança, o avô, tio, tia, para avaliar em conjunto e tomar uma decisão em conjunto. Se pode ser feito na consulta médica, no dia da avaliação, e tratar em conjunto com algum familiar, orientar, a gente faz. Se, depois de fazer isso, não der resultado, tem que ser encaminhado para o NASF” (M11).

Dois médicos ressaltam a oportunidade de acompanhamento em contextos diferentes da consulta (visitas domiciliares e grupos, por exemplo) para identificar e abordar junto aos usuários aspectos mais ligados a suas experiências. Há, contudo, falas que registram a dificuldade de uma abordagem centrada na pessoa em função da escassa disponibilidade de tempo no atendimento e número elevado de pessoas adscritas às equipes.

Relativamente à questão de como abordar os sujeitos em seus sentimentos e angústias, a maioria dos médicos expressa que a compreensão biopsicossocial do paciente passa por entender as condições e momentos de vida na família, na comunidade e no trabalho. Ou seja, percebe com mais relevância fatores contextuais que elementos mais derivados da personalidade ou do estado psíquico e emocional dos indivíduos. Alguns relatos indicam que os médicos utilizam o NASF para lidar com os processos subjetivos:

“Por exemplo, eu tenho uma paciente com problema para dormir, problema para dormir, problema para dormir. (...) Quando eu comecei a conversar com ela, assim, um dia que tive mais tempo também, né? Realmente, o que ela estava... esse medo partiu de que mataram o sobrinho dela em um confronto desses também. Então, realmente mataram ele na porta da casa. (...) Eu dei mais ou

menos orientações. Não é só isso. É que já tem uma história que realmente marcou psicologicamente muito ela. E a gente o que fez? Passou o caso para a psicóloga [do NASF] dar um apoio, porque realmente só comprimido nem vai adiantar aquele problema” (M16).

Por sua vez, no grupo focal, as supervisoras têm impressões ambíguas sobre a aplicação da abordagem centrada na pessoa pelos médicos do PMM. Reiteram o que foi verificado nas entrevistas quando dizem que estes profissionais demonstram preocupação com o cuidado, trazem um conhecimento amplo sobre os usuários atendidos, buscam criar vínculo e entender a vivência que o paciente tem da doença:

“Mas quando eu acompanho [as consultas], eu observo que eles conhecem a população deles e conhecem bem os pacientes. Porque, às vezes, ele vai, entra um paciente, acaba a consulta e ele diz “esse paciente mora numa casa assim, não sei o que lá”. A gente discute e aí vejo que eles conhecem bem os pacientes deles” (S1).

Mas, por outro lado, percebem falhas de comunicação devido à barreira do idioma e dificuldades de manejo do método centrado na pessoa em um tempo curto de consultas numerosas:

“Problemas de linguagem, barreira do idioma mesmo, porque na abordagem centrada na pessoa tem algumas ferramentas de intervenção clínica que é importante. Explorar a percepção da doença: é importante se comunicar bem e muitas vezes eles têm dificuldade de comunicação nessas questões mais sutis, mais subjetivas” (S3).

Entendem que os médicos não possuem uma formação específica para a exploração de todos os passos da abordagem centrada na pessoa e que, assim, realizam-na de forma intuitiva, embora o curso de especialização em Saúde da Família tenha contribuído para trazer algumas noções conceituais:

“Como eles não vivenciam isso, não são treinados na ACP [abordagem centrada na pessoa] pela própria formação, eles não conseguem fazer abordagem centrada na pessoa nas consultas “curtinhas”, nas consultas pequenas, o que é possível quando você é bem treinado, que eu acho que não é o que acontece com eles. Acho que eles podem fazer algumas vezes de forma mais intuitiva, na tentativa de melhorar o cuidado, de uma aproximação, de criar vínculo. Mas seguir o método de forma com o passo a passo (...), eu acho que eles não têm essa noção de que faz parte da ACP, do modo que o médico brasileiro que tem a formação de Medicina de Família, a formação específica e

que trabalha na APS, sabe e faz” (S4).

Uma supervisora, porém, aponta que a prática mais intuitiva não prejudica a centralidade da pessoa como um todo e outra não verifica deficiências neste sentido:

“Se no exercício a aplicação do método também funciona, você percebe na relação que eles têm com o paciente, no vínculo que criam, no exercício de descobrir qual a vivência que o paciente tem da doença em si etc., eu não sei se a gente precisa ser tão acadêmico assim” (S2).

“Todas as vezes que eu faço perguntas assim: negociou o plano? Questiono um pouco essa parte mais integral, eles me dão respostas em que eles me mostram que conhecem os pacientes deles. (...) Eu faço muito mais discussão clínica do que método clínico centrado na pessoa. Porque quando eu questionei sobre o biopsicossocial, eles respondiam. (...) Às vezes eles são prescritivos, medicalizadores, a minha impressão é que eles estão fazendo uma abordagem muito biomédica. Mas, quando eu questiono, eles me dão respostas que me mostram que eles conhecem o paciente. Conhecem onde o paciente mora, conhece o ambiente” (S1).

Um dos passos que caracteriza a centralidade da pessoa e sua autonomia é a definição da conduta em acordo com o usuário. Nas entrevistas, a grande maioria (22) dos médicos coloca que a conduta é cuidadosamente explicada ao paciente, de modo que possa compreender o que está sendo decidido, como forma de participação e ponto de partida para se chegar a um lugar-comum:

“A gente explica e eles perguntam para gente. Por exemplo, a dieta. A gente fala que você tem que fazer isso, assim, assim. E aí eles perguntam para sair orientado da consulta, né? O que pode comer, o que não pode” (M7).

“Eles têm que participar. O paciente tem que saber o que ele tem e qual é a conduta do médico. De fato, o paciente, se ele quer ver o prontuário eletrônico que o médico está digitando, ele tem o direito. Ele tem que saber mesmo porque o paciente não pode sair da minha consulta sem ele saber o que eu vou fazer com ele” (M9).

Há contradições nas falas, pois, apesar da maioria dizer que o paciente precisa cumprir a conduta que é definida pelo médico, a autonomia da pessoa é expressa de algum modo como forma de cuidado. Explicam que o contexto do paciente e a humanização do atendimento são valorizados e, além disso, que o usuário não é obrigado a seguir o que lhe é orientado:

“O tratamento sempre nós temos que indicar o que vai ser benéfico para saúde ou não do paciente. Não é o que ele deseja, não é sempre a vontade do paciente, mas respeitando o princípio da autonomia, né? Que ele tem o direito de dizer o que ele quer e o que ele não quer, eu não vou obrigar ele a tomar um remédio que ele não quer” (M8).

“Eu conduzo. [O paciente] não chega a interferir. A não ser que ele... não, não chega, não. Eu acho que não chega porque se ele relata, se ele conversa comigo tudo que pode e não pode... eu trato de, como se fala? De... de combinar alguma coisa entre ele e eu, não sei. Combinar, por exemplo, “ah, doutora, já não sei há quanto tempo, porque tomei captopril. Acho que com captopril eu não me sinto bem, eu acho que está acontecendo isso comigo”. Ah, então vamos reajustar o tratamento. Entendeu? Mas na hora de tomar a conduta, eu tomo” (M6).

“Eu acho que o paciente participa acatando todas as orientações que a gente dá para ele. Por exemplo, antes de tomar uma conduta clínica a gente fala com o paciente sobre a doença que ele tem, sobre a importância de ele fazer o tratamento e aí o paciente vai participar dessa conduta fazendo o que o médico orienta para ele. Por exemplo, o paciente hipertenso, eu oriento tudo o que ele pode fazer e o que ele não deveria fazer, mas também escuto as coisas que ele tem que me falar, porque às vezes... Por exemplo, o paciente que trabalha o dia todo não consegue manter uma dieta adequada, mas a gente trata de orientar e não forçar o paciente a fazer as coisas como a gente quer, tratamos de chegar a um acordo entre médico e paciente” (M12).

Sobre esta questão, três supervisoras, no grupo focal, enfatizam a pouca participação do usuário no plano de cuidados, ressaltando a possível influência de um regime autoritário de Cuba e de uma suposta relação médico-paciente mais distante, a partir da figura de autoridade do médico. Uma supervisora também questiona se a temporariedade do vínculo profissional fragiliza o envolvimento com os pacientes.

“Eu penso assim, todos os médicos que supervisiono são cubanos. Então, o que eu percebi, a impressão que eu tenho é que a medicina – essa é a minha avaliação – em Cuba não permite a voz do usuário. É muito prescritiva a conduta: vai tomar assim, assado. Eles não têm espaço para voz. Por diversos sentidos. Na política, por diversos sentidos” (S3).

“Os meus médicos são todos cubanos. Eu fico pensando, às vezes, se tem a ver com a coisa de ser missionário. De saber que você vai ficar temporariamente no local. O que você cria de vínculo é um vínculo muito provisório e objetivo, voltado para o exercício da medicina em si, mais tradicional. Mede, pesa, vê pressão, pega os protocolos. A coisa da abordagem é intuitiva, até porque eles têm um vínculo até de vida mesmo. (...) Mas eles ainda tem essa altivez. Por isso, eles fazem isso, eles não discutem na prescrição, um plano terapêutico, nada disso. Porque são mais

impositivos, mas porque eles são autoridade neste sentido” (S2).

Nas entrevistas, uma proporção um pouco maior de profissionais (15) entende que a conduta é predominantemente definida pelo médico. A pactuação com o paciente, a oferta de alternativas e a consideração de suas escolhas e expectativas são pouco sinalizadas nesta parcela de entrevistados. Embora haja uma forte preocupação em conhecer o contexto da pessoa e em orientá-la para um melhor estado de saúde, argumenta-se que o conhecimento científico deve guiar o processo terapêutico e diagnóstico. A explicação sobre a conduta denota uma forma de levar o paciente a se apropriar deste conhecimento, porém ainda não é colocada em uma posição de que o mesmo possa decidir junto com o médico o caminho a ser adotado para o seu cuidado. O movimento de negociação, nestes casos, parte do usuário, podendo o médico aceitar alguma sugestão ou ajustar o plano para acomodar melhor aspectos do estilo de vida:

“A gente realmente vai decidir baseado em conhecimento científico o que é o melhor para cada paciente. Tem um momento que o paciente não tem como participar da escolha do tratamento medicamentoso propriamente dito. Tem como participar do processo não medicamentoso” (M1).

“Porque o paciente pode saber da doença, mas não sabe nada de medicina, entendeu? Então você orienta, por exemplo, tratamentos, orienta exames. E conversa com ele a importância de fazer, o que vai fazer em cada um. E, às vezes, ele dá uma sugestão e você pode ou não apoiar essa sugestão que ele vai te dar” (M3).

Em contraste, para uma parte considerável dos médicos (9), de fato, as decisões estabelecidas nas consultas são pactuadas com o paciente, levando em conta também se o mesmo aceita ou não o que está sendo proposto. Realçam a importância deste acordo para garantir a adesão ao tratamento e ressaltam a boa relação médico-paciente para tanto:

“Aí, então, eu falo “eu não vou falar: você tem que fazer. Eu vou dar uma proposta e você vai me falando o que você vai começar aí falando. Primeiro, medicamentos. Eu vou falar que você realmente precisa tomar esses medicamentos, agora se você acha que são muito complicados para tomar, aí vamos ter que dar um jeito, trocar eles, ver como é que eu vou fazer para ver qual para você seria melhor, porque é o que eu preciso que você faça”. Senão faz... a gente perde o tempo, não é? Porque não passo um medicamento se ele não vai tomar, passo uma dieta se ele não vai fazer” (M16).

“Pode, tem que participar, senão a gente não consegue. Por exemplo, nas doenças crônicas, a gente não vai conseguir fazer o paciente aderir ao tratamento se ele não participa no processo do tratamento mesmo, da apuração (sic) e da reabilitação, entendeu? Senão não vai adiantar. (...) Se ele acha que consegue fazer esse tratamento, porque tem paciente que fala “eu não consigo fazer dieta” e tem que dar uma reviravolta para tentar ajudar ele com o processo. E o paciente tem que entender a doença, mas a gente também tem que entender o paciente para chegar num consenso mesmo, porque senão não vai conseguir nunca, não” (M17).

Promoção da motivação e capacidade de autocuidado do usuário

Quanto à motivação e capacidade de autocuidado, os profissionais do PMM entrevistados afirmam que conversam e estimulam os usuários a aderirem ao plano terapêutico. Para realizarem isto, falam da importância, mais uma vez, da educação em saúde, fazendo uso de diversos cenários e atores – consultas, visitas domiciliares, grupos, vizinhos, familiares e outros membros da EqSF. Sinalizam, ainda, a vantagem do acompanhamento longitudinal:

“Quando um médico leva dois, três quatro anos, você sabe que paciente adere ao tratamento, que paciente não faz a adesão ao tratamento, que paciente é displicente com o medicamento, que paciente não, que paciente é rígido com a dieta. Você consegue conhecer e acompanhar essa população. (...) Em cada paciente você, na consulta, que é o tempo maior que a gente tem com o paciente, ou na visita domiciliar, ou nos grupos, a gente chega a esse paciente” (M1)

“Por exemplo, no início, os pacientes, eles... como é um tratamento da vida toda, eles deixavam de tomar um dia, dois dias, ou um mês, terminou o medicamento não toma mais. Mas eu acho que com o trabalho já de quase três anos, eu acho que eles estão conseguindo tomar todo dia o tratamento” (M15).

Embora se predomine uma proposta de motivação por meio de orientações, vale destacar que quatro médicos respondem pontuando a necessidade de se conhecer as razões para a dificuldade de aderência, direcionando, então, as estratégias para o autocuidado de modo mais singular:

“E tem que identificar sempre porque não tem adesão ao tratamento. É propriamente pelo medicamento? É por efeito adverso do medicamento? É porque é incômodo tomar o medicamento? É porque o paciente não enxerga ainda os riscos dessa doença? É dinâmico” (M1).

Identificação de suporte familiar e social aos indivíduos

Quando perguntados sobre a busca de apoio familiar e social em casos que necessitem de cuidados contínuos, todos, exceto uma médica, (23) contam já ter procurado alguém do convívio próximo do usuário ou alguma liderança local. O papel do NASF e dos ACS é novamente ressaltado neste sentido. Alguns relatam a experiência de abordar os membros da família e intervir na dinâmica familiar, principalmente naquelas onde os idosos estão isolados:

“Então, quando eu faço a dinâmica familiar, quando eu faço a abordagem familiar, eu estou... o olhar que tenho dessa família... eu posso ver que o idoso, o que sente, é que ele não tem... apartado. Que eles não têm em conta ele para tomar muitas decisões da família. Aí faço uma abordagem familiar e, nesse caso, muitas vezes não se precisa fazer uso do remédio, porque a família, com a abordagem familiar, começa a entender que o idoso pode falar. Que o idoso também tem decisões” (M4).

Respeito e orientação sobre direitos de cidadania

Relativamente à orientação sobre direitos de cidadania, os entrevistados referem que informam as garantias legais ligadas à atenção materno-infantil. Outros direitos informados que foram lembrados nas entrevistas diziam respeito a transporte gratuito e afastamento de trabalho por motivo de saúde. Chama a atenção, ainda, que alguns médicos ressaltem os direitos relacionados ao atendimento nos serviços de saúde. Um deles defende que o cuidado clínico racional e bem informado é uma questão de respeito à dignidade do usuário enquanto cidadão:

“Você tem o direito de exigir que eu examine você. Você tem o direito de exigir que você seja tratado... você tem o direito a conhecer o que eu estou fazendo com você. Você tem o direito de conhecer porque eu indico os exames a você. Porque indicar uma retossigmoidoscopia? Digo, você conhece o que é isso? Uma retossigmoidoscopia tem... porque se não tem um diagnóstico, se não tem uma indicação de verdade, isso é estuprar uma pessoa. (...) Então, esse direito do paciente de que eu examine ele, ser examinado é um direito dele. De ele conhecer que tem um diagnóstico, ou seja, “o que acredita, doutor, que eu tenho?” (M4).

Em síntese, no componente da centralidade da pessoa e sua autonomia a categoria da abordagem centrada na pessoa foi a mais aprofundada. Os médicos apontam diversas posturas

e técnicas utilizadas. As supervisoras, por sua vez, dizem faltar uma aplicação mais estruturada de todos os passos deste método clínico. Como limitações, mais uma vez, tanto médicos quanto supervisoras relatam a pressão assistencial. Percebe-se também, nas entrevistas, que a pactuação da conduta teve relatos contraditórios, tendo as supervisoras notado uma postura mais prescritiva. A motivação e a capacidade de autocuidado são promovidas por meio do acompanhamento longitudinal e, principalmente, da educação em saúde, realizada na forma de orientações aos usuários. Os profissionais do PMM demonstram buscar apoio familiar e social aos indivíduos, além de respeitarem e orientarem sobre variados direitos da população assistida. Embora seja possível distinguir críticas pontuais em algumas das categorias analisadas, tanto as entrevistas quanto o grupo focal levam a pensar que a centralidade do sujeito e sua autonomia, de modo geral, integra as práticas dos médicos do PMM.

Intersetorialidade

A intersectorialidade integra a perspectiva de uma atuação médica mais integral, dada a necessidade de mediar ações de outros setores para intervir nos determinantes sociais, tendo em conta que as necessidades de saúde das pessoas e comunidade vão além da oferta de serviços assistenciais. Deste modo, foi um dos componentes observados para a primeira dimensão da integralidade das práticas, através das entrevistas e grupo focal. Nas entrevistas, especial atenção foram dadas às relações com os setores da assistência social e educação.

Entre os médicos entrevistados, como já visto no componente da consideração da dinâmica territorial, poucos (5) relatam não ter realizado ações com outros setores além da saúde. Duas se justificam pelo pouco tempo de atuação no PMM. Como mencionado em outras categorias, a pressão assistencial também é sinalizada como limitante para o desenvolvimento de ações intersectoriais. Há relatos de dificuldades entre os médicos pela indisponibilidade de parceria com os serviços:

“Aqui é muito difícil fazer isso. Muito difícil. Aqui, só aqui na associação de moradores que aí você fala com a presidenta da associação e aí você consegue fazer. Tipo assim, quando tem muito lixo na rua, com o pessoal aí da... Mas é um pouco difícil. Porque aí quando você fala com o pessoal da Comlurb [Companhia de Limpeza Urbana] para fazer um trabalho ou com o pessoal que atende o esgoto e isso aí, às vezes falam que não tem condições no momento, que não tem como,

que tem que esperar vir alguém de fora, alguém de fora para fazer isso aí. E aí, é muito difícil estabelecer esse vínculo com outros setores, sim. É mais ou menos burocrático. Que, para mim, é uma coisa que aqui no Brasil tem que melhorar muito” (M10).

As supervisoras, no grupo focal, endossam a limitação do sistema. Compreendem que a intersetorialidade é um desafio que ultrapassa a capacidade de qualquer médico na prática da APS no município do Rio de Janeiro. Quando ocorre, as ações são articuladas principalmente através da gestão local das UBS.

“Eu acho que a intersetorialidade é difícil para o médico brasileiro, quanto mais para o cubano. Eu sou muito pessimista? Gente, isso é um desafio gigante para a APS do Rio de Janeiro. Você chegar em uma escola municipal, conversar com um diretor: “e aí, o que a gente vai fazer para ajudar, para fazer alguma coisa?”, acho isso muito difícil, muito complicado” (S4).

“Quando eu percebo que a intersetorialidade funciona um pouco mais ou existe é porque o gerente é mais engajado ou mais proativo neste sentido. E assim acaba conseguindo fazer um pouco mais essa articulação no território. Ou com agente comunitário, mas aí os agentes comunitários têm mais a ver com a associação de moradores. Com outros setores assim, aí é mais com os gerentes mesmos” (S3).

Dos médicos que citam articulação com outros setores (19), todos lembram de ações junto a escolas e creches. Em geral, ocorrem no âmbito do Programa Saúde na Escola e constam de atividades de avaliação antropométrica, rastreio de doenças, vacinação e orientações sobre alimentação, saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis etc. Alguns mencionam atividades também com equipamentos do território (igrejas, espaços esportivos, associação de moradores, organização não governamental, estaleiro etc). Os 19 entrevistados relatam que estas ações fazem parte da programação da equipe.

O trabalho em conjunto com a assistência social foi referido por quatro médicos, realizado em casos pontuais. Segundo dois entrevistados, em acordo com a fala das supervisoras, a atribuição de articulação intersetorial cabe também a outros profissionais da ESF:

“Mas esse processo de tentar dar uma solução a essa demanda tão grande está limitando um pouquinho essas outras atividades que a gente, antigamente, conseguia fazer mais. Então, agora quem está mais livre é que está ajudando mais com essas coisas (...) CRAS? Eu não conheço pessoalmente, mas sei da referência. E, assim, a gente tem apoio do NASF, não sei se você sabe, é

o Núcleo de Apoio, e eles tem uma assistente social. Então, quando a gente tem algum problema desse tipo, geralmente a gente se apoia neles porque, a mesma coisa, eu não consigo fazer esse tipo de articulação porque fica muito complicado para mim, sair do meu atendimento para ir para lá. Então, a gente se apoia neles e eles geralmente que canalizam isso” (M16).

Perguntados se já estabeleceram contato com o Centro de Referência de Assistência Social, apenas seis entrevistados responderam afirmativamente. A maioria referiu conhecer a instituição, mas que não fizeram contato ou não conheciam o Centro de Referência de Assistência Social da região.

Mais da metade dos médicos (13), mesmo aqueles que já trocaram informações diretamente com o Centro de Referência de Assistência Social, referem que normalmente o contato é intermediado pelo profissional que realiza o matriciamento do NASF ou do quadro próprio da UBS. Três entrevistados relatam que os casos identificados para encaminhamento à assistência social não são discutidos, mas somente referenciados:

“Aqui na unidade nós temos uma assistente social. Qualquer coisa eu encaminho para ela e ela que faz tudo. Os trâmites com os pacientes todos” (M15).

Os problemas citados pelos médicos que demandam ação da assistência social são: isolamento e/ou negligência familiar, alcoolismo e drogadição, necessidade de registro civil e benefícios de renda.

A intersetorialidade, portanto, é um elemento que faz parte da inserção dos médicos dentro das EqSF. Contudo, observa-se que a atuação com outros setores é facilitada quando há dispositivos mais bem estabelecidos para esta prática, como o Programa Saúde na Escola ou, com menor expressão, o Centro de Referência de Assistência Social. Além destes, problemas reconhecidos nas famílias e comunidades parecem ter pouco ou nenhum enfrentamento por meio de articulação com setores responsáveis, como Segurança Pública e Saneamento Ambiental, por exemplo. Entre os entraves apontados, novamente a alta demanda por consultas médicas é referida e também é citada a pouca disponibilidade de parcerias de outros setores. As supervisoras ratificam que as dificuldades para promover ações intersetoriais provêm mais do sistema de saúde brasileiro, em particular no contexto da APS no Rio de Janeiro, que pela capacidade dos médicos do PMM, necessitando da ação conjunta de outros membros da ESF.

Valorização dos determinantes sociais

A valorização dos determinantes sociais foi um dos componentes analisados na compreensão da abordagem biopsicossocial com orientação comunitária. As categorias presentes nesta análise foram: acompanhamento de todos os integrantes do Programa Bolsa Família; atuação diferenciada em casos de vulnerabilidade social; indicação ou esclarecimento sobre oportunidades e meios de emprego, renda, educação ou suporte social; e identificação de riscos e vulnerabilidades pelo ambiente de trabalho e violência. Para o grupo focal, a atuação diferenciada em casos de vulnerabilidade social foi a categoria selecionada para discutir este componente.

Acompanhamento dos integrantes do Programa Bolsa Família

Todos conhecem o Programa Bolsa Família e referem participar de algum modo junto à equipe do acompanhamento de usuários cadastrados neste Programa. Quatro profissionais ressaltam que esta prática é uma exigência da gestão. Uma minoria dos entrevistados (4) manifesta que a ênfase neste acompanhamento recai sobre o enfermeiro e/ou ACS. Os médicos identificam como tarefas a avaliação clínica, as visitas domiciliares, a pesagem, o controle vacinal, as consultas de pré-natal e puericultura, as visitas domiciliares e os grupos:

“Isso é bem seguido de perto. Então, eles, principalmente vacinação, mensurações das crianças, acompanhamento das grávidas, a gente consegue. Eu participo. O atendimento é parte minha. E, geralmente, avaliação da vacina é também parte nossa” (M16).

“Participo. Junto com a agente comunitária, a enfermeira, o técnico de enfermagem. O maior peso fica no agente comunitário. Ele conhece os endereços, faz tudo. A gente acompanha fazendo a parte da quantidade de membros da família. Se tiver alguma doença, a gente faz o laudo que precisa” (M11).

Alguns entrevistados referem limitações para ampliar a participação no acompanhamento dos usuários do Bolsa Família, citando, mais uma vez, a sobrecarga de atendimentos e ainda o preconceito associado ao benefício social:

“Eu acompanho, mas não... geralmente, eles chegam e eu faço a consulta. Mas muitas vezes eu não sei quem é Bolsa Família, entendeu? Eu levo o atendimento e, muitas vezes não conheço, porque

muitas vezes, o paciente não fala. E eu não vou “você é Bolsa Família? Você é Bolsa Família?”. E muitas vezes o paciente tem um pouco de preconceito, não fala “doutor, eu sou Bolsa Família”. Então, é muito difícil” (M4).

Atuação diferenciada em casos de vulnerabilidade social

Com exceção de uma médica, que dissera que “nunca saímos do tratamento padrão, do protocolo padrão” (M8), os demais entrevistados identificam que há uma atuação diferenciada para casos de vulnerabilidade social. A conduta mais referida é o envolvimento da equipe, do NASF e/ou da Assistência Social:

“Depende, tá? Isso aí depende do estado que tem o paciente no momento. Aí, dependendo do estado do paciente, nós avaliamos e discutimos com a equipe para ver que atendimento na realidade precisa esse paciente. Vale para cada caso, só depende do paciente. (...) Se os casos são casos frágeis de casos sociais, já tem uma prioridade, tá? Então aí... só que tem que ver... só que, avaliando o paciente, depende da continuidade do paciente, do atendimento pela nossa equipe” (M10).

Uma parcela dos médicos também refere realizar visitas domiciliares e consultas mais frequentemente nos casos vulneráveis. Outra forma de atuação é manter a equipe disponível para acolher oportuna e integralmente o paciente, tanto em suas demandas imediatas quanto nos aspectos preventivos:

“Então, eu aproveito o momento que ele [um paciente com alguma vulnerabilidade] está aqui, que eu sei que eu posso trabalhar com ele, aí eu aproveito e atendo. Se não sou eu, é a minha enfermeira. A equipe junta tenta conseguir... esse paciente, que é difícil, até porque não tem que ser esse paciente em específico, não tem que ser sua área, não tem que ser um paciente morador de rua... também pode ser um paciente que faltou, que não gosta de ir para a clínica, que ele não... a gente sabe que, se está aqui, a gente tem que aproveitar. Vamos fazer a consulta logo para adiantar e manter o mesmo atendimento, porque senão vai perder o controle” (M17).

Formas de atuação lembradas ainda foram a prioridade para marcação, a coordenação do cuidado mais sistemática, o apoio no papel de vigilância do ACS no território e também o auxílio material, através da doação de comida, fraldas, produtos de limpeza etc., em casos de maior vulnerabilidade. Os profissionais do PMM entrevistados destacam como perfil de prioridade os usuários com Bolsa Família, pessoas com limitações ou riscos que moram

sozinhas, população de rua, indivíduos com moradias precárias, usuários de álcool e/ou drogas, tuberculosos, grávidas e crianças.

Alguns médicos indicam que, para além da sua própria atuação, é necessário aprimorar os investimentos governamentais em setores que possam romper com a reprodução social do processo saúde-doença:

“Você não consegue fazer saúde. Você tem uma comunidade que está minada pela droga, que está minada pelo tráfico. Acontece em todas as comunidades do Rio de Janeiro. Que você não tem investimento em outras coisas que não seja saúde. Você não faz nada. Vai fazer uma Clínica da Família no meio da comunidade, se você não tem espaço de lazer, se você não tem educação de qualidade, escolas de qualidade com horário integral. (...) Quando moro numa comunidade que não tem espaços de lazer, não tem opções de lazer, só tem tráfico, só tem violência, só tem tiro, só tem a polícia que entra, condições de moradia inadequadas, você pode não estar doente, mas em algum momento vai chegar essa doença. (...) O principal problema para a gente conseguir mudanças é conseguir juntar, unir essa vontade da saúde, esse conhecimento que tem os profissionais da saúde, para conseguir mudança com esse investimento externo, social” (M5).

Porém, entre as supervisoras predomina a impressão de que os médicos do PMM apresentam fragilidades na diferenciação de casos de vulnerabilidade social. Alguns demonstram maior sensibilidade para questões de risco social, porém esperariam que os médicos tivessem uma conduta mais sistematizada. Uma das supervisoras ilustra com o exemplo da violência doméstica e a mesma consegue eco no restante do grupo ao ponderar a necessidade dos médicos dedicarem maior atenção entre aqueles que mais precisam na população adscrita:

“Acho que, por exemplo, em relação à violência. Acho que eles não têm esse olhar. Saber quem está mais, não sei, diferenciar um paciente e investigar e seguir uma linha de... não, este aqui é uma possibilidade de ter uma família em situação de violência, uma mulher em situação de violência. Fazer uma abordagem diferenciada. Ver criança em situação de violência dentro de casa. Acho que eles não têm a menor noção de como fazer isso. Tratam muito igual” (S4).

“Alguns tem o dom talvez, uma facilidade maior, mais afinidade com algumas questões e acabam executando de uma forma melhor. Mas nem sempre é introjetado. Eu tenho uma situação de vulnerabilidade, eu tenho que fazer assim ou assado ou fazer um diagnóstico no território” (S3).

“Acho que não tem noção de equidade. Eles podem ter uma noção de igualdade. No sentido de

tratar todo mundo igual. Mas realmente, dar preferência e realmente observar os casos que precisam de mais atenção... eu penso um pouquinho, o pior do pior. Tendo uma situação “super” vulnerável, uma comunidade “super” violenta, por aí vai, você tem que achar aqueles que precisam mais, para você dar mais atenção” (S4).

Chama a atenção que as supervisoras indicam problemas, como a violência ou contrastes sociais, que são relacionados a uma realidade bastante característica da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro. Percebem que, com o apoio da EqSF, os médicos conseguem distinguir melhor sua atuação frente a casos mais vulneráveis:

“Este crivo vem do resto da equipe. A enfermagem, os agentes comunitários, acho que eles dão este foco para o médico. Como os agentes são daquela comunidade, eles rapidamente identificam quem é, quem tem potencial para ser. (...) Talvez seja um bom momento de ter uma troca mais de entre equipe e eles. E eles consigam ter um olhar mais diferenciado. Eles comecem eles mesmos a procurarem esse perfil” (S2).

Ressalta-se que uma das supervisoras se contrapõe ao restante do grupo, trazendo uma experiência positiva quanto à atuação diferenciada em casos de vulnerabilidade.

“Os meus, eu observo que eles conseguem priorizar bem. Organizar bem esse cuidado da população vulnerável. A maioria deles trabalha com população vulnerável. Então, quando eu vou fazer supervisão e converso e eles me apontam: ah, eu vi um caso assim, eu estou fazendo VD [visita domiciliar] toda semana ou a enfermeira vai primeiro e eu vou na mesma semana. Já vi caso que eles veem alguma coisa alterada no exame e eles falam: este paciente tem que vir logo para cá” (S1).

Indicação ou esclarecimento sobre oportunidades e meios de emprego, renda, educação ou suporte social

A maior parte dos médicos (14) relata que, em sua prática, já indicaram algum suporte social aos usuários. Contam que fazem recomendações quanto à educação e, principalmente, ao trabalho. Novamente destacam a articulação com o NASF e Assistência Social para intervir nestas situações:

“Mas, por exemplo, o paciente que eu vejo que ele pode, eu sempre tento falar com ele. Encontrar essa superação, que é muito importante estudar para ter uma educação, para melhorar de vida,

entendeu?” (M3).

“Então, falo que não só a carteira assinada é uma forma de trabalho honrado. Que pode ter outra forma onde possa entrar renda no lugar, até que aconteça, que apareça um trabalho formal” (M4).

Mesmo oferecendo algumas maneiras de suporte social aos indivíduos, há uma parcela expressiva de médicos (10) que não percebe a indicação de oportunidades sociais como uma ação do núcleo da sua prática, sendo uma tarefa mais bem atribuída a outros profissionais:

“Para isso a gente tem a assistente social, então que falem com ela e a gente faz uma consulta e ela é quem encaminha, quem indica. (...). Então a gente fica se apoiando na equipe do NASF. Mas até pouco tempo eles estavam fazendo também uma terapia ocupacional, que é isso, fazer trabalho manual, esse tipo de coisa. Aí eu encaminhava também o paciente para lá” (M17).

“Primeiro que eu não sou brasileira, eu não conheço todas as coisas que poderiam ser... e minha função, realmente, eu acho que não é essa. Eu aqui oriento as pessoas, porque tem muitas pessoas que são doentes e eles, eu acho que assim, também...dentro da sua desinformação da doença que tem, eles acham que não conseguem fazer muitas coisas. E a gente o que tenta é orientar principalmente que não são... por muitas limitações que você tenha, tem limitações para algumas coisas, mas para outras não tem. E tem muitas portas abertas que você consegue tocar para conseguir se desenvolver na sua vida e conseguir se sustentar sem depender do Estado, depender de um dinheiro sem você fazer nada, né?” (M16).

Identificação de riscos e vulnerabilidades no ambiente de trabalho e violência

A maior parte dos profissionais diz que costuma ter atenção à identificação de riscos e vulnerabilidades ligados ao trabalho. As condições mais citadas envolvem problemas osteomusculares e de ansiedade, mas também referem quadros respiratórios, dermatológicos e varizes.

Os médicos, como já verificado na consideração sobre o território, também tem uma percepção de que a violência afeta a saúde dos pacientes. Reportam casos de violência urbana – assaltos, sequestros e confrontos armados – e de violência doméstica. O que mais identificam como repercussão são problemas de ansiedade, gerando medo, pânico, picos hipertensivos, insônia e demanda por benzodiazepínicos.

Segundo os entrevistados, o acesso e o funcionamento do serviço de saúde também são limitados pela violência, prejudicando os usuários:

“Afeta muito do ponto de vista psicológico e do ponto de vista da assistência continuada e o acompanhamento certo. (...) Então, quando isso se vai se sistematizando, essa problemática de violência na comunidade, não é casual, só um dia no mês. Isso acontece com muita frequência, entendeu? Então, se aconteceu na sexta e aconteceu ontem, na terça, são pacientes que pelo menos... Vou ter vinte pacientes que não vão receber assistência e que vão ficar aguardando por uma vaga para serem remarcados e atendidos. (...) Mas é muito difícil, para eles, para nós, porque chega um momento no nosso planejamento de ações de saúde que a agenda fica ao teto. Não dá para você atender com qualidade, um atendimento de qualidade” (M15).

Alguns médicos, em razão desta dificuldade, procuram flexibilizar suas agendas para tentar manter o acesso à Atenção Básica:

“É, mas aí a gente muda também, tem locações em que, dependendo do caso, a gente pode falar... Olha, se esse paciente aqui está com uma situação “x” e a gente precisa avaliar ele... a gente o que faz é... não consegui ir na quinta, que é o horário da VD [visita domiciliar], aí eu falo... num dia da reunião de equipe eu chego um pouquinho mais... saio um minutinho, vou, volto... e avalio o horário pra tentar mexer, porque vai depender também da situação do paciente” (M17).

Pode-se dizer que os médicos demonstram preocupação com fatores sociais na prática da APS. A maioria relata participar do acompanhamento dos usuários do Programa Bolsa Família, apontar propostas de suporte social e identificar riscos e vulnerabilidades associadas ao trabalho e violência. Destacam mais uma vez a sobrecarga de atendimento como ponto limitante e a articulação inter/multiprofissional como possibilidade de atuação. Embora quase todos os médicos tragam exemplos de atuação diferenciada em problemas de vulnerabilidade social, a maior parte das supervisoras, em contraste, identificam dificuldades em especificar problemas e riscos sociais na população adscrita, bem como na organização do cuidado a estas situações. A interação com a equipe, contudo, auxilia os médicos a melhor direcionarem a prática para a diferenciação de conduta em casos mais vulneráveis.

Participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde

A construção de projetos de saúde com participação ativa das coletividades é um componente das práticas que se direciona para a orientação comunitária do cuidado e para a abordagem social dos problemas de saúde. Foram trazidas como categorias de análise: diagnóstico comunitário com lideranças locais; realização de prestação de contas

(“accountability”) à comunidade; participação em conselhos de saúde; e formação de parcerias na comunidade. Esta última categoria teve contribuições também do grupo focal.

Diagnóstico comunitário com lideranças locais

Ao indagar sobre a realização de um diagnóstico comunitário, apenas dois médicos responderam não terem desenvolvido este processo pois o mesmo já havia sido feito antes da chegada deles. Os demais 22 médicos afirmam terem participado da construção do diagnóstico comunitário e que, mesmo não sendo o foco principal deste diagnóstico, consideravam as demandas e o apoio das lideranças locais para pensar os problemas e possibilidades do território:

“Em cada micro área, temos que identificar quem são os líderes de cada micro área, para facilitar o trabalho nosso” (M2).

“No diagnóstico a gente viu os problemas da comunidade e os elementos da comunidade que poderiam ajudar a gente no trabalho da clínica, a situação da comunidade. Assim, líderes da própria comunidade. Você sabe que toda comunidade tem mesmo os pacientes... tem paciente que tem liderança na comunidade, entendeu? Que conhece a comunidade, que ajuda a própria pessoa” (M7).

Os médicos dizem que trabalham em conjunto com líderes formais - representados, principalmente, por membros das associações de moradores - e informais - como moradores antigos e pessoas de destaque da comunidade, identificando até mesmo, nesta direção, indivíduos ligados ao tráfico de drogas:

“Vários líderes informais. Pessoas, das primeiras pessoas que chegaram na comunidade, primeiras pessoas que vieram da Bahia, que conhecem como se formou a comunidade, como começou, como chegou o tráfico, como... E o presidente da associação de moradores” (M1).

“E trabalha com... a gente fala em espanhol, não sei se é igual, líderes formais e não formais. Com o chefe da comunidade, a gente trata de falar mesmo com o chefe do tráfico “ah, está acontecendo isso, o cara não quer fazer. Vamos lá, vai ficar propagando a doença? Vamos fazer!” (M6).

Os profissionais entrevistados, contudo, ao relatarem como foi feito o diagnóstico comunitário, respondem com base mais no estudo das consultas e indicadores presentes no

prontuário eletrônico, com foco maior sobre as doenças. Três deles citam o seminário de prestação de contas (“accountability”), exigido pela gestão municipal para apresentação das equipes anualmente, como o momento de realização do diagnóstico comunitário, indicando que este direcionamento guia a maneira como constituem sua visão sobre este passo de planejamento na ESF. O objetivo tende a ser mais voltado para uma análise epidemiológica que para uma construção coletiva e participativa da comunidade-alvo das ações de saúde. A participação, quando ocorre, é restrita:

“A gente faz aqui no posto de saúde uma “accountability” e aí a pessoa avalia todo o processo de trabalho do ano, tudo. Aí tem todo o trabalho que a pessoa faz durante o ano. Isso é um diagnóstico de saúde. (...). A pessoa faz um... é como que em algum momento você para para ver quem é você. Que problema você tem, o que você fez, o que você tem que fazer ainda, o que está faltando, entendeu?” (M5).

“A análise da situação de saúde tem várias variáveis, tem múltiplas etapas que tem que ser complementadas. Então, relativo à saúde se faz levantamento, se utiliza os prontuários, se utiliza... Tem uma “fita” também, prontuários familiares e o individual daquela pessoa, para ver. E também temos que fazer esta pesquisa na comunidade. Tem que se discutir com as equipes de saúde e também tem que se discutir com a comunidade. Com os principais líderes formais e informais na comunidade. Mas não vamos falar que tudo está feito, que tudo não se pode fazer. Essa discussão com a comunidade toda, não podemos chegar até lá agora. Não chegamos porque é muito difícil para reunir a comunidade toda” (M14).

Realização de prestação de contas (“accountability”) à comunidade

Para a maior parte dos médicos, a prestação de contas das ações de saúde para a comunidade ocorre no seminário de “accountability”, mas também em reuniões periódicas com a comunidade. Os médicos, porém, não demonstram um papel mais protagonista e ativo neste processo. Um dos entrevistados reconhece que falta maior aproximação com a comunidade para o diálogo sobre os problemas de saúde:

“Mas está faltando esse vínculo mais amplo entre todas as equipes e a associação de moradores. Isso tem resultado, mas não um resultado ótimo. Está faltando, mas isso acontece no mundo todo. A intersetorialidade, um dos princípios de saúde aqui no Brasil, não se cumpre 100%, tem sempre um... Então está faltando, talvez, melhor discussão de todos os problemas” (M13).

Participação em conselhos locais de saúde

Além dos conselhos de saúde, algumas UBS, conforme dito anteriormente, promovem reuniões com os usuários periodicamente, para esclarecimentos e prestação de contas. A maioria dos médicos não está presente nas reuniões e conselhos de saúde junto com a comunidade. Cinco responderam desconhecer a existência destes encontros e apenas três relataram participar das reuniões com usuários. Destes, um diz não expressar suas opiniões nos encontros e dois descreveram este espaço como momento de orientar a população sobre o funcionamento da APS no município.

“Aí [na reunião com a comunidade] é para ver, é para discutir tudo o que acontece com o posto, a saúde e a população. Aí tem, aí faz orientações, aí os pacientes têm queixas para... Que eles têm muitas dúvidas para esclarecer. Porque às vezes falam assim “não, você vem aqui e não consegue encaminhamento, não consegue marcar tomografia”. Então, tem orientações que você tem que dar para os pacientes, dar para ele porque não tem uma orientação boa” (M10).

Nas reuniões e conselhos de saúde, a gerência ou outros membros da EqSF (sobretudo os ACS) são indicados a participar. Dois médicos dizem que são informados posteriormente sobre o conteúdo da discussão e um deles explica que o médico é limitado a participar destas reuniões por conta, novamente, da pressão assistencial.

Formação de parcerias na comunidade

Como mencionado também em outras categorias de análise, os médicos denotam estabelecer parcerias na comunidade para desenvolvimento de ações de saúde. Da mesma forma, as supervisoras identificam as parcerias na comunidade através dos grupos realizados pelos médicos e ressaltam as relações com lideranças presentes no território:

“O médico faz grupo dentro da comunidade. A gente passou por uma – dentro da comunidade mesmo! – a gente passou por uma boca de fumo. Paciente recebeu o médico em casa, abriu as portas da casa dele, para ele poder fazer um grupo dentro da comunidade. Dentro da casa do paciente. Todo mundo conhecia. Tinha outros pacientes: “quando você vai na minha casa? Pode fazer grupo na minha casa também!” Este médico é muito querido. (...) Mas achei isso legal porque foi dentro da comunidade. A gente, para chegar lá, a gente passou por uma boca de fumo, os caras armados e os pacientes foram” (S1).

Uma das supervisoras considera que há influência da supervisão nesta prática e outra pondera sobre as limitações relacionadas aos confrontos na comunidade.

“No nosso relatório, tem também um incentivo nosso, porque a gente pergunta lá: “está fazendo grupo?” Fazem com associação de moradores, lideranças comunitárias, enfim” (S3).

“Minha impressão é que depende do território e de uma relação pré-estabelecida. Eu tenho uma clínica, que é na [favela da] Maré, que as médicas cubanas têm uma relação maravilhosa com a associação de moradores e com alguns líderes comunitários. E os líderes viraram uma referência para elas até. (...) Mas a minha impressão é que a clínica tem uma relação com todo o território, toda a comunidade. Então isso foi facilitado. (...) Quando eu era [supervisora] do [Complexo do] Alemão (...) como era muito violento, tinha muito tiro, toda hora muito tiroteio, então era muito difícil fazer alguma coisa lá. Não me relatavam relação com líderes ou com informantes ou com pessoas da comunidade que ajudassem no trabalho da equipe” (S4).

Nota-se que os médicos entrevistados levam em conta a comunidade na proposição de melhorias para a saúde da área adscrita, porém com determinadas limitações. Isto ocorre tanto por possível falta de diretrizes de trabalho neste sentido, quanto por uma concepção de práticas coletivas mais voltadas para orientações. Assim, os líderes formais e informais são considerados, mas os próprios médicos reconhecem que estes ainda não se constituem como atores-chave do planejamento das EqSF. No mesmo sentido, seminários de “accountability” são mais direcionados para análise epidemiológica que para a prestação de contas e participação da comunidade. As reuniões com a comunidade ou os conselhos de saúde contam com pouco envolvimento dos médicos. Já a parceria com instituições e líderes comunitários, diferentemente, constitui uma forma de trabalho médico que demonstra participação das coletividades nos projetos de saúde.

Síntese da dimensão “abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária”

Pode-se compreender que a abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, faz-se presente na prática dos médicos do PMM na área investigada. Pelas categorias estudadas em cada componente, a consideração da dinâmica do espaço territorial se mostra entre os pontos mais positivos. Os demais componentes, embora algumas barreiras

possam ser encontradas, conclui-se que, vistas em âmbito mais global, integram a prática dos profissionais do PMM.

Há diversas limitações extrínsecas aos médicos do PMM. A pressão assistencial associada ao excesso de usuários adscritos traz obstáculos à prática integral, como o conhecimento e uso da abordagem centrada na pessoa, a participação em conselhos locais de saúde e as intervenções sobre riscos do território. Limites próprios do sistema de saúde ocorrem, por exemplo, na intersetorialidade. A violência urbana é outro fator que prejudica a atuação em categorias, como na formação de parcerias na comunidade. Outro limite à ação intersetorial se refere à ausência de políticas intersetoriais articuladas nos diversos níveis de gestão, ficando a cargo, apenas, da articulação promovida no nível local.

Problemas inerentes aos médicos foram descritos pelas supervisoras em relação à barreira do idioma, a abordagens pouco estruturadas para determinados aspectos do cuidado e a uma cultura de autoridade médica na conduta. A participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde foi o componente que mais apresentou restrições da prática médica nas categorias investigadas.

Em contrapartida, a boa comunicação com as pessoas, com lideranças e instituições na comunidade, com outros profissionais da ESF e da rede de apoio matricial, por sua vez, é um ponto favorável. Ao final, o cuidado ofertado pelos médicos do PMM leva em conta, para além do campo biomédico, uma abordagem sensível ao contexto social e familiar dos indivíduos, com relevante inserção comunitária e senso de equipe.

4.3 – INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS: A DIMENSÃO DO ELENCO AMPLIADO E INTEGRADO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Como no capítulo anterior, a análise da dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde é apresentada em seus componentes, presentes na matriz: carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência, atenção à demanda espontânea e programada, prestação de serviços em diversos cenários, integração com outros serviços de saúde, interdisciplinaridade, planejamento das intervenções e utilização de protocolos assistenciais.

Além das entrevistas (com informações para todas as categorias) e do grupo focal (exceto prestação de serviços em diversos cenários), indicadores obtidos dos relatórios

assistenciais da Organização Social Viva Rio também foram utilizados para caracterizar a carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência e atenção à demanda espontânea e programada, complementando a análise das práticas médica no PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro por meio destas três fontes diferentes.

Carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência

Para se verificar a abrangência dos serviços executados pelos médicos do PMM na promoção, prevenção e assistência à saúde da população, foram utilizadas como categoria de análise nas entrevistas o aconselhamento de hábitos saudáveis; a oferta de determinados procedimentos cirúrgicos/invasivos de pequeno porte na Atenção Básica; e a prática de grupos com usuários. As duas últimas categorias também foram investigadas através do grupo focal. Adicionalmente, foram incluídos indicadores dos relatórios da OSS: consultas com inserção de dispositivo intrauterino, consultas de planejamento familiar e percentagem de mulheres com colpocitologia registrada.

Aconselhamento sobre alimentação saudável, cessação do tabagismo e redução de danos em dependentes de álcool e drogas

Todos os 24 entrevistados relatam que orientam os pacientes sobre alimentação saudável. Dão destaque para hipertensos e diabéticos, mas alguns lembram que gestantes, crianças e outros grupos de risco também precisam de explicações e recomendações sobre dieta, sendo, portanto, um tema frequente e importante nas consultas médicas.

Três médicos referem que fornecem material escrito para reforçar as orientações. Muitos mencionam que, além das consultas, utilizam o momento dos grupos e se articulam com outros profissionais de saúde para abordar esta questão. Frequentemente, nas entrevistas, relatam que se deparam com uma cultura alimentar com diversos vícios, acarretando em prejuízos para a saúde e que atuam no sentido de procurar mudar alguns destes costumes:

“[Converso] com todos, mas mais com os pacientes hipertensos, diabéticos e obesos. Que são... que é muito difícil aqui no Brasil. Aqui no Brasil, porque vocês comem muito! Sempre tem churrasco, sempre tem muita coisa. (...) O suco aqui no Brasil, eu olho que vocês colocam açúcar no café, no suco. As frutas que vocês têm aqui são maravilhosas, não precisa de mais açúcar. (...) O costume de vocês é colocar mais açúcar e não precisa” (M3).

“O pilar do tratamento do hipertenso e diabético, a gente sabe que é a dieta, exercício, o tratamento não medicamentoso. E aí está incluída a dieta. E a gente conversa na consulta, na Academia Carioca, na consulta com a nutricionista do NASF, no grupo que a gente faz na comunidade, no dia a dia, na visita domiciliar, na visita do agente comunitário” (M5).

Todos os médicos entrevistados relatam conversar com os usuários sobre os riscos associados ao tabagismo, na tentativa de estimular o abandono do hábito. Além disso, os médicos em sua totalidade respondem que se apoiam nos grupos de tabagismo existentes nas UBS, para os quais direcionam aqueles pacientes que gostariam de parar de fumar. Alguns explicam que auxiliam as pessoas com uma estratégia de redução gradual diária de cigarros. Um deles, ainda, argumenta a partir do custo financeiro do tabagismo para o usuário. Há relatos que apontam que, apesar dos esforços, poucos pacientes efetivamente deixam de fumar. Porém, a diminuição da carga tabágica é marcada como um avanço importante:

“Aqui temos o grupo de tabagismo. Então encaminhamos os pacientes (...). Mas essa é uma atividade um pouco mais difícil. De tantos pacientes que tenho mandado para o grupo, que mando para o grupo, só dois abandonaram o tabagismo. O resto abandonou o grupo. (...) Eu também falo. Eu falo tudo. Falo muito nas consultas, muito!” (M19).

“Quando o paciente chega aqui na consulta, agora quando eu começo a trabalhar com eles, é que eles explicam assim: “médica, eu fumo, mas não muito”. E sem passar “patch”, sem passar remédio, sem passar nada, nós temos conseguido muito com eles. Não que parem de fumar, mas aqui temos mais de quatro ou cinco pacientes, eu acho que, não me lembro muito, que fumavam mais de uma caixa de cigarros em um dia. Isso é muito cigarro. (...) E aí eles conseguiram ir baixando a dose, a quantidade de cigarros que eles estão fumando agora. E eles estão muito emocionados com isso” (M12).

Também todos afirmam aconselhar pela redução de danos em pacientes dependentes de álcool e outras drogas. Contudo, a grande maioria relata que estes casos são mais difíceis. Entre as dificuldades apontadas, ressaltam os preconceitos e estigmas sociais que complicam uma abertura para abordar e identificar pessoas que fazem uso abusivo de álcool e, sobretudo, usuários de drogas. Além disso, referem problemas no acompanhamento e na captação, uma vez que são pacientes mais indisciplinados. Outro ponto polêmico se refere à questão do uso mais seguro de substâncias psicoativas, apontada em políticas de saúde:

“Então, é muito difícil. Primeiro o paciente aceitar que faz (uso de drogas ou álcool), entendeu? E outra coisa, se o paciente é funcional, trabalha, tem casa, família, filho e ainda assim usando droga. (...) Porque a gente levou esses casos. Que ouvi falar que se o paciente trabalhar, ele é funcional, que se fazia droga, não era... como que foi? Aí nós ficamos paralisadas, porque... (...). Se ele só consumia, por exemplo, final de semana ou raramente na semana, aí a gente tinha que como que entender o paciente, entendeu? Porque realmente não é... apesar de que já é adicto mesmo à droga, usuário da droga que estão utilizando, o trabalho da gente não é tirar a droga, senão sociabilizar o paciente, tentar achar um jeito mais seguro de ele usar essa droga que ele estava usando, entendeu? (...) Eu não faço isso, não. Eu não concordo (...). Peço, pelo menos, para começar a atrasar a primeira [dose da substância]” (M21).

“Então, porque quando você faz a consulta e pergunta os hábitos tóxicos que eles têm, aí dá para perguntar, mas eles não respondem sempre. E é complicado porque então ficam com medo de falar se consomem algum tipo de droga. (...) É um trabalho individual. Porque não consegue, o alcoolismo é, o alcóolatra é um paciente complicado e tal. Você fala: “vai fazer um grupo de alcoolismo na terça pela manhã”. E aí é muito difícil. Aí, para mim é melhor fazer consulta com ele” (M2).

“Em caso de álcool e drogas é muito mais difícil (...) Falo: “você consome?”. “Não, uma ou outra cervejinha”. Entendeu? Não posso, não posso falar, por exemplo: “você consome drogas?”. Porque são palavras, coisas... Por exemplo, o consumo de drogas é algo muito preconceituoso” (M20).

Alguns médicos expressam que precisariam de um tempo maior. Outros manifestam que se disponibilizam a acolher estes casos conforme a demanda dos usuários. Porém, muitos mencionam a importância do apoio em saúde mental, pelo NASF, para que o matriciador possa orientar a abordagem durante o acompanhamento do médico:

“Temos mais sucesso para o tabagismo que para a droga e o álcool. É muito mais complicado. (...) Fica a nível de consulta. Psicólogo faz essas consultas se você usa drogas e álcool. Agora, essa história de um paciente, me passou sua vontade, veio até mim e eu falei, muito jovem... “Bom, você tem vontade, vamos começar com a consulta com a psicóloga, aí ela passa para a interconsulta com o psiquiatra e para o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial]” (M7).

“Então, tenho que estudar para saber o que posso fazer. Um paciente estava precisamente falando do problema que tem com duas filhas dele, adolescentes, que tem problemas com álcool, com drogas (...). Então, bom, eu fui orientando ele, eu orientei como todo médico, mas agendei também uma consulta com o NASF daqui (...). Às vezes, nós mesmos também não sabemos muito como encarar e, por isso, temos ajuda do NASF: psicóloga, psiquiatra, entendeu? Que não são

problemas que nós habitualmente encontramos em nosso país. Realmente, essas coisas não são problemas nossos” (M11).

Realização de procedimentos invasivos de pequeno porte

Quanto aos procedimentos realizados na Atenção Básica, há bastante variação entre aqueles que fazem e não fazem. Poucos afirmam não terem capacitação e a grande maioria relata ter aprendido e praticado as técnicas em Cuba e em outros países. Os que não realizam justificam que não há procura pelo serviço da UBS para tais procedimentos ou que faltam materiais e espaços adequados.

“Na nossa unidade não temos condições porque é uma unidade muito pequena, que está inserida numa escola. E as condições de trabalho para fazer qualquer tipo de procedimento séptico, com infecção, é perigoso. (...) A gente poderia fazer alguma coisa, unha encravada, às vezes algum corpo estranho no ouvido, mas aí não tem aparelho para isso. (...) Sim, a gente aqui não faz porque... Mas temos colegas de outras unidades que fazem isso. A gente, na nossa prática, tem um pouquinho de preparação para fazer isso. Com toda humildade. Não somos especialistas, mas temos habilidade para fazer alguma coisa que pode ser resolvida” (M8).

A remoção de cerúmen foi o procedimento citado mais frequentemente. Apenas seis médicos responderam não realizarem e um deles alega que os pacientes preferem ser encaminhados ao especialista. Mais da metade dos médicos (16) refere não ter realizado sutura nas UBS. Muitos mencionam que os usuários costumam se dirigir às Unidades de Pronto Atendimento e alguns reiteram que este é um procedimento pouco realizado inclusive para evitar que sejam mais expostos aos confrontos armados que ocorrem nas comunidades:

“Sutura, nunca suturei aqui. Aqui só tem um *kit* de sutura, mas eu acho que é só para, assim, emergência, mas aqui não tem... aqui, os pacientes nem vem aqui quando tem problema, quando tem alguma ferida, isso aí. Eles vão direto para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento)” (M2).

“Bom, esse problema é controverso. Eu adoro suturar, realmente adoro. Mas a gente tenta suturar aqui o mínimo possível. Por quê? Pelo risco. Porque eles saberem que a gente sutura aqui dentro, fica complicado por conta das feridas deles. (...) Se, por exemplo, você é bandido. Você sabe que aqui sutura, tem todo o “set” para sutura, tem tudo. Aconteceu alguma coisa, eles vêm te procurar. Você vai ter que ir lá suturar aquela pessoa que está ferida, né. Aí você está em risco maior do que já está” (M6).

A retirada de unha encravada também é um procedimento pouco realizado. Somente seis o fazem, enquanto dois admitem que não são capacitados, pois era uma prática destinada a especialistas em Cuba. Mesmo entre aqueles que realizam a cantoplastia, a maioria diz ter feito poucas vezes (até seis vezes em todo o período do PMM):

“Nunca fui treinado, porque no meu país isto é feito pelo ortopedista. Nunca fui treinado, a nossa saúde é diferente, mais fácil, não sei” (M9).

A inserção de dispositivo intrauterino também foi uma prática discrepante entre os entrevistados. Metade (12) diz ter realizado. Vale destacar que um deles explica ter aprendido a técnica através da supervisão do PMM. Alguns médicos relatam que são os únicos capacitados em suas UBS para este procedimento e que se disponibilizam para realizá-lo para todas as EqSF da UBS. Os que não fazem argumentam que as mulheres preferem o uso de métodos hormonais para contracepção ou que a inserção de dispositivo intrauterino é usualmente agendada para o ginecologista ou, ainda, que não há tempo na agenda para mais esta tarefa:

“Não tenho feito aqui, mas eu faço. O preconceito é muito grande com DIU [dispositivo intrauterino] aqui. Que dá câncer, dá sangramento. Minhas pacientes, geralmente, preferem vacina [anticoncepcional injetável], preferem via oral. Os anticoncepcionais hormonais e não DIU. Mas eu faço, sei fazer. Em Cuba eu faço. Na Venezuela eu fazia.” (M20).

“Te falo assim, sinceramente, porque eu não quero fazer [inserção de dispositivo intrauterino]. Aí a gente encaminha para a ginecologista e ela ajuda bastante. Porque tem tanta coisa para fazer, para fazer outra coisa mais. Entendeu? Então imagina também colocar DIU?” (M17).

Alguns médicos dizem que, além destes procedimentos que foram questionados, já fizeram também drenagem de abscesso, retirada de gesso e cauterização de verrugas anogenitais.

As supervisoras corroboram os achados das entrevistas. A realização de procedimentos invasivos de pequeno porte na Atenção Básica é notada pelas supervisoras em apenas parte dos médicos. O grupo focal enuncia que alguns médicos não executam, de fato, as intervenções que relatam nas visitas de supervisão:

“O meu grupo é bastante heterogêneo. Durante as supervisões eu pergunto e o que eles respondem é que fazem, que sabem fazer. Alguns diziam, não sei fazer, me ensina, aí, principalmente o DIU [dispositivo intrauterino]. Eles tinham o interesse em aprender, aprenderam e começaram a colocar. Os outros falam, eu faço, mas não faz” (S3).

A exigência da gestão é um dos fatores apontados pelas supervisoras como determinante da prática médica neste sentido. Outros fatores identificados foram a capacitação e a sobrecarga de atendimento:

“Também não sei se não fazem porque não sabem, não sabem de fato. Ou se porque não tem tempo ou porque é do cotidiano mesmo, acaba não fazendo. Condições físicas, técnicas tem” (S2).

“Eu tenho a impressão de que alguns meus fazem e outros não fazem também. Existe uma diferença na capacitação e na urgência da gerência. Às vezes, tem gerência que puxa mesmo, que pede – olha, ele não está botando DIU. Aí a gente começa a fazer alguma coisa. Se não falar nada também, fica muito quieto, aí não coloca, não faz nada” (S4).

“Também em equipes com cinco mil pessoas, colocar DIU não vai ser a prioridade da clínica. A prioridade vai ser organizar os hipertensos, atender a puericultura. Se fica muito sobrecarregado, uma unidade um pouco mais desorganizada, no sentido de que tem muita... que tem que apagar fogo, botar DIU vai ser a menor das prioridades” (S3).

Particularmente quanto à inserção de dispositivo intrauterino, foi possível extrair informações também dos relatórios assistenciais da OSS Viva Rio. Conforme já dito na metodologia, resultados alcançados pelas EqSF, em condições escolhidas de grupos de ações, constantes no contrato de gestão, permitiram conhecer a média de consultas com inserção de dispositivo intrauterino no ano de 2015 (Tabela 9). A identificação, pelo CNES (2015), das EqSF com PMM, Programa de Valorização da Atenção Básica e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade possibilitou um panorama da posição dos médicos do PMM em relação a outras equipes.

Tabela 9. Média de consultas com inserção de dispositivo intrauterino por 1000 mulheres de 15 a 49 anos, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan. Fev. Mar.	Abr. Mai. Jun.	Jul. Ago. Set.	Out. Nov. Dez.	Média 2015
AP 3.1	15,7	16,2	0,4	0,6	8,2
PMM	20,2	22,6	0,4	1,0	11,1

PROVAB*	11,5	7,0	0,0	0,0	4,6
PRMFC**	8,4	4,8	0,5	1,1	3,7

Fonte: Viva Rio (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Tabela 10. Consultas de planejamento familiar por 1000 mulheres de 15 a 49 anos, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan. Fev. Mar.	Abr. Mai. Jun.	Jul. Ago. Set.	Out. Nov. Dez.	Média 2015
AP 3.1	62,7	61,3	70,5	97,3	73,0
PMM	53,5	51,2	63,8	82,8	62,8
PROVAB*	77,4	66,7	65,8	71,6	70,4
PRMFC**	79,2	65,7	55,2	85,0	71,3

Fonte: Viva Rio (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Nos relatórios, não se encontram justificativas para os baixos resultados alcançados, nem sobre a importante queda do número de dispositivos intrauterinos inseridos no segundo semestre de 2015. É possível que tenha havido subregistros, uma vez que os dados são computados a partir do preenchimento de campos precisos do prontuário eletrônico. Porém, também não se pode desconsiderar a hipótese de ser um aspecto da prevenção e da promoção de saúde menos desenvolvido em comparação ao restante da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Diferentemente dos indicadores até então apresentados (consultas com inserção de dispositivo intrauterino e consultas de planejamento familiar), em que dados foram selecionados para a sua formulação, a percentagem de mulheres com colpocitologia registrada é um indicador já monitorado nos relatórios da OSS Viva Rio. Utilizando as médias dos resultados obtidos pelas EqSF, percebe-se que todas ficaram muito abaixo da meta de 80% (Tabela 11), estabelecida no contrato de gestão. Os relatórios explicam que há falhas na captação das mulheres e na entrega de resultados de exames realizados em outros serviços. O desempenho das EqSF com PMM segue com proximidade os resultados de toda a região e também não se destaca sobre as EqSF com Programa de Valorização da Atenção Básica ou Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Tabela 11. Percentagem de mulheres entre 25 e 64 anos com colpocitologia registrada nos últimos 3 anos, por EqSF,

AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan. Fev. Mar.	Abr. Mai. Jun.	Jul. Ago. Set.	Out. Nov. Dez.	Média 2015
AP 3.1	14,25	19,17	21,63	24,92	20,0
PMM	13,59	17,61	20,19	23,92	18,8
PROVAB*	14,08	19,06	19,89	21,07	18,5
PRMFC**	16,31	18,02	19,99	22,70	19,3

Fonte: Viva Rio (Disponível em <http://vivariorio.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Os dados indicam que há baixa cobertura da população adscrita na coleta e registro de colpocitologia para prevenção do câncer de colo uterino. Neste sentido, os médicos estão expostos a problemas que se estendem a toda a AP 3.1 do município do Rio de Janeiro. Além das explicações dos relatórios da OSS Viva Rio, mencionadas anteriormente, uma outra razão possível, a partir das falas das entrevistas e do grupo focal, é a quantidade excessiva de usuários adscritos, que dificulta o controle mais adequado da população.

Ressalta-se que, condizente a tais resultados, no grupo focal, ao abordar a atenção a todos os ciclos de vida dos usuários, duas supervisoras lembraram de resistências, no início do PMM, à coleta de exame preventivo para câncer de colo do útero, mas que foram derrubadas pela determinação da gestão:

“Pode até ter uma resistência no início. Quanto ao preventivo [coleta de colpocitologia], no início, eu percebo que alguns falam: “não, eu não faço preventivo”. No início. Depois a gerência teve essa demanda, porque tem que fazer, não tem jeito, aí eles começaram a fazer” (S4).

Percebe-se que os médicos oferecem uma gama variada de serviços para promoção, prevenção e assistência em saúde, embora com dificuldades em algumas ações. Todos praticam aconselhamento para hábitos mais saudáveis e participam de grupos de educação em saúde, tanto como forma de promoção e prevenção, quanto de acompanhamento e assistência às demandas. Ressalta-se uma dificuldade maior quanto à redução de danos em dependentes de álcool e outras drogas. Em relação a procedimentos, há resultados discrepantes entre os profissionais do PMM, por motivo de pouca demanda de usuários, baixa exigência da gestão, além de falta de estrutura em algumas UBS e capacitação. Apesar disso, inserem mais dispositivos intrauterinos que as outras EqSF do território, mas, por outro lado, suas EqSF realizam menos consultas de planejamento familiar e, assim como toda a AP 3.1 do

município, apresentam baixa cobertura de rastreio ao câncer de colo uterino.

Atenção à demanda espontânea e programada

A oferta de atenção tanto à demanda espontânea quanto a condições crônicas de saúde indica que o serviço é dirigido para uma APS mais ampla e integral. Foram analisados indicadores de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas e de consultas de usuários realizadas pelo médico da EqSF para compreender a atenção à demanda espontânea. Constituíram como categorias de análise a definição de vagas para marcação de consultas no mesmo dia; o atendimento inicial a casos de urgências; e, para a demanda programada, o acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, tuberculosos e usuários com transtornos mentais. A primeira e última categorias também fizeram parte do roteiro de debate do grupo focal. Para o acompanhamento de grupos prioritários, ainda, foram examinados indicadores de desempenho relativos a gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos.

Consultas de demanda espontânea em relação ao total e consultas de usuários realizadas pelo médico da EqSF

Nos relatórios assistenciais da OSS Viva Rio, dois indicadores presentes no contrato de gestão, com metas pactuadas, foram selecionados para análise quanto à atenção à demanda espontânea: a percentagem de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas e a percentagem de consultas de usuários cadastrados realizados pelo médico da EqSF correspondente.

Sobre o primeiro indicador, vale lembrar que o contrato de gestão considera que consultas de demanda espontânea são aquelas marcadas para o mesmo dia na recepção da UBS. Verifica-se que as EqSF onde os médicos do PMM estão lotados atingem resultados dentro da meta estipulada, de no mínimo 40% de consultas de demanda espontânea sobre o total de consultas. Em comparação com a AP 3.1 do município, apresentam médias inferiores de consultas de demanda espontânea, sendo expressivamente menores que as registradas pelas EqSF com residentes de Medicina de Família e Comunidade. O Programa de Valorização da Atenção Básica possui as menores médias entre os perfis de EqSF analisados (Tabela 12).

Tabela 12. Percentagem de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas, por EqSF, AP 3.1 do

município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
AP 3.1	64,78	69,05	67,17	70,46	67,87
PMM	62,63	65,36	63,44	68,24	64,92
PROVAB*	54,27	52,97	54,20	59,18	55,16
PRMFC**	82,58	80,93	81,49	83,97	82,24

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Todas as EqSF na área organizam a agenda a partir da demanda espontânea. Chama a atenção que quase 65% dos atendimentos nas EqSF onde estão os médicos do PMM foram dedicados a consultas marcadas no mesmo dia.

Em relação às consultas realizadas pelo médico da mesma EqSF dos usuários cadastrados, não se nota diferenças muito importantes entre as EqSF com PMM, comparando-se com as demais da AP 3.1, como é exibido na Tabela 13. Todas as EqSF parecem se aproximar da meta do indicador (entre 70 a 90%), possibilitando permeabilidade ao atendimento de usuários de outras equipes, mas também a longitudinalidade do contato.

Tabela 13. Percentagem de consultas de usuários cadastrados realizadas pelo médico da EqSF, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
AP 3.1	84,27	88,43	91,43	89,65	88,45
PMM	90,12	90,94	88,79	90,75	90,15
PROVAB*	84,97	93,07	94,58	94,28	91,73
PRMFC**	91,57	93,47	94,11	93,11	93,07

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Ou seja, o atendimento à demanda espontânea se revela presente no cotidiano dos médicos do PMM em suas EqSF, assim como na AP 3.1 como um todo, inclusive com maior peso que a demanda programada.

Definição de vagas para marcação de consultas no dia

Entre os entrevistados, o atendimento à livre demanda dos usuários não costuma ocorrer mediante reserva de vagas para este fim. A menor parte (7) estipula vagas para o atendimento no mesmo dia. Destinam entre duas até oito vagas por turno para estas consultas, contudo todos dizem que geralmente atendem mais pacientes, flexibilizando a agenda. Os demais médicos não determinam número de vagas, mas atendem da mesma forma a demanda espontânea:

“Eu marco de meia em meia hora. De todos os que faltarem, dá até trinta (...). Não, eu não espero (trinta pacientes diariamente). Eles que chegam. Assim, eu marquei, olha, eu marco, eu agendo (...). Mas fora desses que estão marcados, vem aquela avalanche. Geralmente a gente, expectativa, a gente tem, mais ou menos, deveria ser umas quatro ou cinco demandas, não é? Expectativa absurda!” (M6).

“Tem agenda e tem demanda. Pacientes que precisam de atendimento urgente, tipo urgência. (...) Tinha assim umas 14 “agendas” além da demanda. (...) Não tinha um número estabelecido para a demanda. Nada, nenhum. Tudo que chegava era dividido entre médico e enfermeiro” (M9).

Há uma variedade de formas de acolhimento à demanda espontânea. Alguns explicam que os pacientes percorrem todos os membros da EqSF antes de chegarem ao médico, a fim de filtrar os casos em que uma consulta poderia ser agendada. Muitos ressaltam o papel dos enfermeiros em compartilhar a demanda livre com os médicos, atenuando a intensa procura por atendimento:

“Eu acho que funciona mesmo quando você trabalha com outro profissional. Porque, realmente, um médico sozinho, trabalhar sozinho num consultório é muito difícil. Porque são muitos pacientes, muitas queixas, muitas doenças. Então, trabalhar sozinho não dá. Mas, já quando você está com um enfermeiro, que trabalha junto, que fica no atendimento, aí dá para você tratar melhor o paciente” (M1).

“Demanda mesmo que chega, tem que ter, não tem como. A gente marca um número e o paciente que chegar a gente atende. O bom é que a gente divide a demanda e filtra, ou seja, passa pelo procedimento e eles decidem. Eles levam para a enfermeira e a enfermeira fala se manda para mim uma parte e ela fica com uma outra que ela pode resolver” (M10).

Outros médicos mudaram a forma de marcação das consultas, reduzindo ao mínimo o agendamento ou ainda deixando a agenda totalmente livre, a fim de garantir maior acesso da população. Relatam que desta maneira trabalham com uma metodologia de acesso avançado⁷. Um deles comenta que aboliu as filas para marcação na entrada da UBS:

“Tem passado por várias experiências, a agenda. Acredito que para qualquer médico, qualquer profissional de saúde, hoje, é um problema a agenda. Porque a agenda é uma e a demanda é outra. (...) Quando a gente chegou aqui, a agenda era aberta uma vez por mês. Se abria a agenda, não lembro se era a primeira segunda-feira de todo mês, uma população vinha e era uma fila para marcar. Eu vi isso realmente errado. Era uma fila para marcar! Falei: “Não! Agenda aberta!” Agenda tem que ficar aberta e então tem que vir aqui e marcar. (...) População marcava, mas a agenda ficava lotada, sem muito espaço para demanda livre, demanda espontânea. (...) Como estamos fazendo agora? Outro tipo de experiência que eu conversei com outro colega. Eu deixo a agenda aberta. (...) Eu sei que tem um paciente e o paciente tem espaço, tem tempo suficiente, acolho. Vou ver na hora” (M5).

“O acesso avançado é assim, quando você viu o sistema do SUS, ainda está um dilema entre os profissionais do SUS em quê? Como você dá acessibilidade à população? Esse conceito de acessibilidade é um problema. Mas um problema que foi resolvido por isso de acesso avançado (...) o acesso avançado tem que ser desse jeito integral, se não a pessoa chega assim: “Oi, eu cheguei hoje porque tenho muita dor de cabeça”. Passou, aferiu a pressão e passou dipirona ou paracetamol para dor de cabeça. Mas ele tinha mais queixa. O médico falava: “Não, não, não. Você já está atendido. Para isso você volta amanhã se quiser”. [Pelo contrário], se você faz um acesso avançado, você vê só uma vez o paciente, avalia integralmente o paciente e são quatro problemas resolvidos em um dia. (...) Tem paciente marcado, mas não é maioria” (M23).

De acordo com as supervisoras, o acolhimento à demanda espontânea foi incorporado como atividade de todos os médicos, sem que estes pudessem se restringir ou recusar a fazê-lo. Duas supervisoras reiteram que os profissionais do PMM tendem a adotar um modelo de acesso avançado. Tal forma de lidar com a agenda foi uma contribuição trazida pela supervisão e que se tornou oportuna à realidade dos médicos:

“Talvez se tivessem [alguma resistência a atender a demanda espontânea], já foram podados no

7 O termo “acesso avançado” foi cunhado por Murray e Tantau (2000), ao descrever uma estratégia de reorganização do serviço de APS da *Kayser Permanent*, na Califórnia, nos Estados Unidos. Seu princípio é “fazer hoje o trabalho de hoje”, procurando resolver o máximo de problemas, tanto da ordem programática (por exemplo, acompanhamento de hipertensão), quanto da ordem da demanda do paciente. Advoga-se o agendamento mínimo, para melhor aproveitamento do tempo disponível dos profissionais para o atendimento e acesso mais rápido e eficaz ao serviço de saúde.

início. Porque precisa, é uma demanda da gerência, das unidades. Se algum deles achou que este não era o modelo ideal, isto já foi desconstruído. Na verdade, a maioria das pessoas fazem acesso avançado, inclusive. Eles agendam só pré-natal. Eles gostam do modelo. (...) A gente fez uma [supervisão] locorregional com outros supervisores sobre acesso avançado. Bem no início. Então, talvez, isso tenha influenciado. A gente apresentou o conceito, aí, eles: “opa”! Caiu como uma luva para eles” (S3).

Atendimento inicial a casos de urgência

Os entrevistados reforçam falas anteriores de que os atendimentos a situações agudas mais comuns são devido a infecções sazonais, predominando doenças respiratórias no inverno e, no verão, febre, diarreia, dengue e outras arboviroses. Ademais, apenas quatro médicos, que atuam em duas UBS distintas, dizem que veem com frequência casos de urgência. A maioria, no entanto, refere que poucas vezes precisaram solicitar ambulância para um problema mais grave, sempre oferecendo suporte inicial. De acordo com dois relatos, houve dificuldades neste primeiro atendimento por falta de estrutura na UBS, porém vale destacar a habilidade demonstrada em situações de emergência:

“Aconteceu na quinta anterior, da semana anterior. Uma criança de um mês de nascida, com quadro respiratório, com obstrução nasal. Eu examinei, o muco residual diminuiu, começamos uma nebulização do paciente e caiu esse paciente, não sei de qual foi a maneira, ele caiu em parada cardiorrespiratória. Na hora. Então aí, isso é o que dificulta esses atendimentos de emergência, sabe? Que não tem um ambú [equipamento para situações de parada cardiorrespiratória], não tem respirador já preparado para isso. (...) Fizemos a reanimação da criança e, graças a Deus, após o que fiz, a criança reanimou bem” (M22).

“Aqui chegou, faz como um ano, um edema agudo de pulmão e tive que tratar o edema agudo com dificuldade. Porque não temos aqui, você conhece que é um, uma estrutura para fazer o atendimento e a abordagem desse tipo. Mas consegui, reverti o quadro e ambulância pegou e levou embora” (M20).

Uma das entrevistas indica que os médicos do PMM também auxiliam outros profissionais da UBS a resolverem casos mais graves:

“Os médicos aqui, eles “intercambiam”, porque presenciaram um parto e ficaram maravilhados com isso. Presenciaram um parto, viram aí, tocaram na mulher, olharam. Isso foi muito bom. (...)”

Aqui veio um caso de uma menina, que era meningoencefalite. E a doutora já havia atendido para vômito, para dor de cabeça e já vinha pela segunda vez à consulta. Eu fiz a avaliação na nuca e dei a dica de que era meningoencefalite. (...) Ela falou: “Deus está lá em cima, mas você para mim é Deus aqui”. Não, você está aprendendo agora! Já tem um ano de experiência” (M1).

Chamam a atenção também as falas que mencionam a assistência às pessoas com ferimentos causados pelos confrontos armados nas comunidades:

“Tudo que chega, fazemos as primeiras medidas, depois encaminhamos para a UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Porque aqui o que está mais se manifestando é o acidente. De moto, acidente por bala perdida, politraumatizado, a maioria. Também atendemos baleados, porque como eles estão envolvidos em roubar na área da UPA, do hospital, temos que ir a eles. Nos procuram para irmos à casa. E temos que ir, com o acompanhamento da gerente, para assistir os baleados em sua casa também” (M7).

Acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, tuberculosos e usuários com transtornos mentais

Em relação ao acompanhamento de grupos prioritários, todos relatam que organizam o seguimento procurando seguir os protocolos de cada condição, mas com flexibilidade. O cuidado também é compartilhado com os enfermeiros das EqSF neste processo, revezando as consultas na grande maioria dos casos. Ressalta-se o controle e o zelo nestas condições de saúde e o sucesso no acompanhamento de certos grupos que outras EqSF não conseguem realizar:

“Se a criança está geralmente saudável, a volta é com o enfermeiro. Isso é um protocolo, beleza. Mas se tem alguma coisa que, por exemplo, não está ganhando peso, não desenvolveu bem, precisa de um acompanhamento, eu sou quem marca a volta para mim. A mesma coisa com as grávidas” (M19).

“Outro dia uma enfermeira de outra equipe falou: “eu não sei como vocês conseguem que as crianças venham à puericultura”. Eu consegui e as crianças vem. E vem todas as minhas crianças. Nasceram e eu, antes de quinze dias, faço a primeira consulta delas. (...) Para mim, é mais um trabalho nosso, que em casa consulta de pré-natal explicamos a necessidade de aleitamento materno até seis meses, explicamos todos esses direitos que elas têm, mas também exigimos que tem que vir à consulta antes de quinze dias, que nós temos que avaliar, que precisa fazer o teste do

pezinho, que precisa, todas essas coisas explicamos para elas” (M21).

Quanto aos problemas de saúde mental, metade (12) refere se apoiar sobre o psicólogo que integra o NASF, seja em discussão de caso ou em consulta conjunta. Geralmente os médicos renovam as receitas, reavaliam com periodicidade variável (entre mensal e semestral) e eventualmente procuram um psiquiatra, quando necessário. Segundo alguns entrevistados, os enfermeiros não participam deste acompanhamento, devido à prerrogativa da prescrição médica:

“Ah, problema mental, geralmente, eu não dou acompanhamento cem por cento porque, primeiro, eu não sou psiquiatra. Então, geralmente, a maioria deles tem algum tipo de acompanhamento fora e a gente o que faz é o acompanhamento, pelo menos, de três em três meses ou de seis em seis meses. Ou tem aquele vínculo com a família, por conta dos agentes comunitários, de se mudaram a medicação, se trocaram alguma coisa, se solicitaram algum exame, um eletroencefalograma, alguma coisa. A gente tenta pegar essa informação e atualizar o prontuário. E, se o paciente não pode vir aqui, às vezes a gente marca uma visita domiciliar e assim a gente vai tentando renovar a receita, se está atualizada com o laudo do psiquiatra anterior” (M6).

“Aí, há um ano, aproximadamente, tiraram os psiquiatras das unidades e aí, através do NASF, você tem que solicitar e é difícil. Já todos os meus pacientes são atendidos por mim o tempo todo. Só se tiver alguma dúvida, ou paciente que já veio, geralmente eu acompanho eles mensalmente. Não deixo para três meses, porque como a medicação só é fornecida por mim, eu tenho que ir avaliando” (M8).

As falas do grupo focal convergem com os achados das entrevistas. De acordo com as supervisoras, os médicos atendem a todos os ciclos de vida dos usuários. Porém, um assunto destacado pelas supervisoras foram as limitações em abordar casos de saúde mental. Uma aponta que os cubanos não são preparados para manejar estes problemas na Atenção Básica, além do idioma ser mais um fator limitante, enquanto outra ressalta que observou problemas somente com os profissionais do PMM com formação mais voltada para a atenção secundária ou terciária e que atuam na APS do município do Rio de Janeiro:

“Eu percebi que eles tinham muita dificuldade com saúde mental. Muita. Bom, não são todos. Também não é uma coisa só do “Mais Médicos”. Mas, primeiro, porque parece que em Cuba essa parte de saúde mental não é do generalista. Acaba indo para especialista lá. E, depois, que eles estão em áreas vulneráveis, tem muita dependência química, muito uso de álcool. E não é muito a

prática diária deles em Cuba. (...) Aí entra também a barreira da língua, porque tem o arsenal terapêutico, mas o arsenal da palavra também é muito importante na abordagem da saúde mental” (S3).

“Na última supervisão eu falei sobre saúde mental. Na verdade, foi um relato, uma experiência que eu fiquei muito chocada, foi muito ruim. (...) Foi um médico que não tem formação como generalista em Cuba. (...) Sim, é, mas, na verdade, lá ele era oftalmologista. E ele está aqui, então ele fala que é médico generalista, mas ele é oftalmologista. Ele estava atendendo uma paciente e eu fui discutir o caso com ele. (...) Ele visivelmente não entendeu nada do que eu estava falando. Eu falei grego. Eu falei – você já ouviu falar em luto patológico? – não – ouviu falar em redução de danos? – não. Ou seja, se a gente for pensar em uma abordagem de saúde mental a partir do médico generalista, uma visão um pouquinho menos medicalizadora, uma visão, sei lá, uma visão holística, uma visão, não sei, mais contemporânea, ele não sabia nada. Mas na mesma supervisão, em outra clínica, com outro médico cubano, que ele tem uma formação, ele fez residência em Medicina Geral e Integral, sabia tudo de tudo. Depende da formação” (S4).

Ainda sobre o acompanhamento de grupos prioritários, os indicadores elaborados dos grupos de ação pertencentes ao contrato de gestão da OSS Viva Rio mostram, em relação ao pré-natal, que o PMM parece não determinar diferença nas EqSF em comparação ao restante da AP 3.1 do município, tanto sobre o número de consultas (Tabela 14) quanto sobre o adequado rastreio para sífilis (VDRL - *Veneral Disease Research Laboratory*) (Tabela 15). Nota-se um resultado discretamente mais favorável às equipes com residentes de Medicina de Família e Comunidade e pior naquelas com Programa de Valorização da Atenção Básica.

Tabela 14. Percentagem de gestantes com 6 consultas ou mais de pré-natal, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
AP 3.1	74,3	54,2	55,9	60,2	61,2
PMM	73,6	58,8	56,2	56,8	61,4
PROVAB*	66,1	41,9	37,9	65,2	52,8
PRMFC**	83,5	60,9	61,1	66,0	68,0

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/> . Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Tabela 15. Percentagem de gestantes com registro de VDRL* até a 24ª semana de gestação, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015**

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
---------	--------------	--------------	--------------	--------------	------------

AP 3.1	42,6	50,1	56,6	60,6	52,7
PMM	45,6	53,4	53,9	56,9	52,4
PROVAB*	29,9	47,9	36,3	59,6	43,4
PRMFC**	50,9	46,1	57,2	62,8	54,3

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

*** Veneral Disease Research Laboratory

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Os valores obtidos pelas EqSF com PMM no acompanhamento do pré-natal (61,4%) e rastreio de sífilis até o segundo trimestre de gestação (52,4%) indicam que mais da metade das mulheres grávidas tem bom seguimento, porém uma proporção considerável, próxima da metade de gestantes da área adscrita, não tem a mesma qualidade de atenção, assim como para a AP 3.1 como um todo.

Na Tabela 16 se verifica o mesmo processo relativamente ao número de consultas de puericultura, isto é, uma performance muito semelhante das equipes compostas por médicos do PMM em relação às médias atingidas pela AP 3.1, porém as EqSF com Programa de Valorização da Atenção Básica e Residência em Medicina de Família e Comunidade divergem para patamares menores e maiores, respectivamente. O resultado de 31% de crianças acompanhadas denota que a maioria dos menores de 1 ano não realizam a puericultura com frequência mínima de consultas na EqSF.

Tabela 16. Percentagem de crianças de 1 ano com cinco consultas ou mais de puericultura, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
AP 3.1	27,7	31,9	32,7	35,8	31,2
PMM	25,6	29,3	31,6	37,6	31,0
PROVAB*	19,4	18,6	27,5	30,2	23,9
PRMFC**	37,2	41,5	42,1	44,0	41,2

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

A presença do PMM tende a mostrar resultados ligeiramente mais baixos de diabéticos controlados em suas EqSF, comparativamente à AP 3.1 (Tabela 17). A média atingida pelas EqSF foi de 14%, longe, portanto, de garantir atenção de qualidade ao total de diabéticos da

população. No controle de pacientes hipertensos (Tabela 18), ao contrário, as EqSF com PMM trazem resultados superiores às médias da AP 3.1, com 60,4% de hipertensos controlados, demonstrando seguimento adequado da maioria dos hipertensos, mas ainda deixando uma parcela expressiva sem controle.

Tabela 17. Percentagem de diabéticos com hemoglobina glicada inferior ou igual a 9%, por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
AP 3.1	16,1	16,4	17,6	18,4	17,1
PMM	12,8	13,6	14,4	15,1	14,0
PROVAB*	18,5	17,1	19,4	22,6	19,4
PRMFC**	20,7	20,8	19,6	18,9	20,0

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Tabela 18. Percentagem de hipertensos com dois ou mais registros de pressão arterial (pelo menos um inferior a 150/90mmHg) por EqSF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, por trimestre, janeiro a dezembro de 2015

Médicos	Jan.Fev.Mar.	Abr.Mai.Jun.	Jul.Ago.Set.	Out.Nov.Dez.	Média 2015
AP 3.1	53,4	56,1	56,8	56,7	55,8
PMM	58,1	61,1	62,5	59,7	60,4
PROVAB*	67,7	66,5	67,2	66,2	66,9
PRMFC**	48,7	51,2	50,3	48,2	49,6

Fonte: Viva Rio, 2015 (Disponível em <http://vivario.org.br/resultados-e-relatorios/>. Data do acesso: 20/04/2016)

*Programa de Valorização da Atenção Básica

**Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O número de EqSF variou ao longo dos trimestres. n EqSF AP 3.1= 137 - 138; n PMM = 36 - 34; n Provab = 5; n PRMFC = 17

Assim, o PMM apresenta indicadores aproximadamente semelhantes em relação às EqSF da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, com variações que superam a média sobre o monitoramento de hipertensos e um pouco abaixo sobre o controle de diabéticos. Neste sentido, as práticas parecem estar mais envolvidas com as características da AP 3.1 e suas formas de gestão. Os achados, porém, indicam baixa proteção da população. Entre os possíveis motivos, mais uma vez a elevada quantidade de pessoas adscritas às EqSF, em áreas vulneráveis, com intenso volume de atendimentos dirigido para a demanda livre, deve prejudicar o desempenho de todas as EqSF.

Constata-se que os profissionais do PMM conduzem suas práticas com atenção à demanda espontânea e programada. Todos atendem situações agudas na UBS, além de

acompanharem todas as condições crônicas de saúde determinadas, demonstrando cuidado e preocupação com o controle dos problemas de saúde, embora os indicadores de desempenho apontem para limitações na organização do sistema, deixando parcelas importantes dos grupos prioritários sem acompanhamento apropriado. A atuação em conjunto com outros profissionais de saúde, destacadamente os enfermeiros da EqSF, mas também os psicólogos do NASF, foi bastante realçada como possibilidade de contornar limites relacionados, novamente, ao excesso de usuários adscritos ou no manejo de pessoas com transtornos mentais.

Prestação de serviços em diversos cenários

A maioria dos médicos (21) realiza atividades coletivas fora da UBS. A prestação de serviços da Atenção Básica para além do espaço do consultório médico, como em visitas domiciliares ou através da realização de grupos, campanhas e outras atividades dentro da comunidade, encaminha-se como um dos sentidos de um leque ampliado de ações de saúde. Neste componente, as categorias de análise foram: realização de atividades coletivas fora da UBS e visitas e/ou atendimentos domiciliares a pacientes acamados.

Atividades coletivas fora da UBS

Apenas três médicos dizem não ter realizado atividades em espaços da comunidade, por atuarem ainda há poucos meses em suas UBS. A prática comunitária, no entanto, conforme pôde ser notado também em outras categorias, é muito presente entre os profissionais do PMM. Contam que realizam ou participam de grupos de educação em saúde, atendimentos coletivos e campanhas de prevenção ou promoção à saúde. Alguns referem que se integram a eventos próprios da comunidade:

“Foi uma marcha que fizemos na Maré. A gente participou. Era uma campanha da comunidade *gay*, que eles fizeram e a unidade participou dessa marcha” (M14).

“(…) além de que aproveita também o espaço aqui, aproveita os espaços. Quando tem atividades que assim, também tem que aproveitar o momento que a comunidade está calma, que você consegue fazer, né? Então, quanto tem atividades que tem segurança, por exemplo, vão fazer uma obra de... uma participação comunitária de... vão fazer casamentos, carteira de serviços, essas

coisas, a gente também participa como saúde e aproveita esses espaços” (M6).

Os médicos, como mencionado em categorias anteriores, utilizam locais em igrejas, escolas, espaços de lazer e de esportes, associação de moradores e outras organizações civis e até mesmo a residência de usuários.

“Por exemplo, temos as igrejas, que funcionam também para fazer as atividades coletivas em grupo. Funciona também uma área esportiva mais ampla, de grande extensão, que funciona também para fazer grupos de saúde. E a sede também da associação de moradores. Usamos, assim, igreja, quadra esportiva e a associação de vizinhos também. Uma vez, duas vezes, usamos para fazer puericultura, grupo de crianças. E acrescentar também que temos também uma casa de um vizinho, muito ampla, com um terraço na frente, muito amplo, que também usamos para fazer grupos também” (M23).

Visitas e/ou atendimentos domiciliares para usuários acamados

Todos os médicos fazem visitas domiciliares. A maioria relata que reservam quatro vagas em turnos semanais para visita domiciliar, mas muitos médicos admitem que este número varia bastante, na prática, a depender, principalmente, da instabilidade em territórios violentos e também da sobrecarga de atendimento ambulatorial. Assim, em geral, um número maior de visitas é realizado quando é possível percorrer a área adscrita:

“Porque quando nossa equipe está liberada para visita domiciliar, tem que tentar pegar a maior quantidade de pacientes que podemos ver e avaliar na rua, entendeu? (...) Mas quando dá para ir, tem que avaliar acamados, tem que avaliar grávidas, tem que avaliar pessoas que estão, por exemplo, não estão acamadas, mas não conseguem chegar aqui na clínica para conseguir atendimento. (...) Eu faço visita domiciliar de quinze em quinze dias, mas tem semanas que eu tenho programada a visita domiciliar e eu não consigo ir para lá por causa do tiroteio. O dia que eu posso ir na rua, eu posso até programar, por exemplo, de três a cinco visitas domiciliares, mas se eu posso fazer mais, eu vou” (M12).

“Eu tenho quatro visitas para fazer por semana. Mas agora, neste mês que estava com essa demanda muito alta, a gente ficava aqui só atendendo a demanda. Visita, só em casos que precisavam mesmo” (M14).

Muitos relatam que veem outros casos em visitas domiciliares, afora acamados. Nas

falas, demonstram familiaridade com o território e com os usuários:

“Mas não precisa ser acamado mesmo, entendeu? Porque, assim, são muitos idosos, entendeu? E acamado tem pouco por micro área. Tem micro área que tenho só um, por exemplo. Mas tem, por exemplo, essa aí tem só um acamado, mas tem do lado um senhor que não é acamado, que é marido da senhora, que pode se mexer. Tem duas cirurgias de catarata, ele vem à consulta, mas eu vou, aproveito e já vejo ele. Tem em outra casa um senhor que é surdo mudo, então é complicado, tem que vir com alguém. Como eu sei que não vem com rotina aqui, eu vou lá. Aproveito, entendeu? Do lado tem uma diabética, mora sozinha e deixa fechado. Então, eu vou, grito, o cachorro já me conhece, eu entro” (M21).

Percebe-se, portanto, que os médicos têm forte inclinação para atividades em cenários diversos do espaço tradicional do consultório. Ressaltam como limitações, mais uma vez, a questão da violência e da pressão assistencial. Contudo, há uma utilização de locais diversificados para a prática na comunidade, como ainda um marcado compromisso com as visitas domiciliares, apesar das dificuldades.

Integração com outros serviços de saúde

Uma das características da integralidade é a capacidade de resolver os problemas de saúde, incluindo, para isso, a articulação com outros pontos do sistema. Foram consideradas como categorias de análise neste componente, a troca de informações com profissionais da atenção secundária e terciária e o acompanhamento de casos encaminhados a outros serviços, valendo-se tanto das entrevistas quanto do grupo focal.

Troca de informações com profissionais da atenção secundária e terciária

Metade dos médicos refere que não tiveram contato com profissionais da rede especializada, hospitalar ou de urgência senão por meio das guias de referência. A outra metade diz já ter se comunicado com especialistas, porém com pouca frequência. Esta prática é mais comum quando os médicos estão inseridos em UBS mistas, que contam com ambulatórios especializados, onde podem discutir casos diretamente com outros médicos:

“Aqui tem um pneumologista, nutricionista, dermatologista, ginecologista. São esses com quem eu mais troco alguma dúvida, alguma necessidade que tiver de algum paciente. Sem problema

nenhum. Aqui é tipo uma família. Já se conhecem, não tem problema. Até no corredor falam de algum paciente” (M9).

Outros médicos dizem já terem telefonado ou se comunicado por *e-mail* com profissionais da Coordenação da Área Programática, para agilizar encaminhamentos ou esclarecer dúvidas sobre fluxos. Outra maneira de comunicação citada foi o matriciamento com dermatologistas e, sobretudo, psiquiatras do Centro de Atenção Psicossocial. Apenas uma médica manifesta experiência de troca de informações com outros profissionais da rede de saúde de modo pouco mais frequente. Alguns médicos se ressentem por não poderem ter maior proximidade com a atenção secundária e terciária:

“A gente quando encaminha, consegue ligar e falar. Por exemplo, na clínica Américo Veloso eles tem infectologista, tem endocrinologista, dermatologista. A gente, tendo alguma dúvida, também consegue ligar para lá e eles atendem direitinho, explicam. (...) Psiquiatra, a gente tem tido matriciamento. Tive uma vez no CAPS. (...) A gente acha que podia ser melhor, maior. Realmente, não melhor, senão maior. Por exemplo, a gente encaminha também paciente para outra unidade e volta sem retorno. A gente fica sem contrarreferência e não tem como ligar. Porque também é difícil. Tem médico que presta serviço para o SUS e trabalha em outra clínica, aí fica um pouco mais difícil” (M10).

“Então, às vezes você fica um pouco frustrado, porque você atende o paciente, você diagnostica uma doença, você acha que tem essa doença, mas você precisa da avaliação de um especialista. Nós precisamos também, na clínica da família, precisamos estar um pouco mais perto das especialidades” (M1).

Na mesma direção, alguns médicos sublinham a importância da estruturação da rede de saúde para o aprimoramento das relações com outros níveis de atenção:

“Para mim, deveria ter uma interrelação entre a Atenção Básica e a atenção secundária um pouquinho mais. Porque você não consegue, às vezes, muita coisa. Então, não é nem culpa da atenção primária nem da atenção secundária. (...) Porque tem pacientes que não são bem tratados na atenção primária e vão para a atenção secundária por algum, por um tratamento inadequado na atenção secundária. E tem pacientes que não são para serem tratados na atenção primária e que precisam da atenção secundária” (M3).

Uma das barreiras que foram mencionadas em dois relatos parte do preconceito com

os médicos cubanos em algumas ocasiões, sobretudo no início do PMM.

“Eu fiquei assim, a gente faz [contato com outro serviço] com medo, não é? Como existe aquele preconceito, no início eu tinha medo. Mas agora, não mais, porque sempre fui bem acolhida, a ligação foi boa, a comunicação” (M21).

“Quando eu dei as costas, [a obstetra da UBS com quem tinha discutido um caso] falou “ah, não me faça caso, esse médico cubano, você é louco, você está louco”. Quando dei as costas e levou a paciente... [pausa]. Não era o atendimento que eu acreditei e a paciente teve um parto prematuro. Porque ela não acreditou no que eu falei. (...) Feito o que eu acreditava e a criança não teria saído do útero antes do tempo. Porque eu estava olhando que havia um, que estava piscando algo. E ela não... Então, eu tenho essa experiência. (...) Quando tenho alguma dúvida o que faço é pelo Prime [prontuário eletrônico]. E solicito. Se eu acredito que é uma emergência, coloco o mais urgente possível e não tenho esse contato direto” (M20).

Mesmo através da referência, a comunicação indica não ser bem sucedida, uma vez que somente sete médicos afirmam receber contrarreferência com regularidade. Ainda assim, embora alguns digam que a contrarreferência venha bem preenchida, outros apontam que são muito sucintas ou ilegíveis e que precisam orientar os pacientes a pedirem o preenchimento das guias:

“A gente estimula os pacientes, sobretudo as grávidas. Quando a gente encaminha uma grávida, a gente já orienta a grávida: “se você não é internada por alguma causa, você exige para o médico que escreva aqui embaixo, que preencha aqui”. (...) Porque a explicação que você vai dar para a gente nunca vai ser a explicação que o médico poderia mandar por escrito. Então, a gente sempre estimula ela a exigir ao médico, ou pelo menos, falar ao médico que, por favor, escreva. (...) Ah, não é o ideal, não acontece com todos os os pacientes [de retornarem com a contrarreferência preenchida], isso é uma realidade. Mas, de forma geral, a gente tem esse conhecimento” (M5).

O grupo focal coaduna a impressão de que deficiências na integração com outros serviços de saúde são notadas por conta de dificuldades no sistema municipal de saúde. Sobre a troca de informação com outros níveis de atenção, sintetiza uma das supervisoras: “A pergunta é: quem consegue?” (S1). Em concordância ao que foi dito nas entrevistas, a comunicação direta com a atenção especializada ocorre com os profissionais do NASF ou em algumas das UBS mistas, que contam com especialistas disponíveis. Ainda nesta última situação, as supervisoras apontam barreiras organizacionais para o diálogo entre a APS e a

atenção secundária. Essencialmente, a troca de informações se resume a guias de referência e contrarreferência, mesmo assim, como falado pelos médicos, com dificuldades no retorno:

“A relação direta, de troca, a que eles têm é a de referência e contrarreferência. Eu lembro que quando eu estava na ponta, eu botei em um quadro. Duas [contrarreferências]! Que eu recebi em cinco anos. Foram duas em quase cinco anos na ponta! Mas, se existe alguma relação, é só de papel, só de encaminhar. Se precisa de alguma coisa, às vezes a CAP [Coordenação de Área Programática] tenta ajudar ali a agilizar alguma coisa que seja um pouco mais grave. Mas não tem, não. Direta, não” (S2).

“Mas que fluxo formal que existe que não seja pela referência? Isso não existe porque isso não existe no Rio (de Janeiro)” (S4).

Apesar de tais dificuldades com a atenção secundária e terciária, somente uma médica utilizou o Telessaúde como forma de contato com a atenção especializada durante o período de atuação no PMM. Todos alegam conhecer esta ferramenta através do curso de especialização no ano inicial do Programa, mas se torna um recurso pouco aproveitado no contexto da Atenção Básica, inclusive entre os profissionais entrevistados. Uma das supervisoras lembra que o Telessaúde seria uma alternativa, mas que os médicos não fazem uso:

“Mas tem também o Telessaúde. Os meus não usam. Eu levo, apresento. E aí? Nunca! Que é o único contato que eles teriam direto, de você discutir um caso ou de você mostrar uma tomografia ou sei lá. Mas eles não acionam, não sei por quê. Eles conhecem, porque eu falo” (S2).

Acompanhamento de casos encaminhados a outros serviços

Os entrevistados respondem que acompanham os casos que encaminham a outros serviços. Ressaltam a importância da APS em manter o cuidado, por conta da responsabilidade pela população adscrita e do papel de vigilância, proximidade e conhecimento de contexto do paciente.

“Eu, pessoalmente, gosto de saber o que foi que eles falaram. Porque, por exemplo, tem paciente que muda a medicação. Aí eu gosto de – acho que sou meio obsessiva, sei lá – mas eu gosto de ter no sistema o que ele está tomando, como foi o acompanhamento, se ele vai ter outra consulta” (M10).

“Muitas vezes, chega lá e a especialista, por exemplo, adoeceu. Por exemplo, não chegou porque teve algum problema familiar, é um exemplo. Então, a gestante que faz, só tem seguimento lá, o que vai acontecer? Que a gestante vai para sua casa e, quem sabe, está hipertensa, porque se ela tem alto risco, geralmente é porque tem alguma doença crônica. Quem sabe a doença pudesse estar descontrolada. Então ela foi para sua casa. Então, quando tem o seguimento pela área da saúde e pela maternidade, ela vai ter menos possibilidade de que isso aconteça. Porque não é só o olhar do médico. E o médico aqui da Atenção Básica, se olha que tem alguma alteração, vai fazer o encaminhamento” (M20).

Segundo as supervisoras, dentro das limitações no acesso à atenção especializada e hospitalar, os médicos ainda apresentam alguma capacidade de realizar a coordenação do cuidado dos usuários. Para uma delas, a utilização do sistema de regulação de vagas ambulatoriais e hospitalares se torna uma ferramenta potente para os médicos.

“Eu acho que quando eles começam a dominar um pouco mais o SISREG ([Sistema Nacional de Regulação], um pouco não, bastante, tem alguns que começam a entender bem mais como um instrumento de coordenação de cuidado. E aí, sim, eles conseguem fazer. De tanto de vigilância na plataforma, de busca ativa, de discussão de caso, de observar o retorno do paciente. Alguns conseguem sim” (S4).

Duas supervisoras indicam que a coordenação do cuidado se torna um atributo da prática na APS pela necessidade de alguns pacientes realizarem seu acompanhamento pelo SUS. Sendo o encaminhamento aos serviços uma tarefa da Atenção Básica, os médicos, nesta forma de organização, mantem uma posição de reavaliação e filtro sobre as referências.

“Eu entendo que a coordenação do cuidado todos nós fazemos. (...) A gente não precisa ter essa comunicação para ser o coordenador do cuidado. Ela ajuda, mas não é fundamental para a gente atuar como coordenador do cuidado. (...) Tem a questão do vínculo, que tem que ser construída. Acho que algumas vezes eles acabam atuando como coordenador do cuidado porque, às vezes, o paciente não tem outra opção para onde ir. Não pode pagar nada” (S1).

“Acho que a própria forma como a atenção primária se estruturou no Rio de Janeiro força com que a atenção primária seja coordenadora. A partir do momento em que eles tiraram os encaminhamentos dos hospitais, aqueles encaminhamentos internos dos hospitais. (...) A partir do momento que, para encaminhar para especialidade, ele tenha que voltar, então criou uma questão da coordenação do cuidado. Tem a ver com o médico, mas tem mais a ver com o fluxo entre os

canais” (S3).

Para outra supervisora, a habilidade da coordenação do cuidado é um aspecto da experiência prévia dos médicos no sistema de saúde cubano. Reforça, assim, que os problemas enfrentados são impostos pela realidade de fragmentação da rede assistencial presente no município do Rio de Janeiro.

“Agora, os médicos de onde eu supervisiono, eles têm essa capacidade de coordenar, tinham esse exercício. Mas aqui ficam mais restritos a que? A mandar uma solicitação de um parecer para um reumatologista e que nada vai ser respondido daqui a seis meses. É um limite do sistema mesmo, que permita essa movimentação multiprofissional ali te auxiliando. O NASF não tem. Você precisa de um fisioterapeuta, você tem ali, de uma psicóloga, daquele contato que o NASF tem, que pelo menos isso a gente ainda tem ali. Mas se você precisar de especialistas da área médica, aí é complexo” (S2).

Em resumo, a integração com outros serviços de saúde não é favorável devido a entraves da rede municipal. Há limites impostos por um sistema predominantemente pautado na lógica da referência e contrarreferência, com distância entre os níveis de atenção. É importante pontuar ainda relatos relacionados a um possível desmerecimento dos profissionais do PMM por parte dos médicos especialistas. O acompanhamento dos casos encaminhados, porém, é mantido pelos médicos do PMM, em razão da organização na regulação de vagas ambulatoriais, mas também pela valorização dos mesmos sobre o papel da APS, buscando diminuir a fragmentação do cuidado.

Interdisciplinaridade

Práticas integrais no contexto das EqSF exigem habilidade com o trabalho interdisciplinar, visto a necessidade de interagir com profissionais de diferentes habilidades e formação no contexto da ESF, a fim de ampliar o cuidado à população adscrita. As categorias de análise neste componente foram: realização de reuniões periódicas de equipe, com discussão de casos e formulação de plano de cuidados compartilhado e relação com enfermeiros, ACS e NASF. Esta última categoria também foi discutida no grupo focal.

Realização de reuniões periódicas de equipe, com discussão de casos e formulação de plano

de cuidados compartilhado

Todos os médicos referem participar das reuniões de equipe, que ocorrem semanalmente na grande maioria dos casos. Três médicos relatam que não estão presentes toda semana devido, novamente, ao grande volume de atendimento. Nas reuniões, alegam que são discutidos aspectos variados da organização do trabalho, mas também são discutidos problemas de usuários específicos, com a participação de todos os membros da EqSF:

“Todos os envolvidos trocam ideia, falam do caso e de como a gente acompanha esse caso, essa família. (...) A gente, semana passada, há uma ou duas semanas, fez um projeto singular. Um projeto terapêutico singular para uma família. Começamos a fazer esse projeto na reunião de equipe. Todo mundo participou, os agentes comunitários participaram. O que vamos fazer? A gente fez o genograma da família em conjunto com todo mundo. Já começamos a planejar para essa família. Uma família crítica, uma paciente com tuberculose, um filho usuário de drogas que trabalha na boca de fumo, um esposo que parece ter tuberculose que não quer ser acompanhado, histórico de câncer em vários filhos, retinoblastoma” (M5)

Diferente disto, uma médica relata que o plano de cuidado aos pacientes não tem envolvimento dos ACS na sua elaboração:

“Nós, médica e enfermeira, que definimos o plano de cuidado e o agente do paciente acompanha” (M13).

Relação com enfermeiros, ACS e NASF

A relação dos médicos com os membros da EqSF, segundo as falas, parece ser fortemente voltada para a integração. De acordo com os entrevistados, o contato é diário e intenso. Os profissionais do PMM qualificam a relação com os enfermeiros como “muito boa”, “maravilhosa”, “crucial”, “um pilar”, “um sentimento especial”, etc. A maioria elogia o preparo e capacidade técnica dos enfermeiros brasileiros - “são quase médicos”, dizem alguns entrevistados – sendo importantes parceiros para compartilhar o acompanhamento dos usuários em equipes com excesso de população.

Falam que há um aprendizado mútuo, já que frequentemente os enfermeiros solicitam avaliação dos médicos nas consultas, assim como estes buscam os enfermeiros para informações sobre fluxos do sistema de saúde ou sobre o território. Muitos apontam que

houve ainda um acolhimento que facilitou a adaptação nas EqSF:

“Eu cheguei aqui, eu falei, em março. E aí eu me senti um pouco mal, porque falaram para mim “você vai para o pior lugar que tem no Rio de Janeiro”. Eu cheguei aqui, eu cheguei acho que deprimida. (...) Mas hoje, eu posso falar que não. Eu não quero ir embora dessa clínica. Com todo o problema que tem de violência, com todo o problema que tem dos pacientes que não tem educação, que não tem informação. Eu falei, são pessoas muito carentes. O apoio que recebi aqui nessa clínica, eu acho que não recebeu nenhum cubano, em nenhum lugar. (...) Além disso, meu enfermeiro e eu e os enfermeiros das outras duas equipes temos feito muita empatia. Eles procuram meu conhecimento, que seja pouco, e quando eu preciso deles, eu posso procurar que eles me ajudam sempre. Aí eu falo que eu acho ótima a preparação dos enfermeiros aqui no Brasil. Eu acho que não tem muita diferença dos médicos” (M12).

“Eu acho que não pode existir diferença entre o médico e o enfermeiro. Tem que ser irmãos, irmãos. Eu sempre falo assim para ele “você é minha mão direita e a outra é o agente comunitário”. Com esses dois juntos o corpo funciona. Mas é uma parceria que tem que estar muito unida, os dois pensando mais ou menos igual, direcionar as ações em conjunto. Nunca ficar separado, um ficar numa ação para um lado que o outro não conhece. (...) Um enfermeiro, geralmente, ele que controla, cobra todas as ações da equipe e o médico, eu vejo assim, o médico fica assim mais para o atendimento. Nossa equipe não funciona assim. Eu cobro igual a todos os enfermeiros (...) Não tenho que pedir para o enfermeiro e o enfermeiro pedir para o agente. (...) Não pode ser uma coisa assim de alguém trabalhar individualmente, fora do trabalho do outro, tem que ser tudo junto” (M23).

Alguns médicos afirmam que houve dificuldades com os enfermeiros, principalmente em relação à rotatividade destes profissionais. Este dado chama a atenção para o fato de que a carência de profissionais na APS não atinge somente os médicos e lhes afeta, uma vez que se tornam membros com maior fixação na EqSF por meio do PMM. Apenas uma entrevistada reclama de certo distanciamento com uma enfermeira com quem trabalhou, sugerindo que poderia haver discriminação.

Um dos médicos também relata que houve alguns conflitos com a enfermagem no momento inicial do PMM, porque não estava habituada à abrangência de ações desta categoria na APS. Quando os médicos comparam com as equipes de Cuba, dizem que as tarefas são mais bem determinadas e separadas para cada profissional no seu país, embora tenham que atuar em acordo nas visitas domiciliares. Demonstram que, para eles, o enfermeiro realizar consulta é uma novidade, levando a uma relação mais paritária e de maior

diálogo no Brasil:

“É uma relação nova para a gente. A gente não está acostumado. A visão nossa em Cuba é diferente. A consulta é feita pelo médico. Enfermeiro não faz consulta. O enfermeiro faz procedimento de enfermagem, não faz consulta. (...) Eu acho que no início deu certa dificuldade. Porque a gente não estava acostumado. Hoje não, hoje a gente sabe, a gente aprendeu, o acompanhamento, como se planejam as ações, quem faz isso, quem faz aquilo, quem faz a consulta, quem faz a próxima consulta. E a gente consegue analisar e o vínculo é diferente. É novo, mas é muito melhor, é muito mais positivo para a população. (...) É outra forma de fazer saúde que, para mim, é positiva, para mim é ótima, muito boa. (...) É avaliado o paciente, a enfermeira decide se realmente precisa marcar uma consulta ou não, se precisa passar pelo médico ou não. Se é uma gripe, se é uma doença simples, ela pode tratar. Se é uma grávida que tem alguma queixa que ela normalmente acompanha, ela não tem porque esperar passar pelo médico. E aí a gente tem esse vínculo muito bom” (M5).

“A diferença é que aqui a enfermeira tem um pouco mais de... como explicar? A enfermeira vê o paciente hipertenso, os diabéticos, trata mais o paciente. E lá, a enfermeira é muito mais cuidado mesmo. O médico faz a prescrição e a enfermeira faz o cuidado prescrito pelo médico. Não é como aqui que a enfermeira tem carimbo, faz outros procedimentos que não faz lá a enfermeira. Quem prescreve lá é só o médico. Médico é médico e enfermeiro é enfermeiro. Nós precisamos do enfermeiro, mas o médico é médico” (M1).

“Nós saímos de lá para cá, achávamos que íamos chegar para ensinar medicina comunitária. (...) Temos aprendido muita coisa que não conhecíamos. (...) Com relação a lá, para mim era rotina a relação com a enfermeira, no dia a dia, no trabalho, o mesmo que aqui. Só que aqui, eu cheguei a precisar mais mesmo das ideias, da comunicação, das sugestões de minha parceira que lá. Por muitas razões. Acho que no meio que nós desenvolvemos lá, a enfermeira sabe o que tem a fazer, eu sei o que tenho a fazer. Eu faço meu papel e ela o dela e fazemos ações de saúde juntos. Mas aqui é alguma coisa mais de família. É mais prazeroso” (M8).

Ao falarem dos ACS, os médicos realçam a sua importância para a ESF. A atuação no território e o conhecimento que trazem das peculiaridades e necessidades dos usuários são destacados e alargam as possibilidades de cuidado dos próprios médicos para com a população:

“Elas são ótimas. Elas ajudam que você faça um bom diagnóstico, que tenha uma ideia ampla do que está acontecendo com esse paciente” (M3).

“É a vida da unidade! A unidade de saúde sem agente comunitário não é nada. Porque eles levam e trazem tudo o que a gente precisa. Informação, detalhes, tudo. É a vida, porque eles estão na comunidade. Que conhecem, que sabem de todo o movimento, de como se manifestam as pessoas, de como moram, quem vive, como que falam, tudo. (...) Tem uma situação aqui com esse paciente, preciso de uma informação completa do que está acontecendo aí. Aí eles passam no livro da vida! Aí você se organiza muito melhor, porque muitas coisas que estão fora, que você não conhece, poderiam mudar o que você estava pensando em fazer. Aí ajuda muito realmente” (M6).

Os entrevistados explicam que os ACS não compõem a equipe de Atenção Básica em Cuba, contando com lideranças comunitárias que realizam um trabalho voluntário. Muitos valorizam que a territorialização, a vigilância, a alimentação de dados dos sistemas de informação e a busca ativa de pacientes sejam atribuições de um profissional específico, como ocorre com os ACS, permitindo que os médicos se ocupem mais com o atendimento aos usuários. Isto se torna particularmente necessário no contexto da ESF, visto a maior população adscrita:

“Para mim o agente é fundamental. Eu gostaria muito que em Cuba também existisse. Quando você tem quase quatro mil habitantes, é muito difícil chegar. Mas com a ajuda do agente comunitário, você pode fazer esse trabalho” (M19).

“Então, o trabalho do médico é muito mais cômodo, muito mais tranquilo, porque o agente comunitário é quem fica na rua. Ah, você vai... ele vai encontrar o caso. E você, como médico, já conhece onde está. E você tem mais tempo de trabalhar, de se dedicar aos pacientes. (...) Se ficamos aqui, nós aprendemos de Brasil. Por que não posso ter eu quatro ou cinco agentes comunitários? Por que não posso ter essa pessoa com tanto valor de trabalho? Para melhorar a qualidade da atenção à população e melhorar, tirar um pouco de carga de trabalho de muita coisa que não preciso fazer eu?” (M20).

Há, contudo, algumas críticas quanto à qualificação destes profissionais. Alguns entrevistados relatam que existem dificuldades no acolhimento, na comunicação com os pacientes, no respeito à privacidade das consultas e na educação em saúde. Explicam que a maioria dos ACS não tem formação própria para a área da saúde e uma delas menciona um conflito pelo ACS também ser morador do território adscrito. Por conta destas questões, alguns médicos referem que já realizaram capacitações para os ACS nas reuniões da EqSF:

“Passam muita educação para a saúde, mas eu acredito que os agentes comunitários poderiam fazer mais enquanto educação para a saúde. Mas é bom, o trabalho é bom, tá? Mas se os agentes comunitários tivessem uma educação permanente (...), então o acolhimento seria melhor. (...) Eu capacitei o agentes e os cuidadores em outra clínica. E foi ótimo, porque os agentes aprenderam todo o cuidado” (M7).

“Porque eles são parte da comunidade, só que eles estão do outro lado. É a outra cara da moeda, eles estão do lado da gente, não é? Então, é complicado tratar com todos eles que moram com os moradores daqui dentro e que tem uma posição diferente, porque está aqui no posto. (...) Saiu do posto, não são mais agentes de saúde, são agentes de saúde e não são moradores. Não sei como é que funciona, mas agente de saúde tem que dar responsabilidade, ele se sente importante, porque ele quer. (...) Preparar o pessoal, acho que os agentes de saúde precisam de mais preparação. (...) Então, tem que saber falar, tem que saber vestir, tem que saber se expressar, conversar com o paciente, entender o paciente, passar para a gente a demanda, entendeu? Passar, assim, tem que saber classificar, porque aí o agente de saúde é a porta. Eles são a porta de entrada e saída, na verdade. Eles são quem viabiliza ou atrapalha, entendeu?” (M21).

Quanto ao NASF, os médicos fazem menção frequentemente a este apoio da EqSF em várias ocasiões durante a entrevista, com destaque para a saúde mental e assistência social. Todos, exceto uma médica com apenas um mês de experiência, conheciam o NASF. Interagem nas reuniões de equipe, em interconsultas, visitas domiciliares ou em grupos. Geralmente fazem discussão de casos e estabelecem uma proposta para o seguimento, em que a avaliação em consulta conjunta indica ser a conduta mais frequente. Ressaltam a ampliação da resolutividade com esta ferramenta de trabalho na APS, porém que há escassez de profissionais do NASF para a demanda de tantas EqSFs:

“É muita participação ativa deles. Quanto à fisioterapeuta, a psicóloga, legal tudo, todo mundo muito legal. Até que eles chegaram aqui, a gente, pelo menos, ficou menos cansado. Era muita coisa para cima da gente, para resolver, inclusive. Em psicologia, a gente sozinho não resolve: liga para não sei o quê, para fazer aquilo. Gente, vamos fazer o quê?” (M17).

“O NASF é complicado. Tem pouco pessoal, parece pouco. (...) Como são várias equipes, por exemplo, na minha [reunião de equipe] participa a psicóloga. Se precisar de fisioterapeuta, eu passo o caso para ela e ela passa para a fisioterapeuta, entendeu? É essa confusão. O que acontece? Que tem coisas que com uma orientação a gente resolve. Mas tem coisas que tem que ser avaliadas com elas. E a demanda é muito alta e eles são muito poucos. Então não tem resposta assim de volta. É muito difícil” (M21).

A visão do grupo focal converge para o achado de que, com poucas exceções, os médicos mostram ter boa relação com todos os membros da EqSF e com o NASF. Articulam-se para cuidado em conjunto e discutem condutas. As supervisoras também apontam que esta interação foi estratégica para que os médicos conseguissem se inserir no contexto da ESF e na realidade local:

“Eles sabem muito trabalhar em equipe. Eles trabalham com o NASF. Eu acho que eles discutem. Eles acabam ficando muito presos ao consultório. Atendem muito. Isto é uma característica um pouco da APS do Rio de Janeiro. Então, eu acho que acaba sendo uma outra via, o NASF que acaba levando os casos para eles – não, vamos discutir aqui. Acho “super” válido também. Acho que, em geral, eles têm muito boa relação com as enfermeiras. Conseguem fazer um cuidado conjunto, conseguem fazer interconsulta, conseguem discutir algumas coisas, até atender junto” (S4).

“Eles não tinham essa figura do enfermeiro dentro do consultório, atendendo assim. Eu acho que eles gostaram. Eu vejo todos se relacionando muito bem, utilizando a Academia Carioca como ferramenta de cuidado mesmo. (...) Eu tenho percebido que pelo tamanho das equipes, se fosse centrar no médico...” (S3).

“Não ia dar conta. Isso eles perceberam mesmo. E isso, o resto da equipe é a ponte deles para a comunidade. Até culturalmente, de língua. Acho que eles entenderam como uma parceria mesmo necessária” (S2).

Por fim, entende-se que os médicos possuem grande capacidade de integração com os outros membros da ESF. Participam das reuniões de equipes regularmente na sua maioria, discutem casos e travam relações de reciprocidade com os enfermeiros, ACS e NASF. O excesso de demandas da população superdimensionada para a EqSF aponta ser um fator importante para a necessidade de um trabalho mais dialogado e compartilhado. Outro ponto sensível é o apoio desses profissionais na adaptação à prática na Atenção Básica. Entre as limitações para uma atuação mais integral, aponta-se a rotatividade de enfermeiros em algumas EqSF, a qualificação deficiente dos ACS e a baixa cobertura do NASF.

Planejamento das intervenções e utilização de protocolos assistenciais

Práticas integrais na APS estão relacionadas também ao planejamento em saúde, sem se restringir a ações meramente assistenciais. Neste sentido, as categorias examinadas foram a análise em equipe de indicadores de saúde da população (também debatida no grupo focal) e o desenvolvimento de atividades planejadas a partir dos indicadores de saúde. Outro quesito relevante para o elenco ampliado e integrado de ações é a utilização de protocolos assistenciais, que direciona o cuidado para um modo mais resolutivo, seguro e racional. As categorias de análise para este componente, ambas exploradas por meio das entrevistas e do grupo focal, foram o conhecimento das linhas de cuidado definidas para a rede municipal de saúde e o uso de diretrizes clínicas nacionais e internacionais.

Análise em equipe de indicadores de saúde da população e desenvolvimento de atividades planejadas a partir dos indicadores de saúde

Quanto ao planejamento de ações, verifica-se que os médicos utilizam os indicadores fornecidos pelo prontuário eletrônico, principalmente em relatórios mensais que são enviados para os membros das EqSF. Analisam o perfil dos usuários, a produção da EqSF e o cumprimento das metas nas reuniões de equipe. A maioria (20) afirma que são elaboradas atividades a partir dos problemas encontrados, como busca ativa e/ou campanhas para coleta de colpocitologia, regularização do acompanhamento das pessoas cadastradas no Bolsa Família, vacinação etc:

“Eu estou com ele [relatório] impresso na mão, porque eu faço todo mês. Está comigo na minha mão. Está do outro lado, mas eu puxo para reunião de equipe. Ok, com referência a essa quantidade de visitas domiciliares que tem que fazer (...). Então, a gente vai chamando cada um. Você tem cinco, senão trabalhar toda semana... entendeu? Hipertenso tem que ser avaliado no trimestre, no mês, tanto. Porque se está faltando este aqui, vai procurar, entendeu?” (M21).

“(...) você faz uma análise sobre esses indicadores e vai avaliando por micro área. (...) O que está acontecendo com o acompanhamento das crianças, que porcentagem de crianças, quais crianças estão faltando às consultas, quais não, que criança tem o teste do pezinho feito ou não. O acompanhamento das grávidas. E aí a gente vai avaliando os indicadores. (...) De forma geral, a gente faz ações sistemáticas. Vai olhando os indicadores e vai tomando decisões, em dependência de cada caso, de cada momento. Agora, lembro assim, preventivo por exemplo. (...) Fazendo busca ativa dessa população para melhorar esse indicador. Porque é um indicador estatístico, mas é, ao final, um indicador de qualidade da atenção à mulher” (M5).

Dois médicos reforçam que o centro do cuidado está na qualidade do acompanhamento às pessoas, denotando que a perseguição às metas pactuadas em indicadores de desempenho não recai em alienação do trabalho:

“Tem uma grávida... Não se trata de cumprir com o indicador, se não tem um bom acompanhamento. E não tem um bom acompanhamento não por parte nossa, porque nós temos feito até o impossível. Mas ela consome drogas, consome álcool (...) Essa é uma situação muito preocupante que temos no momento na equipe. Porque se, felizmente, não acontece nada e à criança, tudo sai bem, mas se acontece alguma coisa... E só tem duas consultas. Não é pelo indicador. Bate na variável [no indicador de desempenho], mas não é só isso. É a preocupação nossa, como profissionais, com ela. Porque é triste se acontece alguma coisa” (M19).

O grupo focal também aponta que os médicos utilizam os indicadores de desempenho presentes no prontuário eletrônico (chamados de variáveis) para organizar o trabalho da EqSF. Embora os médicos não sejam beneficiados com gratificações pelo alcance das metas, as supervisoras dizem que há um direcionamento da gestão que eles procuram seguir. Diferente do que foi falado em duas entrevistas mencionadas anteriormente, as supervisoras entendem que os médicos perseguem os indicadores mais como meras determinações que precisam cumprir e menos como um dispositivo de discutir o processo de cuidado:

“Isso porque tem que cumprir a variável ali” (S2).

“Isto é muito batido pelas CAPs [Coordenações de Área Programática]. Muito batida a questão da variável, da gratificação por desempenho, a variável 2, variável 3. Eles ficam muito em cima. Poderia passar no enfermeiro da equipe e falar: tem que fazer isso, isso tem que ser seguido, senão não bate a variável” (S3).

“Isso eles fazem bem, porque eles sabem fazer APS seletiva. Eles sabem seguir programa. Cuidar de hipertenso, cuidar de diabético. O que eles me contam é que trabalham assim em Cuba. O hipertenso tem tantas consultas por ano e já é tudo “agendadinho”. Então, em relação à variável, que é bem programático, eu acho que eles dão conta” (S4).

Ao invés de considerarem como aspecto positivo da prática dos médicos, houve críticas das supervisoras no modo como os médicos do PMM se apropriam desta ferramenta de gestão da clínica e organização do cuidado, indicando uma visão restrita a programas de

saúde. Percebe-se inconsistência na percepção das supervisoras, visto que os médicos entrevistados demonstram não se ater ao acompanhamento apenas de determinadas condições de saúde da população adscrita.

Conhecimento das linhas de cuidado definidas para a rede municipal de saúde

Em relação às linhas de cuidados da rede de saúde, apenas uma médica, recém integrada ao PMM, desconhecia os Guias de Referência Rápida – manuais da Secretaria Municipal de Saúde que definem práticas assistenciais e fluxos para determinadas condições de saúde. Os demais dizem conhecer e utilizar para dúvidas pontuais do atendimento, mais frequentemente no pré-natal e para a insulinação de diabéticos. Os guias menos utilizados são de manejo da depressão e pessoas com HIV, apesar de relatarem, ao longo das entrevistas, que não tem hábito de acompanharem estes problemas na APS em Cuba.

Uso de diretrizes nacionais e internacionais

A maioria dos médicos refere usar somente protocolos municipais ou nacionais, realçando a importância de respeitar as indicações estabelecidas no país. Mencionam com mais destaque o material presente na plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária e Vigilância Sanitária, os Cadernos de Atenção Básica e o manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Poucos médicos dizem utilizar também referências estrangeiras, como diretrizes de Cuba, de sociedades médicas americanas ou outras de língua espanhola.

Os entrevistados sentiram pouca dificuldade para se adaptar aos protocolos brasileiros. “A medicina é a mesma” foi uma expressão muito repetida. Apontam pequenas diferenças, como a preferência por certos medicamentos, bem como a apresentação dos mesmos e os fluxos de encaminhamentos.

Alguns médicos destacam a diferença quanto ao acompanhamento da tuberculose na Atenção Básica no Brasil. Duas médicas ressaltam que a atenção materno-infantil em Cuba tem um controle maior e que lá o trabalho na APS é mais rigoroso. Outra especificidade encontrada no PMM pelos médicos foi o trabalho com fluxogramas, visto de modo positivo por um médico e como rigidez por duas médicas:

“Brasil tem uma experiência muito legal que é o fluxograma. Quando você vai ao protocolo, mais

ou menos são parecidos. Mas o Brasil tem, assim eu acho, uma academia também americana. Ele lê todos os protocolos, mas depois faz alguns fluxogramas, que são mais práticos. (...) Aqui tem muito fluxograma, você só aprende o fluxograma e trabalha! Lá tem que saber das doenças, tem que saber das patologias, coisas assim mais profundas, lá se trabalha mais assim. (...) A pessoa vai estudando e vai fazendo uma guia para você ter uma ideia. É assim! E aqui não, você já chegou aqui, pegou um protocolo, vê uma cartela, vê tudo. (...) Lá tem que ter esta experiência, eu acho que é uma experiência bacana” (M23).

“Lá nós não temos protocolos de atendimento. Porque lá nós não trabalhamos com enfermidades, nós trabalhamos com pacientes mesmo. E aqui vocês marcam, por exemplo, um paciente diabético tem que usar isso, isso, isso. Um paciente com catarro, você vai usar isso, isso, isso. Lá não temos isso. Lá temos, por exemplo, é mais comum usar isso, isso, isso. Mas eu, como médico, avalio o paciente e eu acho que é melhor um tratamento que outro, aí eu coloco. Tenho liberdade para fazer isso” (M12).

No grupo focal, as supervisoras revelam uma posição diferente do relato das entrevistas. Foram unânimes sobre diferenças importantes entre os médicos na utilização adequada de protocolos assistenciais e outras ferramentas da Medicina Baseada em Evidências. Alguns apresentam condutas pautadas em diretrizes atualizadas, porém outros demonstram práticas mais empíricas, com resistência a se direcionarem pelas recomendações das evidências científicas:

“Os meus médicos bons eu mostro as coisas para eles e eles falam “não, eu estou usando”. Eu pergunto da plataforma da Medicina Baseada em Evidências e eles dizem “não, estou usando” (...). Meu grupo está equilibrado. Eu tenho dez e tem uma que chega para mim e fala: eu vi a prescrição de vitamina, sulfato ferroso para crianças, não sei o que lá. Eu falo que não tem evidência. Eu fiz uma [supervisão] locorregional falando isso e na “loco” ela falou – tem os protocolos aqui, mas eu vou seguir o que eu acho” (S1).

“O médico bom segue o protocolo. O médico ruim não segue nada, segue a cabeça dele” (S4).

Apontam problemas que se expressam em erros. Uma das supervisoras conta como a vivência no PMM contribuiu para fortalecer a resolutividade dos médicos na APS:

“Tem um *déficit* mesmo. Tem uma diferença de formação enorme. Eles têm uma referência secundária muito presente, muito intensamente presente. Eles fazem uma Saúde da Família que tem outra dinâmica, outro cotidiano. Acho que eles cresceram neste sentido (...) Acho que eles tem

uma experiência hoje diferente da Venezuela, de sei lá. Acho que a experiência “Brasil”, para eles, potencializou demais a prática médica deles. Muito. Eles não fazem, não fazem. A medicina deles é assim mesmo. Eles fazem o pré natal, mas todo mês, praticamente a gestante de baixo risco, não estou falando de alto risco, elas vão no obstetra também, que está lá naquelas policlínicas que eles tem em torno do consultório deles” (S2).

“Acho que eles nunca leram os guias rápidos na vida. A gente fez uma capacitação sobre insulinização. Nossa, é péssimo! Eles não sabem os critérios de insulinização, tratam a hiperglicemia de forma errada” (S4).

“Já tive médico que foi desligado por causa dessa fala. E aí eu tive que ir lá e quando chega lá, não tem embasamento. Aí você vê o que é considerado um erro e aí você está embasado em quê?” (S3).

As entrevistas e o grupo focal apontam que há planejamento em saúde na prática dos médicos, tanto na análise de indicadores de saúde fornecidos pelo prontuário eletrônico, quanto na execução de ações para garantir a cobertura da população, a partir dos resultados alcançados nos indicadores. Pelas entrevistas, os profissionais apontam utilizar protocolos assistenciais, de acordo com manuais e diretrizes municipais e também nacionais, porém no grupo focal se destaca, com ênfase, uma deficiência na atualização clínica em parte importante dos médicos do PMM.

Síntese da dimensão “elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde”

Os médicos do PMM demonstram deter um elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, ainda que parcialmente em algumas ações verificadas em categorias e indicadores. Nesta dimensão, os componentes mais fortes foram a prestação de serviços em diversos cenários e a interdisciplinaridade. Nos demais, dificuldades foram identificadas para a execução integral das atividades necessárias para a prática na ESF, sobretudo, na percepção dos supervisores.

Assim como ocorre para a dimensão anterior, condições extrínsecas aos médicos afetam o trabalho em múltiplas categorias e indicadores. O excesso de população adscrita prejudica a agenda dos médicos, atingindo, por exemplo, a oferta de procedimentos invasivos de pequeno porte, o acompanhamento de grupos prioritários, a realização de visitas domiciliares e a participação em reuniões de equipe de modo mais regular. Outras

deficiências apontadas se referem à estrutura das UBS e à frágil organização da rede assistencial para o diálogo entre os níveis de atenção. Além disso, a violência do território e os preconceitos com os médicos cubanos foram sinalizadas.

A falta de capacitação para realizar procedimentos, bem como a necessidade de atualização clínica e de otimizar a abordagem para os casos de saúde mental e usuários de álcool e drogas foi identificada em parte dos médicos, segundo os supervisores. Por outro lado, demonstram grande capacidade de prática de grupos e atividades coletivas, preocupação com o acesso da população ao serviço e relação com outros membros da ESF marcadamente positivas para o processo de cuidado. Realizam, portanto, ações abrangentes para a promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência às demandas e necessidades das pessoas na APS.

4.4 – A EXPERIÊNCIA NO PMM: CONSIDERAÇÕES DOS MÉDICOS E SUPERVISORAS

Nas entrevistas e grupo focal, outras considerações que extrapolavam as categorias de análise para a integralidade das práticas se revelaram, sobretudo ao final dos encontros, quando médicos e supervisoras realizavam um balanço sobre suas vivências no Programa. Embora nem todas sejam diretamente ligadas às práticas, as conclusões que apresentam trazem aspectos que auxiliam a compreender a inserção dos profissionais do PMM, os valores que guiaram sua atuação e alguns resultados que deixam para a saúde no Brasil ao fim de sua missão.

Tantos os médicos quanto as supervisoras colocam alguns entraves do PMM e das especificidades da inserção dos médicos. Entre as críticas ao PMM, sobressai, nas entrevistas, a fala de um dos médicos, que mostra como as restrições dos acordos de cooperação internacional impostas aos profissionais são sentidas pelos profissionais:

“Para mim, o mais negativo de Mais Médicos é que, se nós estamos trabalhando no Brasil, eu acredito que nós deveríamos ter as leis do Brasil. Ser regidos pelas leis do Brasil. Trabalhistas e tudo. Então, eu acredito que, por exemplo, o salário não deveria ser assim, isso é negativo [*o pagamento da bolsa é intermediado pela Organização Panamericana, que repassa uma parcela menor do valor ao médico e o restante ao governo cubano*]. Porque não é que eu não faça um aporte ao meu país. Posso fazer, mas não como você quer, como eu quero, porque quem trabalha sou eu. Então, é uma coisa que, essa interferência de lá aqui no Brasil, então, é uma coisa que tem

de negativo no Programa. Esse controle da coisa nossa. (...) Por exemplo, agora, Brasil não fez o contrato, Cuba assinou [*Cuba não permitiu que seus médicos estendessem a participação por um período de mais três anos, como previsto pela Lei 12.871*]. Já não ia fazer mais contrato, porque... Se já nós estamos aqui, você tem que falar “não, olha, vou falar com o médico”. Porque eu tenho ele contratado. Quem nos tem contratado hoje? É o Brasil. Então o Brasil tem que falar “olha, eu vou perguntar para o ele o que ele pensa também”. (...) O mais positivo que vi no Programa é, que apesar disso, temos também a liberdade que não temos em outras missões. Por exemplo, antes eu trabalhei na Venezuela e às seis da tarde você não podia ir à rua, você não podia. Não, aqui você é um cidadão, que pode ir aqui, pode ir lá. Pode ter o controle de onde estará. Mas, além disso, eu posso fazer o que acredito depois do meu horário de trabalho. Isso é o mais positivo que acho” (M20).

Vários entrevistados também disseram que faltou a eles um maior preparo na língua portuguesa no módulo de acolhimento do PMM, indo ao encontro da percepção de algumas supervisoras no grupo focal sobre prejuízos das práticas em aspectos da comunicação. Outra dificuldade sofrida foi a reação da categoria médica brasileira ao PMM, particularmente em relação à incorporação de cubanos ao Programa, com as polêmicas que envolveram o início de sua implementação. Os médicos referem hostilidades em certos momentos e um estado de tensão quando da chegada nas UBS, com sua competência questionada:

“Para mim, o ponto mais negativo do Mais Médicos, inicialmente, acredito que é a língua. Inicialmente, acredito que a comunicação com a população. Inicialmente, acredito que o preconceito, a rejeição do grupo elitista ao Mais Médicos e, especificamente, aos médicos cubanos. Falando do Conselho Regional de Medicina, que era contra. Precisamente, pelo [Programa] Revalida [programa de revalidação de diploma], por todo esse processo legal que aconteceu no início. Aquilo foi um ponto negativo que acredito que já passou. É outra etapa hoje do Mais Médicos. (...) A rejeição de algum grupo da população, alguma elite brasileira, o Conselho Regional de Medicina. E certo preconceito com a saúde cubana, vinculado um pouco, misturou um pouco com a parte política. (...) Por que saúde de Cuba? Por que do comunismo? Por que do socialismo? A parte política que é difícil entender também. Vincular o governo cubano com agentes militares, que não éramos médicos. E o famoso Revalida que nos exigiam. No final, eu acho que isso é a coisa mais negativa” (M5).

“Eu me sinto assim, eu acho que o mais difícil do Programa, para mim, que sou cubana, não sei para os outros médicos, é a pressão de ser estrangeira. De ser uma pessoa estrangeira, entendeu? A credibilidade que a gente tem que estar o tempo todo mostrando que é médico e que é médico bom, entendeu? (...) A pressão de que, assim, médico não fica doente, médico não pode, sei lá, fazer

nada. Eu me sinto, até para enviar um encaminhamento, eu tenho que pensar duas vezes no que escrevo, sabia? (...) Assim, aquela questão de que a gente é o tempo todo avaliado. O tempo todo avaliado, o tempo todo, por todo mundo” (M21).

As supervisoras também ponderam algumas vantagens e lacunas de formação em comparação com os médicos brasileiros. Uma delas tem a impressão de que a formação médica brasileira, apesar de não ser orientada para a atuação na APS como em Cuba, é mais bem desenvolvida, por exemplo, para a prática da Medicina Baseada em Evidências:

“Às vezes, um médico brasileiro recém-formado pode ser mais difícil em dar orientações, acatar algumas coisas da APS, não entender muito de APS por causa da formação hospitalocêntrica. Mas, ao mesmo tempo, a gente faz mais Medicina Baseada em Evidências, o cubano não faz” (S4).

Outra diferença que as supervisoras pontuam diz respeito à formação do médico de família brasileiro, especialmente no Rio de Janeiro, que consideram mais apropriada que a dos cubanos:

“Eu acho que se comparar esse médico brasileiro de forma geral, se comparar com o cubano, vai ser o mesmo trabalho [*que o supervisor tem com o médico*]. Mas se a gente pensar o médico específico da APS com formação, o nosso médico de família, aí não tem comparação. É muito melhor” (S4).

O grupo focal aponta que há uma limitação da supervisão para contribuir com a integralidade das práticas dos profissionais do PMM devido à reduzida possibilidade de acompanhar o cotidiano dos médicos. As intervenções que podem suscitar mudanças neste sentido são definidas por discussão de casos, capacitações técnicas e apresentação de conceitos:

“(…) a gente também, eu, ao menos, não consigo estar no cotidiano, eu não tenho o hábito de estar do lado deles quando eles estão atendendo, não tenho, não consigo fazer isso na minha supervisão. Eu sei que tem profissionais que talvez até consigam fazer. Acho até que é uma tarefa nossa, mas eu realmente não consigo, até por esta quantidade de locais que eu tenho que percorrer” (S2).

“A supervisão, do modo como ela é proposta, é muito pouco o tempo, essa questão de uma vez por mês, é muito pouco para a gente se propor a ensinar integralidade, nem ensinar, ajudar a promover a integralidade. Mas eu acho que se for um conceito que o médico ainda não teve esse contato, é

um momento onde dá, onde consegue. “Olha, existe isso, já ouviu falar?”. Acho que é um momento que botar ele com ideias novas, apresentar. Mas daí a começar a abordar, fazer, vai depender do interesse e da disponibilidade” (S3).

Apesar das limitações apontadas anteriormente, as supervisoras reconhecem que a formação médica cubana é mais adequada para o contexto da APS que a dos médicos brasileiros:

“O recém-formado cubano, em geral, talvez saísse mais bem formado, saísse mais generalista que o médico brasileiro, que em geral tem uma formação mais especialista” (S2).

“Quem vem, mesmo o recém-formado [cubano], vem com uma formação melhor que o nosso recém-formado, que seria quem estaria ocupando esses locais. Então, em geral, a qualidade, em geral, é melhor” (S3).

As supervisoras julgam que as dificuldades enfrentadas pelos médicos do PMM não se referem a especificidades dos mesmos:

“Não seria problema diferente do que teria com outros médicos. Problemas às vezes relacionais, é o dia a dia, aquela coisa toda. Não é assim – ah, eles trouxeram problemas que médicos que se não fossem do Programa Mais Médicos não trariam. Não” (S3).

Uma das supervisoras também lembra que os médicos foram inseridos em um contexto urbano de grande vulnerabilidade:

“Eles ficam muito surpresos porque eles não esperavam que fossem tão ruins as coisas, alguns indicadores sociais. Ainda mais no Rio de Janeiro. Eles tinham essa visão de Rio de Janeiro de Copacabana, como qualquer outra pessoa do mundo, de fora. Quando chega aqui para trabalhar e percebe que grande parte dos cariocas estão em uma situação bem ruim de vida” (S4).

O acesso qualificado à saúde de populações marginalizadas foi uma das grandes contribuições do PMM. O acesso com longitudinalidade de atenção médica a comunidades com dificuldades de fixação deste profissional foi uma contribuição bastante realçada no grupo focal:

“E eles [gerentes] falam: quem deu um jeito, quem conseguiu arrumar a saúde dessa população foi

o doutor “Fulano de tal”. Na maioria das vezes, deram um jeito na população. Conseguiram ocupar um vazio de alguma maneira” (S1).

Nas entrevistas, os profissionais do PMM também destacam que atuam em áreas carentes de atendimento médico e que a chegada dos mesmos permitiu o acesso a uma APS mais resolutiva e com um necessário olhar biopsicossocial:

“A gente está lotado em áreas que realmente precisam. Que estavam totalmente... não é que não tinham atendimento. Por exemplo, esta unidade aqui, tem um “tempão”. Mas, realmente, não tinha aquele olhar que a gente tem. Que a gente tenta abarcar muito mais. E, às vezes, faltava médico também. Porque aqui, pelo que entendi, trabalhavam, por exemplo, um ginecologista e um pediatra. Não eram médicos gerais. E o atendimento, obviamente, não podia ser do mesmo jeito. Porque, quem era pediatra, o atendimento na pediatria eu acho que seria 200%, mas as outras coisas, por muito que você queira... (...) Eu acho, assim, o olhar do Mais Médicos ampliou muito o atendimento para pacientes carentes realmente, pacientes que demandam. Quiçá em outro lugar seria diferente, mas, realmente, aqui nessa comunidade é muito, precisa muito” (M6).

“Para o Brasil, estamos aqui os médicos de mais experiência. Médicos tinham duas, três, até quatro missões. Que trabalharam em outros países, para tratar as enfermidades de outros países que se vê aqui. Inclusive, aqui vejo muitos médicos que viram enfermidades na África que se vê aqui. Porque não estamos no Rio (de Janeiro), estamos na favela. Ninguém está em Ipanema, nem na Barra, estamos em comunidade. Para a pessoa que está na Amazônia, aqui há lugares mais difíceis ainda. Aí nós estamos aqui, os cubanos. (...) Mas nós somos pessoas da medicina integral. Que não estamos vendo o paciente por conta de estar doente, de doença, senão também estamos vendo segundo a vida social, segundo o futuro” (M24).

Neste sentido, uma característica muito valorizada nas entrevistas e grupo focal envolveu aspectos éticos e o sentido de missão dos cubanos. Entre as vantagens do PMM, as supervisoras, no grupo focal, mencionam o compromisso, a organização do cuidado, a interdisciplinaridade e o ideal missionário trazido pelos médicos:

“Comparando com outros médicos e comparando com outros médicos brasileiros que a gente conhece, são mais éticos, são mais compromissados com horário, com organização, com processo de trabalho. Eu acho que com tudo. Fluxos internos da unidade, fluxos externos. Eles são abertos a ouvir críticas boas e ruins. Eles têm uma tendência de ter uma relação muito boa com todo mundo na clínica” (S4).

“Acho que é uma questão de ideal, de ideologia mesmo. De ter comprometimento. Isso é um diferencial. De comprometimento, de noção de propósito, de porquê você está lá. É uma missão mesmo” (S3).

Os médicos sustentam que sua atuação no PMM, a partir da perspectiva de uma missão, é direcionada por um senso moral de valores mais solidários:

“O que traz de bom é, antes de todas as coisas, a vontade de vir a outro país, fora de seu país. Entregar tudo. Não só o esforço, mas também um conhecimento que realmente temos e que muitas pessoas não sabem apreciar. Trazemos também muito, muito amor para entregar ao próximo, que é muito, muito importante. E trazemos também muito desejo de estudar e de querer saber. De podermos desenvolver em qualquer ambiente” (M11).

“Estava te dizendo, a caridade humana dos cubanos (...) Estamos dentro da comunidade, estamos nos lugares mais difíceis. Não entramos na casa dos ricos, entramos na casa dos pobres, da gente necessitada, da gente do Amazonas. A gente tem que pegar um barco, entrar quinze dias lá dentro do lodo, aguentando mosquito. Para mim esta é a parte melhor do Mais Médicos. Porque ninguém está numa praia. Estamos aqui, estamos na favela do Chapadão. (...) A representante do Governo Federal, ela falou que, quando chegamos aqui, no primeiro mês aqui no Rio (de Janeiro), ela trouxe o filho, porque esse era um momento histórico para a vida, para a história do Brasil. E, realmente, para nós é uma honra. Para nós, é uma honra ter participado da história do Brasil. Em algo que é a coisa mais bonita, cuidar dessa assistência” (M24).

A partir desta forma de atuação, os médicos percebem que sua participação no PMM trouxe resultados que impactam a realidade da saúde na ESF. A satisfação da população, deste modo, demonstra a qualidade do atendimento prestado:

“Quem está doente já vem, sei lá, o temperamento, o humor dele não está bem. Não tem vontade para sorrir. Se você consegue melhorar o sorriso do paciente, é bom. Porque está doente e está deixando de lado a doença para, pelo menos, sorrir, entendeu? Não sei qual é a avaliação que eu me daria como médico, não. (...) Olha só, para mim já é satisfatório, sabia? Porque recebo avaliação do povo todo dia. Não sei qual vai ser a avaliação que a gerente pode me dar, não sei qual ela vai me dar. A do povo eu já recebi. Eu me sinto satisfeita com o que tenho agora” (M21).

Alguns entrevistados apontam que o PMM deixa para a ESF um novo modelo de trabalhar na APS, que serve a usuários e EqSF como um bom padrão:

“Mas você, o problema que tem pode resolver aqui. Então, isso a população já tem um novo olhar da Atenção Primária. E então, o outro – é que agora vamos embora – então, muitos colegas nossos brasileiros vão ter que trabalhar, porque nós trabalhamos. Vai lá, que vamos embora. Mas, então, vocês o que vão fazer? Tem que continuar trabalhando como nós trabalhamos. Por exemplo, um médico que me substitua aqui na equipe. Eu trabalho de segunda a quinta. Todos os dias estou aí. Eu faço grupos de atendimento aos pacientes, de atendimento aqui nas escolas. Você vai ter que fazer. Então, nós aprendemos a Atenção Primária, mas nós também damos lições de trabalho, de dedicação” (M20).

“Primeiro, eu acho que o Programa foi um motor para impulsionar os médicos brasileiros que estavam um pouquinho mais quietos no seu canto. Eu acho que agora, quando a gente for embora, vai deixar o médico brasileiro bem ativo no trabalho. Acho que antigamente vocês trabalhavam de um jeito mais cômodo, mais burocrático. (...) As mudanças que a gente traz é a qualidade do trabalho. Como você vai tratar o paciente, como você vai falar com o paciente. Porque você vai lembrar dos pacientes, dos nomes (...). Aqui, a gente faz muita coisa que não fazia. Assim, quando eu cheguei aqui, não usavam a maleta de emergência nunca. Nunca. (...) Só nós duas somos cubanas, mas, com certeza, eu falo que, hoje, aqui, todo mundo é cubano trabalhando. O número de pessoal no atendimento, a forma de atendimento, a entrega, o calor no atendimento. (...) Seria muito, muito satisfatório que, depois que a gente fosse embora, que o Programa continuasse, porque o povo vai sentir falta. (...) A gente foi um exemplo, uma amostra do trabalho para eles e todo mundo se juntou” (M21).

Por último, sublinha-se que a participação no PMM levanta possibilidades ao sistema de saúde, antes apenas vislumbradas. Os médicos enfatizam a necessidade de manter e avançar nas conquistas do SUS:

“Eu acho que o Programa tem isso mesmo, mostrar para o Brasil que vocês podem. Que o sistema de saúde é bom, eu acho bom. O que vocês têm em teoria está tudo bem feito. Eu já trabalhei em vários lugares. (...) Tem coisas para dar, vocês tem muitas coisas para dar. O Programa mostrou ao povo que eles têm acesso a muitas coisas que eles não conheciam. (...) Assim, vai fazer uma ultrassonografia, ele pensava até ter dinheiro, não conseguia fazer. Até a “ultra”, não posso. Vai fazer um eletrocardiograma, até o eletrocardiograma não posso. Aquela mentalidade de que tudo tinha que ser pago, eles mudaram, eles sabem que o governo dá. E que está ali, é um direito que ele tem e o governo garante” (M21).

4.5 – A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS A PARTIR DOS RELATÓRIOS DE SUPERVISÃO

Como mencionado na metodologia, os supervisores produzem mensalmente relatórios de produção sobre variados pontos do trabalho dos médicos no PMM, que compõem o *webportfólio*. Para este estudo, foram focados os registros realizados nas seções do relatório da primeira versão do *webportfólio*, referentes a: processo de trabalho, atuação do médico e supervisão locorregional, organizados em planilhas de Excel® fornecidas pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, do Ministério da Saúde, com a consolidação dos dados de todos os relatórios enviados à UNA-SUS.

Um panorama geral dos relatórios produzidos entre 2013 e 2015 no âmbito do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, obtido da extração dos dados da planilha referente ao *webportfólio* do PMM, é apresentado na Tabela 19.

Tabela 19. Informações gerais sobre os relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Descrição	n
Relatórios produzidos	632
Médicos participantes	44
Supervisores	11
Média de relatórios por médico	14,4
Média de relatórios por supervisor	57,5

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

Entre os 632 relatórios, apenas 329 (52%) foram preenchidos na seção de processo de trabalho. A frequência de registros por tema nesta seção é mostrada na Tabela 20.

Tabela 20. Registros por tema na seção “processo de trabalho” nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Tema	n	%
Trabalho no território	124	37,7
Acolhimento dos usuários e organização da agenda	114	34,6
Reunião de equipe	91	27,7
Total	329	100

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

Trabalho no território foi o tema mais escolhido para o relatório. A Tabela 21

evidencia as categorias identificadas neste tema.

Tabela 21. Categorias do tema “trabalho no território”, na seção de processo de trabalho, nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Categoria	n	%
Violência urbana	75	60,5
Participação em grupos e campanhas	23	18,5
Ações a partir de análise de indicadores	14	11,3
Falta de profissionais ou outros recursos na UBS	8	6,5
Falhas de registro em prontuário	4	3,2

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

A questão da violência urbana sobressai nos registros sobre o tema. Os supervisores destacavam a dificuldade da atuação do médico, principalmente na realização de visitas domiciliares, em razão da insegurança na área da UBS. Também foram apontados problemas por falta de profissionais ou recursos físicos nas unidades de saúde, indicadas, por exemplo, através de “condições estruturais inadequadas”, reforçando os achados das entrevistas.

Apesar da inserção em unidades com contextos tão difíceis, ressalta-se uma visão mais coletiva sobre a saúde – presente em quase 30% dos campos escritos sobre trabalho no território – através da realização de grupos, campanhas, ações a partir da análise de indicadores de saúde e atenção a fatores sociais, com impacto positivo sobre a equipe e a população: “Tem realizado visitas domiciliares e está atento aos riscos sociais durante a visita no território. Tem realizado grupos para tentar diminuir a demanda livre”.

Assim, verifica-se o cumprimento de componentes da integralidade das práticas, particularmente sobre a carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência, prestação de serviços em diversos cenários, planejamento das intervenções e valorização dos determinantes sociais.

O segundo tema mais frequente discutido pelos supervisores na seção “processo de trabalho” foi o acolhimento aos usuários e organização da agenda. As categorias observadas são enumeradas abaixo, na Tabela 22.

Tabela 22. Categorias do tema “acolhimento dos usuários e organização da agenda”, na seção de processo de trabalho, nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Categoria	n	%
Estratégias para acolhimento à demanda espontânea	32	28,1

Falta de profissionais e outros recursos na UBS	28	24,6
Integração com a equipe	23	20,2
Prejuízos da demanda espontânea sobre a programada	17	14,9
Sobrecarga de atendimento	15	13,2
Vulnerabilidade do território	10	8,8
Dificuldades com usuários e membros da equipe	7	6,1

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

Em dez relatórios se destaca a vulnerabilidade do território onde os médicos estão inseridos, que, como visto nas entrevistas e grupo focal, contribui para a forte pressão de atendimentos sem marcação prévia (demanda espontânea): “Pela alta vulnerabilidade, observa-se um excessivo número de demandas espontâneas, inclusive em espaços definidos para outras atividades, como grupos e reuniões”. Revela-se, também, uma tensão no balanço entre as necessidades da demanda espontânea e programada: “A médica está apresentando dificuldades para organização da agenda e equilíbrio entre a demanda espontânea e programada, sentindo-se sobrecarregada”.

A sobrecarga dos médicos é mencionada em 15 relatórios (13%), voltando a aparecer neste tema e com mais frequência relatos sobre as dificuldades causadas pela falta de profissionais (por motivo de férias ou ausência do quadro) e de condições da UBS: “Unidade, por ter poucas salas e em condições péssimas, não permite que as equipes funcionem normalmente”; “Médica com dificuldade de gestão da agenda, pois até a data da visita era a única médica para assistir a três equipes”.

Em acordo ao que foi encontrado nas entrevistas e grupo focal, estratégias para o acolhimento à demanda espontânea são apontadas, relatando adaptações no sentido de realizar agenda mínima, acesso avançado, acolhimento por equipe ou por escala entre as equipes da unidade e estabelecimento de fluxos de triagem. A integração com a equipe é um facilitador nestas estratégias de organização da agenda.

Assuntos mencionados pontualmente foram as dificuldades geradas a partir da relação com agentes comunitários e enfermeiros, presente em 5 relatórios, e problemas com usuários, em 2 relatórios, referindo preferência de atendimento da população por outro médico e agressão verbal com palavras racistas de um paciente a uma médica.

Neste tema, componentes da matriz de análise que podem ser verificados são a atenção à demanda espontânea e programada e a interdisciplinaridade.

Sobre o tema da reunião de equipe, a Tabela 23 revela as categorias traçadas.

Tabela 23. Categorias do tema “reunião de equipe”, na seção de processo de trabalho, nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Categoria	n	%
Organização dos atendimentos	34	37,4
Discussão de casos	27	29,7
Interação com outros profissionais	19	20,9
Ausência no turno da reunião de equipe	13	14,3
Análise de dados do prontuário eletrônico	6	6,6

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

O tema que predomina nos registros do *webportfólio* é a organização dos atendimentos, relatando que no espaço da reunião ocorrem marcação tanto de consultas quanto de visitas domiciliares, com levantamento junto à equipe de pacientes mais vulneráveis para agendamento, programação para inserção de dispositivo intrauterino e debate sobre formas de acolhimento à demanda espontânea.

Outro ponto notado pelos supervisores trata da discussão de casos na equipe e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Também entre as atividades relatadas está a análise de dados do prontuário eletrônico, relacionados ao contrato de gestão da OSS Viva Rio, para guiar a qualidade do acompanhamento da população adscrita.

Relata-se no *webportfólio*, frequentemente, a interação do médico supervisionado com a equipe e demais profissionais na unidade de saúde. Os supervisores apontam mais fortemente para a boa relação com a equipe, inclusive em anotações sobre médicos do PMM promovendo atividades de educação continuada entre os agentes comunitários. Contudo, a ausência do médico nos turnos de reunião de equipe, a fraca participação, a dificuldade de comunicação ou os conflitos com outros profissionais são motivos de relatos: “Médico refere que tem dificuldade para se posicionar na reunião de equipe. Não é ouvido por outros profissionais”; “Médica tem apresentado dificuldades de relacionamento com a enfermeira – prejudicando o espaço da reunião de equipe”.

O tema “reunião de equipe”, desse modo, apresenta resultados que fortalecem e complementam as outras fontes de pesquisa. Interdisciplinaridade, carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência, atenção à demanda espontânea e programada e planejamento das intervenções são componentes das dimensões da integralidade das práticas que puderam ser identificados.

Em relação à seção “atuação do médico”, no relatório mensal de supervisão prática, o

supervisor poderia atribuir uma nota de avaliação, de 0 a 10, para os itens: compreensão ampliada dos problemas de saúde e atuação com empatia e construção de vínculos; anamnese, exame físico e uso racional de recursos diagnósticos; assiduidade e pontualidade; e atividades comunitárias e inserção no processo de trabalho da equipe.

Entre os 632 relatórios, 267 (42,2%) não tiveram avaliação preenchida pelo supervisor. Naqueles que foram preenchidos, predominou uma avaliação muito positiva, entre 8 e 10. A Tabela 24 evidencia a relação de médias da classificação por itens nesta seção do relatório.

Tabela 24. Média de avaliação por item da seção “atuação do médico” nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Item	Média
Compreensão ampliada dos problemas de saúde e atuação com empatia e construção de vínculos	8,7
Anamnese, exame físico e uso racional de recursos diagnósticos	8,4
Assiduidade e pontualidade	9,3
Atividades comunitárias e inserção no processo de trabalho da equipe	8,6

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

Entre os 44 médicos, apenas três (que continham somente um relatório relacionado) não tiveram avaliação preenchida. Na Tabela 25 é mostrado o número de médicos que tiveram nota média por item de avaliação em faixas determinadas. Poucos médicos têm médias de avaliação abaixo de 7,0, ou mesmo abaixo de 8,0 – exceto pelo item de anamnese, exame físico e uso racional de recursos diagnósticos, em que há uma proporção um pouco mais expressiva, embora ainda minoritária frente às notas mais altas, de profissionais com nota média de até 8,0. Nenhum médico foi avaliado com nota zero.

Tabela 25. Média de avaliação por médico por item da seção “atuação do médico” nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Item	Média de avaliação	Nº médicos	%
Compreensão ampliada dos problemas de saúde e atuação com empatia e construção de vínculos	0,0 – 6,9	3	7,3
	7,0 – 7,9	2	4,8
	8,0 – 8,9	22	53,7
	9,0 – 10,0	14	34,2

	0,0 – 6,9	2	4,8
Anamnese, exame físico e uso racional de recursos diagnósticos	7,0 – 7,9	10	24,3
	8,0 – 8,9	17	41,4
	9,0 – 10,0	12	29,5
	0,0 – 6,9	1	2,4
Assiduidade e pontualidade	7,0 – 7,9	1	2,4
	8,0 – 8,9	9	22,0
	9,0 – 10,0	30	73,2
	0,0 – 6,9	3	7,3
Atividades comunitárias e inserção no processo de trabalho da equipe	7,0 – 7,9	2	4,8
	8,0 – 8,9	22	53,7
	9,0 – 10,0	14	34,2

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

A avaliação dos supervisores aponta para aspectos favoráveis nos seguintes componentes da matriz de análise: consideração da dinâmica do espaço territorial, centralidade do sujeito e sua autonomia, carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência, prestação de serviços em diversos cenários, interdisciplinaridade e utilização de protocolos assistenciais.

Na mesma seção de atuação do médico, o supervisor poderia escrever livremente sobre aspectos positivos e negativos. Houve uma notável diferença no preenchimento dos relatórios em relação a aspectos positivos (43% preenchidos) e quanto a aspectos negativos (38% preenchidos), com 34 relatórios a mais em pontos positivos. Dos 238 arquivos com campo preenchido em aspectos negativos, 52 diziam apenas que não foram observados fatos negativos, aumentando ainda mais a diferença em favor dos aspectos positivos da atuação dos médicos do PMM na AP 3.1, frequente, portanto, 1,5 vezes maior. Somente dois médicos não tiveram pontos positivos destacados nos relatórios, sendo que, nestes casos, foram registrados um único relatório para cada um destes profissionais no período da análise. Em contraposição, houveram seis médicos cujos relatórios não indicavam pontos negativos – três dos quais na mesma situação de registros únicos na planilha do *webportfólio*.

Analisando-se o conteúdo dos relatos dos supervisores, pode-se identificar 13 categorias de aspectos negativos relatados. A Tabela 26 apresenta esta listagem de categorias, acompanhada da frequência com que são mencionadas neste campo do relatório. Como cada relatório pode apresentar mais de uma categoria identificada, relativamente à frequência destas, vale destacar, assim, que a soma ultrapassa o total de relatórios.

Tabela 26. Frequência de menções a aspectos negativos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do

PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015*

Categoria	n	%
Dificuldade de adaptação ao idioma	63	33,9
Problemas de relacionamento interpessoal	50	26,9
Falta de habilidade em informática	33	17,7
Registro inadequado no prontuário	30	16,1
Falta de inserção no processo de trabalho em equipe	26	14,0
Necessidade de atualização clínica	24	12,9
Deficiência na realização de procedimentos	24	12,9
Problemas na organização da agenda	11	5,9
Problemas no acolhimento à demanda espontânea	8	4,3
Falta de assiduidade ou pontualidade	6	3,2
Sobrecarga de trabalho	6	3,2
Modelo de atendimento inapropriado	5	2,7
Prescrição inadequada	2	1,1

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

* Total de relatórios com aspectos negativos preenchidos: n = 186

Na Tabela 27, apresenta-se as duas categorias de pontos negativos mais identificadas em cada semestre do período analisado. A quantidade total, por semestre, de relatórios preenchidos com observações de aspectos negativos é indicada na última coluna.

Tabela 27. Categorias mais identificadas por semestre quanto a aspectos negativos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Semestre	1a. categoria	n	%	2a. categoria	n	%	Total de relatórios
Out 2013/ Mar 2014	Dificuldade de adaptação ao idioma	29	82,9	Falta de habilidade em informática	22	62,9	35
Abr 2014/ Set 2014	Problemas de relacionamento interpessoal	14	36,8	Dificuldade de adaptação ao idioma	13	34,2	38
Out 2014/ Mar 2015	Registro inadequado no prontuário	23	37,7	Deficiência na realização de procedimentos	15	24,6	61
Abr 2015/ Set 2015	Problemas de relacionamento interpessoal	22	42,3	Falta de inserção no processo de trabalho em equipe	12	23,1	52

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

Verifica-se que, com o tempo, vão ganhando destaque pontos negativos relacionados mais à prática médica na APS, como o registro no prontuário, a realização de procedimentos e a inserção no processo de trabalho, tomando o lugar da percepção inicial sobre as dificuldades de adaptação a uma nova realidade cultural, como os problemas com a linguagem e com informática. Ressalta-se que, no Rio de Janeiro, as UBS contam com prontuário eletrônico e sistemas informatizados para regulação de consultas e exames na atenção secundária, solicitação de ambulâncias, etc., requerendo conhecimento de uso do computador.

As questões de relacionamento interpessoal também são importantes e prejudicam o trabalho em equipe. Esta categoria compreende falhas referidas pelos supervisores que dizem respeito à interação com outros profissionais da unidade de saúde, com usuários e também a particularidades de temperamento pessoal. Os supervisores colocam como ponto negativo: “(...) muita veemência nas opiniões”; “(...) apatia, desinteresse, (...)”; “Por vezes a médica tem oscilações de humor, não tendo boa relação com outros colegas, por vezes até mesmo com os usuários”.

Contudo, os problemas de relacionamento que são registrados podem ser, em parte, expressão das adversidades enfrentadas: “No momento, o médico se encontra desmotivado diante de muitas dificuldades, pois acredita que está sem condições para realizar um trabalho de qualidade”.

Chama a atenção que, embora presente, a sobrecarga de trabalho como aspecto negativo é pouco apontada nos relatórios. Já o registro inadequado no prontuário é sinalizado como um problema recorrente, porém repetido com maior frequência em um número restrito de médicos (12 profissionais). Quanto à falta de inserção no processo de trabalho em equipe é um ponto relacionado à integração com os outros profissionais: “A médica parece não participar muito da reunião de equipe no sentido de tentar organizar o processo de trabalho da equipe”; “Dificuldade de compreender os processos de trabalho da Clínica da Família e de escutar outros profissionais, resistente às orientações do responsável técnico médico da unidade e da gerência”.

Em consonância com o que foi debatido no grupo focal, a atualização clínica é sentida como uma necessidade em alguns relatórios: “Dificuldade no manejo de condições ginecológicas”; “Converso com responsável técnico, que nega falhas técnicas graves, porém se queixa do grande número de encaminhamentos e pedidos de exame. Alerto o médico sobre boa prática clínica”; “A médica tem dificuldade em se adequar aos protocolos brasileiros. Atendeu paciente que diagnosticou como pneumonia e tratou com cefalexina 500mg 12/12h.

A paciente evoluiu para óbito depois de ser atendida em outros serviços”.

Também de modo semelhante ao grupo focal, os supervisores referem resistência ou falta de capacitação para realização de alguns procedimentos, como suturas e, principalmente, inserção de dispositivo intrauterino: “Necessita de capacitação para realização de procedimentos na atenção básica, como inserção de dispositivo intrauterino e suturas. Profissional relata saber realizar estes procedimentos, porém tem pouca prática”.

Os problemas de organização da agenda se associam com o acolhimento à demanda espontânea em grande parte das vezes: “Não tem realizado grupos de promoção da saúde devido à superlotação da agenda”; “Por ser uma área com muita demanda espontânea, a equipe ainda está em adaptação da agenda”.

Questões relacionadas à assiduidade, pontualidade e prescrição inadequada são pontuais e não mostram, pelos relatos, importância significativa. Também foram muito poucas as observações sobre modelo de atendimento, mas a descrição em uma delas chama a atenção: “Acompanhei alguns atendimentos com a médica e fiquei bastante preocupada. Sua escuta parece ser superficial e negligenciar alguns relatos do paciente. Não realiza abordagem integral da saúde, tendo uma atitude mais queixa-conduta. Parece medicalizar bastante as queixas, talvez até desnecessariamente”.

Nos registros de pontos negativos, assim, percebem-se os componentes da matriz de análise: interdisciplinaridade, utilização de protocolos assistenciais, carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência, atenção à demanda espontânea e programada e, de modo menos frequente, a centralidade do sujeito e sua autonomia.

Contudo, como já dito, sobressaem-se as avaliações positivas dos supervisores. Na análise do conteúdo preenchido sobre aspectos positivos, as categorias identificadas pela leitura são exibidas na Tabela 28, juntamente com sua distribuição de frequência.

Tabela 28. Frequência de menções a aspectos positivos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015*

Categoria	n	%
Bom relacionamento interpessoal	151	55,5
Competência e capacidade técnica	101	37,1
Cooperação e disposição	71	26,1
Disciplina e comprometimento	68	25,0
Organização para o trabalho	42	15,4
Capacidade de aprendizagem	31	11,4

Experiência profissional	18	6,6
Boa adaptação ao idioma	13	4,8

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

* Total de relatórios com aspectos positivos preenchidos: n = 272

A Tabela 29 traz a identificação das duas categorias mais encontradas por semestre, ressaltando-se que o total corresponde à quantidade relatórios preenchidos no campo em questão.

Tabela 29. Categorias mais identificadas por semestre quanto a aspectos positivos da atuação do médico nos relatórios de supervisão prática do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, outubro de 2013 a setembro de 2015

Semestre	1a. categoria	n	%	2a. categoria	n	%	Total de relatórios
Out 2013/ Mar 2014	Bom relacionamento interpessoal	20	45,5	Competência e capacidade técnica	20	45,5	44
Abr 2014/ Set 2014	Bom relacionamento interpessoal	35	55,6	Competência e capacidade técnica/ Cooperação e disposição	23	36,5	63
Out 2014/ Mar 2015	Bom relacionamento interpessoal	43	54,4	Competência e capacidade técnica	26	32,9	79
Abr 2015/ Set 2015	Bom relacionamento interpessoal	53	61,6	Competência e capacidade técnica	32	37,2	86

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2015d (*webportfólio*)

Diferente do observado quanto a aspectos negativos, os supervisores tendem a documentar os mesmos aspectos positivos ao longo de todo o período da análise, inclusive com frequência semelhante, realçando, em primeiro lugar, o bom relacionamento interpessoal e, em segundo, a competência e capacidade técnica.

Novamente, no relacionamento interpessoal, desta vez de forma positiva, em acordo com as impressões do grupo focal e das entrevistas, foram elencadas características da relação com os profissionais e usuários da Atenção Básica e da personalidade do médico participante: “Participativo, opinativo, interessado, desenvolveu um vínculo de confiança com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e com o médico supervisor”; “Segura, articulada, atenciosa (...)”; “Ótima relação com o paciente, com escuta qualificada e facilidade de comunicação”.

Nota-se que a impressão negativa sobre as habilidades de relacionamento interpessoal do médico é superada em uma frequência três vezes maior de relatórios que as consideram como aspecto positivo.

A competência e a capacidade técnica representam a segunda categoria mais identificada nos relatórios como ponto positivo. Exalta-se a boa prática clínica, o uso adequado de diretrizes de tratamento e a análise de indicadores de performance, monitorando a qualidade do trabalho: “Prima pela qualidade. É muito preocupada com o seguimento dos pacientes, com atuar de acordo com os protocolos (...)”; “Médica possui um ótimo entendimento dos indicadores de saúde e as ações necessárias para modificá-los”.

A cooperação e a disposição dos médicos cubanos na AP 3.1 também são muito valorizadas nos relatórios: “Cooperação e disposição (apesar de estar em uma comunidade de alto risco social, com violência marcante)”; “Atende as demandas dos usuários e as necessidades de atendimento da unidade com bastante disposição e disponibilidade”; “Tem uma postura crítica de que no sistema de saúde brasileiro ainda não é possível a prática da Medicina de Família e Comunidade como deve, mas começa a compreender as possibilidades e limitações do que podemos fazer e mostra-se bem disposta a tal”.

Outro aspecto bastante notado pelos supervisores é a disciplina e comprometimento, com cumprimento do horário de trabalho e demonstração de preocupação com os usuários do território. A organização para o trabalho também aparece como ponto positivo nos relatórios, na busca pela melhora da atuação na APS: “Trabalhando com planejamento de ações junto à equipe”; “Consegue organizar o processo de trabalho de sua equipe”; “Organização. Desejo que as coisas funcionem bem e avancem”; “Gosta de tudo muito organizado”.

Menciona-se, ainda, a capacidade e disposição para o aprendizado que os médicos possuem: “Interesse pela prática e disposição em aprender”; “Disponibilidade para o aprendizado e para adaptar-se a novos protocolos clínicos”; “Interesse acadêmico, sentimento de crescimento profissional (...)”.

A experiência profissional, curiosamente, apesar do perfil dos médicos participantes, foi sinalizada pelos supervisores, porém sem tanta frequência. Também surpreende a observação dos supervisores sobre o bom domínio da língua portuguesa em uma parcela dos relatórios, contrastando com os registros de aspectos negativos, em que a adaptação ao idioma se torna o principal problema.

É possível identificar nos pontos positivos, dentre os componentes da matriz de análise: interdisciplinaridade, centralidade do sujeito e sua autonomia, utilização de protocolos assistenciais, planejamento das intervenções e atenção à demanda espontânea e

programada.

Na última seção do relatório de supervisão prática, “supervisão locorregional”, o supervisor teria a possibilidade de avaliar a participação do médico durante o encontro como insuficiente, regular, suficiente ou excelente em determinados quesitos sobre as temáticas abordadas. Para esta pesquisa, importa entender o item que trata do conhecimento técnico e vivência prática.

Foram preenchidos neste item 167 relatórios. A grande maioria foi avaliada como suficiente (61,1%, n = 102) ou excelente (28,1%, n = 47). Três registros (1,8%) classificaram a participação do médico no item como insuficiente e 15 (9,0%) como regular. Estes resultados sugerem favorecimento das práticas no PMM quanto ao uso de protocolos assistenciais. Como não foi possível distinguir as temáticas tratadas nos encontros de supervisão locorregional, a apuração dos demais componentes da matriz de análise ficou comprometida.

No campo de observação, em seguida à avaliação, com redação livre, os relatos versavam quase todos sobre a forma de participação do médico no encontro. Vale destacar uma das observações, que mostra os desafios que os médicos cubanos se depararam no território da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro: “Neste encontro, os médicos trouxeram várias questões. A dificuldade de adaptação ao país e a uma cultura diferente; a forma de se relacionar às vezes agressiva, tanto dos pacientes quanto da equipe de trabalho; a relação conflituosa com os médicos brasileiros, que não compreendem ou discordam do PMM; a violência do território e necessidade de fazer uso do acesso seguro; os problemas em relação ao sistema de regulação de vagas e a falta de contrarreferências. Para todos esses pontos, foram discutidas possibilidades de enfrentamento”.

5. POSSIBILIDADES, AVANÇOS E DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DO PMM

A proposta do Programa Mais Médicos suscitou, em seu momento inicial de implantação, questionamentos quanto ao seu potencial para fortalecer uma concepção abrangente de APS e de ofertar atenção à saúde de qualidade à população brasileira (Dal Poz, 2013; Campos, 2013). Nesse sentido, justifica-se um conjunto de pesquisas que pudessem avaliar os efeitos desta política. O preenchimento de quase metade das 39.308 EqSF existentes em 2015 por médicos do PMM (Prado Junior, 2015) levantou preocupações também no sentido das práticas destes profissionais, a partir do que é preconizado pela ESF.

Não obstante, em relação à integralidade, os estudos realizados têm indicado boas práticas. Houve aumento da oferta de ações e serviços de saúde e os médicos do PMM tem demonstrado uma visão holística, valorização de aspectos pessoais dos pacientes, maior vínculo e proximidade na relação com os usuários, bem como de respeito e interação com a equipe de saúde (Comes et al, 2016; Pereira, Silva e Santos, 2015; Gonçalves et al, 2014; Bertão, 2015).

Comes et al (2016) observaram traços de integralidade em variadas categorias a partir de entrevistas com profissionais das equipes que receberam o PMM em municípios vulneráveis das cinco regiões do país. Verificaram aumento do acesso com acolhimento humanizado, estabelecimento de vínculo e respeito com a comunidade e os profissionais da ESF, o resgate da clínica com escuta atenta e exame físico minucioso, a disponibilidade para com a demanda espontânea e necessidades de saúde, a continuidade da atenção e a garantia de visitas domiciliares.

Estudos de casos, conduzidos pela OMS/OPAS (2015, 2016), em municípios brasileiros tem sugerido vantagens do PMM em prol do modelo da ESF. Girardi et al (2016b), por sua vez, sinalizam para um escopo de práticas dos médicos do PMM reduzido em relação a suas capacidades por limitações, sobretudo, de condições físicas das UBS.

Os resultados obtidos neste estudo sobre a AP 3.1 do município do Rio de Janeiro se somam a essas evidências. Os médicos tiveram uma inserção expressiva no cenário da pesquisa, enfrentando uma realidade bastante desafiadora para a integralidade das práticas, em uma área populosa, marcada por desigualdades sociais, fortes demandas e necessidades em saúde e dramática exposição à violência urbana. Os resultados identificam a presença, em

diferentes graus, de todos os atributos da integralidade das práticas operacionalizados na corrente pesquisa, tanto na dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária quanto do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

A Tabela 30 apresenta uma síntese e classificação das dimensões da integralidade, avaliadas com base nas diversas fontes de evidência.

Tabela 30. Categorias e indicadores de análise segundo as considerações expressas pelas fontes de pesquisa
Dimensão: abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária

Categorias de análise	Entrevistas	Grupo focal	OSS Viva Rio	Webportfólio
Reconhecimento dos equipamentos sociais e culturais relevantes no território	+++	n/d	n/d	n/d
Conhecimento da distribuição das condições de saúde	+++	n/d	n/d	+++
Identificação da área geográfica adscrita	+++	n/d	n/d	n/d
Intervenção sobre os riscos sociais, ambientais e sanitários do território	+++	n/d	n/d	+++
Conhecimento e uso da abordagem centrada na pessoa	++	++	n/d	n/d
Promoção da motivação e capacidade de autocuidado	+++	n/d	n/d	n/d
Identificação de suporte familiar e social aos indivíduos	+++	n/d	n/d	n/d
Respeito e orientação sobre direitos de cidadania	+++	n/d	n/d	n/d
Articulação com serviços de outros setores	++	++	n/d	n/d
Acompanhamento de todos os integrantes do Programa Bolsa Família	+++	n/d	n/d	n/d
Atuação diferenciada a casos de vulnerabilidade social	+++	++	n/d	n/d
Indicação ou esclarecimento sobre oportunidades e meios de emprego, renda, educação ou suporte social	++	n/d	n/d	n/d
Identificação de riscos e vulnerabilidades relacionados ao trabalho e à violência	+++	n/d	n/d	n/d

Diagnóstico comunitário com lideranças locais	++	n/d	n/d	n/d
Realização de prestação de contas (" <i>accountability</i> ") à comunidade	++	n/d	n/d	n/d
Participação em conselhos locais de saúde	+	n/d	n/d	n/d
Formação de parcerias na comunidade	+++	+++	n/d	n/d
Dimensão: elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde				
Categorias e indicadores de análise	Entrevistas	Grupo focal	OSS Viva Rio	Webportfólio
Aconselhamento sobre alimentação saudável, cessação do tabagismo e redução de danos em dependentes de álcool e drogas	++	n/d	n/d	n/d
Realização de procedimentos invasivos de pequeno porte	++	++	++	++
Participação em grupos de usuários	+++	+++	n/d	+++
Consultas de planejamento familiar	n/d	n/d	+	n/d
Colpocitologia registrada em mulheres de 25 a 64 anos	n/d	++	++	n/d
Consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas	+++	n/d	+++	+++
Consultas realizadas pelo médico da equipe cadastrada	n/d	n/d	+++	n/d
Definição de vagas para marcação de consultas no dia	+++	+++	n/d	+++
Atendimento inicial a casos de urgência	+++	n/d	n/d	n/d
Acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, tuberculosos e usuários com transtornos mentais	+++	++	++	n/d
Atividades coletivas fora da UBS	+++	n/d	n/d	+++
Visitas e/ou atendimentos domiciliares para usuários acamados	++	n/d	n/d	++
Troca de informações com profissionais da atenção secundária e terciária	+	+	n/d	n/d

Acompanhamento dos casos encaminhados a outros serviços	+++	+++	n/d	n/d
Realização de reuniões periódicas de equipe, com discussão de casos e formulação de plano de cuidado compartilhado	+++	n/d	n/d	+++
Relação com enfermagem, ACS e NASF	+++	+++	n/d	++
Análise em equipe de indicadores de saúde da população e desenvolvimento de atividades planejadas	+++	+++	n/d	+++
Conhecimento das linhas de cuidado definidas para a rede municipal e uso de diretrizes nacionais e internacionais	+++	++	n/d	+++

Elaboração própria

+++ presença integral da categoria; ++ presença parcial da categoria; + insuficiência da categoria.

Nas entrevistas, quase todas as categorias de análise foram abordadas (com exceção das consultas de planejamento familiar, colpocitologia registrada em mulheres de 25 a 64 anos e consultas realizadas pelo médico da equipe cadastrada). Predomina uma classificação bastante positiva em ambas as dimensões, com presença integral na maior parte das categorias, averiguada a partir de diferentes fontes de evidências.

Na primeira dimensão, da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, foi identificada, pelas entrevistas, presença parcial nas categorias: conhecimento e uso da abordagem centrada na pessoa, articulação com serviços de outros setores, diagnóstico comunitário com lideranças locais e realização de prestação de contas à comunidade. A participação em conselhos locais de saúde foi considerada uma categoria insuficiente.

Na dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, houve, entre os médicos entrevistados, presença parcial das seguintes categorias: aconselhamento sobre alimentação saudável, cessação do tabagismo e redução de danos em dependentes de álcool e drogas (sobretudo por conta do último aspecto); realização de procedimentos invasivos de pequeno porte; e visitas e/ou atendimentos domiciliares para usuários acamados (por limitações relacionadas à sobrecarga de atendimentos e/ou violência). A troca de informações com profissionais da atenção secundária e terciária foi classificada com insuficiência na categoria.

No grupo focal, a avaliação das supervisoras é mais crítica. Das quatro categorias analisadas sobre a abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, em apenas uma (formação de parcerias na comunidade) foi verificada presença integral, as outras três obtendo presença parcial. Quanto ao elenco ampliado e integrado de ações de promoção,

prevenção e assistência à saúde, entre as dez categorias de análise abordadas, quatro (realização de procedimentos invasivos de pequeno porte; colpocitologia registrada em mulheres de 25 a 64 anos; acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, tuberculosos e usuários com transtornos mentais; e conhecimento das linhas de cuidado definidas para a rede municipal e uso de diretrizes nacionais e internacionais) foram classificadas com presença parcial e uma (troca de informações com profissionais da atenção secundária e terciária) com insuficiência da categoria.

Mais uma vez, a dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência obteve maior predominância de categorias com presença integral do que a abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária.

Os indicadores extraídos da OSS Viva Rio só foram mensurados na dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Nos dois indicadores relacionados ao atendimento à demanda espontânea (consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas e consultas realizadas pelo médico da equipe cadastrada) houve presença integral da categoria, enquanto na realização de procedimentos invasivos de pequeno porte (representada pela implantação de dispositivo intrauterino), colpocitologia registrada em mulheres de 25 a 64 anos e acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, tuberculosos e usuários com transtornos mentais foi encontrada presença parcial. Consultas de planejamento familiar foi uma categoria marcada como insuficiente.

Ou seja, diferentemente das outras fontes, na análise de indicadores ligados ao elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, a maioria das categorias obteve presença parcial ou insuficiência.

No *webportfólio*, apenas duas categorias (conhecimento da distribuição das condições de saúde e intervenção sobre os riscos sociais, ambientais e sanitários do território) constaram da dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, ambas com classificação positiva. Já no elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, foram observadas nove categorias. Destas, seis tiveram classificação mais positiva e somente três (realização de procedimentos invasivos de pequeno porte; visitas e/ou atendimentos domiciliares para usuários acamados; e relação com enfermagem, ACS e NASF) foram classificadas com presença parcial, não havendo insuficiência em nenhuma categoria.

Em suma, os resultados do estudo sugerem que a dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência apresentou-se de forma um pouco

mais potente que a dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, embora potencialidades e fragilidades possam ser enxergadas mais qualitativamente nos dois lados. Um olhar sobre os componentes de cada dimensão é apresentado no Quadro 5.

Quadro 5. Potencialidades e fragilidades dos componentes das dimensões da integralidade das práticas dos médicos PMM, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, 2016

Dimensão: abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária		
Componentes	Potencialidades	Fragilidades
Consideração da dinâmica do espaço territorial	Bom conhecimento da dinâmica social e cultural, além dos riscos epidemiológicos e sociais Intervenções no território em conjunto com a EqSF e outros parceiros da comunidade para educação em saúde	Identificação de riscos da área adscrita poderia contar com mapeamento mais preciso
Centralidade no sujeito e sua autonomia	Posturas e técnicas diversas para abordagem centrada na pessoa Promoção da motivação para autocuidado por meio de longitudinalidade e orientações Busca de apoio familiar e social aos indivíduos Respeito e orientação sobre direitos de saúde	Contradições na negociação da conduta com os usuários Falta de estruturação da abordagem centrada na pessoa
Integração com outros setores	Atuação facilitada por alguns dispositivos (Programa Saúde na Escola e CRAS) voltados para a integração setorial	Limites pela política intersetorial frágil no município
Valorização dos determinantes sociais	Participação no acompanhamento de usuários do Programa Bolsa Família Indicação de suporte social Identificação de vulnerabilidades associadas ao trabalho e à violência Atuação diferenciada em casos de vulnerabilidade social, em conjunto com a EqSF	Críticas do grupo focal sobre dificuldades na identificação e abordagem de casos vulneráveis (violência doméstica)
Participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde	Destaque para formação de parcerias na comunidade	Falta maior envolvimento das lideranças locais na

	Diagnóstico comunitário considera alguma expressão de lideranças locais Prestação de contas realizada anualmente à gestão com convite para a comunidade	construção do diagnóstico comunitário Pouca participação comunitária nas reuniões de <i>accountability</i> Baixa participação em conselhos locais de saúde (colegiado gestor da UBS)
Dimensão: elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde		
Componentes	Potencialidades	Fragilidades
Carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência em saúde	Destaque para participação em grupos de usuários Aconselhamento sobre alimentação saudável e cessação de tabagismo Realização de procedimentos invasivos de pequeno porte por parte dos médicos Registro de colpocitologia realizado parcialmente pelas EqSF com PMM	Dificuldades no aconselhamento sobre redução de danos em dependentes de álcool e drogas Limites da UBS, da violência, da capacitação e da pouca procura para realização de procedimentos invasivos Médias de consultas de planejamento familiar são as menores na AP 3.1 Percentagens de colpocitologia registrada muito abaixo da meta estabelecida pelo município
Atenção à demanda espontânea e programada	Atendimento de situações agudas nas UBS, com destaque para agendamento por meio do acesso avançado Acompanhamento de condições de saúde selecionadas, com cuidado e preocupação com o controle da população	Excesso de demanda espontânea em relação ao total de consultas Dificuldades pontuadas no acompanhamento de usuários com transtornos mentais Parcelas importantes da população cadastrada sem acompanhamento adequado nos indicadores de saúde
Prestação de serviços em diversos cenários	Realização de atividades coletivas fora da UBS e visitas domiciliares regulares	Limites na realização de visitas domiciliares pela violência e pela sobrecarga de agenda
Integração com outros serviços de saúde	Preocupação em acompanhar casos encaminhados a outros serviços	Limites da organização da rede do sistema municipal de

	Troca de informações com especialistas em UBS mistas	saúde, sem comunicação com atenção secundária
Interdisciplinaridade	Destaque para relação com enfermagem, ACS e NASF Participação regular em reuniões de equipe, com discussão de casos	Relatos de conflitos em pequena parte dos relatórios de supervisão no <i>webportfólio</i>
Planejamento das intervenções	Análise de indicadores de saúde fornecidos mensalmente pelo sistema do prontuário eletrônico, com planejamento de atividades junto à EqSF	Sem fragilidades apontadas
Utilização de protocolos assistenciais	Conhecimento das Guias de Referência Rápida elaboradas pelo município Uso de protocolos e diretrizes municipais e nacionais, com menos relevância dos internacionais	Críticas do grupo focal sobre divergência no seguimento adequado de diretrizes clínicas

Elaboração própria

O Quadro 5 mostra que tanto a dimensão da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária, quanto a do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde apresenta presença integral ou parcial em todos os seus componentes. As fragilidades apontadas, contudo, indicam maiores limitações relacionadas a fatores externos à atuação dos médicos (por exemplo, a violência e a política municipal) nos componentes do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde que da abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária.

As potencialidades e fragilidades dos componentes, que podem ser traduzidas por possibilidades, avanços e desafios para a integralidade das práticas no PMM, serão melhor debatidos a seguir, projetando-se luz sobre aspectos de discussão em cada dimensão.

5.1 – ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL DO CUIDADO, COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Nesta dimensão, todos os componentes da matriz de análise puderam ser observados na prática dos profissionais do PMM, ainda que seja possível apontar características mais frágeis em determinados aspectos. Na consideração da dinâmica do espaço territorial, os resultados mostram que os médicos foram capazes de reconhecer os equipamentos sociais e culturais relevantes do território, conheciam o perfil demográfico e epidemiológico da área adscrita da

EqSF, conseguiam identificar os riscos e vulnerabilidades no território onde atuavam, e promoviam ações de intervenção sobre os mesmos.

A forte integração territorial e inserção comunitária condiz com os achados de outros estudos sobre as práticas no PMM (Comes et al, 2016; Pereira, Silva e Santos, 2015; Bertão, 2015). A formação cubana, direcionada para a prestação de serviços voltados à comunidade (Dresang et al, 2005; Keck e Reed, 2012), pode ser um elemento facilitador neste aspecto.

Tal forma de atuação reforça a integralidade das práticas, uma vez que valoriza aspectos sociais e a orientação comunitária do cuidado (Cecílio, 2009; Almeida, Giovanella e Nunan, 2011). Além disso, denota um olhar sobre o coletivo e não apenas ao paciente individualmente, destacando a importância do contexto (Silva Junior et al, 2010). Desta maneira, os médicos incorporam prevenção e promoção à prática clínica (Mattos, 2004).

A atenção às vulnerabilidades e riscos da população se vincula a noções de acolhimento (Silva Junior e Mascarenhas, 2004) e permite o diagnóstico e tratamento de muitas doenças que estão inseridas neste contexto, como a tuberculose e a sífilis.

Cabe apontar que a utilização de atividades de territorialização mais precisas sobre os problemas de saúde, com georreferenciamento, poderia potencializar a abordagem sobre o território (Borges e Taveira, 2012). Gondim et al (2008) refletem que a atuação sobre os ambientes de reprodução social dos processos de saúde-adoecimento nas áreas de abrangência das EqSF é pouco tratada, imprecisa em sua delimitação e insuficientemente explorada nas possibilidades de vigilância e planejamento estratégico situacional.

Em relação à centralidade no sujeito e sua autonomia, a pesquisa revelou que os médicos fazem uso da abordagem centrada na pessoa em todos os passos, porém, segundo o grupo focal, falta estruturação do método. Ainda sobre a abordagem centrada na pessoa, a pactuação da conduta é um ponto que contém falas contraditórias entre modelos mais prescritivos e participativos na amostra. Os profissionais do PMM indicam promover a motivação e autocuidado baseados na educação em saúde, identificar suporte familiar e social, além de respeitar e orientar sobre direitos de cidadania nas consultas.

Outros trabalhos identificam também a presença de elementos da centralidade no sujeito e sua autonomia entre os médicos do PMM (Comes et al, 2016; Bertão, 2015; OMS/OPAS, 2015, 2016). A centralidade da pessoa/sujeito é uma das principais contraposições ao modelo biomédico, em que a medicina mais integral se coloca, incorporando aspectos subjetivos e contextuais, sobretudo da família e comunidade (Mattos, 2009). Neste sentido, sublinha-se também a importância, para a integralidade das práticas, da autonomia do indivíduo, visto como portador de direitos (Cecílio, 2009; Camargo Junior,

2010; Brasil, 2004).

Pôde-se notar, no conjunto das entrevistas, que os seis passos da abordagem centrada na pessoa - abordar: aspectos subjetivos e objetivos do problema, contexto próximo e distante da pessoa, pactuação de conduta, integração da promoção de saúde e prevenção de doenças à consulta, reforço à relação médico-pessoa e ser realista (Lopes, 2012) - estiveram presentes. A impressão das supervisoras de baixa sistematização desta técnica pode estar associada a avaliações individuais sobre cada médico, em que a deficiência em cada um desses passos possa ser heterogênea. É possível notar, ainda, um determinado corporativismo sobre a Medicina de Família e Comunidade brasileira nas falas das supervisoras, tendendo a rejeitar práticas de médicos da Atenção Básica advindos de outras experiências.

A forma que os médicos referem adotar para incluir a pessoa no centro dos cuidados expressa uma noção de acolhimento (Silva Junior e Mascarenhas, 2004). A valorização da escuta, bastante mencionada, é um aspecto relevante neste caminho (Silva Junior e Mascarenhas, 2004; Ayres, 2004).

O vínculo-responsabilização também pôde ser percebido em seu caráter de afetividade, continuidade e relação terapêutica (Silva Junior e Mascarenhas, 2004). Ética, missão, preocupação com o cuidado, cooperação e disposição, constantes nos relatos de médicos e supervisores, são aspectos do vínculo e da responsabilização. O estabelecimento de relações estáveis e de confiança com o paciente, o interesse por elementos pessoais e do contexto dos usuários e a importância da adesão, que muitos médicos expressaram nas entrevistas, são compatíveis ainda a este conceito (Silva Junior e Mascarenhas, 2004).

A autonomia dos usuários em decisões sobre a conduta foi um dos passos controversos na análise da abordagem centrada na pessoa. As contradições nas falas dos médicos, reforçadas pela visão obtida no grupo focal, revelam uma variação entre uma posição onde o médico toma as decisões visando o bem do paciente e outra que pressupõe uma discussão aberta sobre o que ambos consideram melhor.

Campos (1994, *apud* Silva Junior e Mascarenhas, 2004) define que o vínculo profissional-usuário exige "a assunção do paciente à condição de sujeito que fala, deseja e julga" (p.246). Indo mais adiante, Kolling (2013) aponta que negociar medidas apropriadas de conduta tem sido uma tarefa negligenciada na prática clínica, não bastando a compreensão ampliada do contexto que cerca o processo saúde-adoecimento. O autor explica que "ser centrado na pessoa pressupõe uma transferência, em algum grau, do poder, classicamente restrito ao médico, para o paciente, no que tange à condução da consulta, à análise da situação e ao processo de tomada de decisão a respeito do manejo" (p.73). O movimento de consenso

com o usuário também é previsto na Medicina Baseada em Evidências, que expressa que a tomada de decisões deve combinar a melhor evidência disponível à situação clínica e aos valores, expectativas e desejos da pessoa (Mayer, 2010).

Destaca-se as potencialidades da educação continuada e permanente para o aperfeiçoamento profissional neste campo. Médicos e supervisoras do grupo focal mencionaram o curso ofertado pela UNA-SUS para melhor compreensão sobre a abordagem centrada na pessoa. Reconhecendo o caráter educativo do próprio trabalho, onde se torna espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos por meio dos quais são possíveis transformações na perspectiva da integralidade (Peduzzi et al, 2009), o curso de especialização e a supervisão se mostram ferramentas potentes disparadoras desse processo, ao buscarem aproximar elementos teóricos da prática concreta na APS.

No componente da articulação com serviços de outros setores, os resultados indicam que a integração é limitada pela fragilidade da política intersetorial municipal. Nota-se uma baixa aplicação das propostas dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, que devem buscar uma articulação horizontal dos vários setores de políticas públicas nos territórios (Giovanella e Mendonça, 2012). Médicos e também as supervisoras denotam que faltam incentivos e diretrizes para colaboração de órgãos públicos na solução de problemas da comunidade. Giovanella et al (2009) revelam que faltam políticas intersetoriais na gestão e que ações do executivo municipal, quando ocorrem, fortalecem as atividades comunitárias das EqSF nos territórios.

Quanto à valorização dos determinantes sociais, nesta pesquisa, verifica-se que os médicos do PMM acompanham os integrantes do Programa Bolsa Família, atuam de modo diferenciado em casos de vulnerabilidade social (embora no grupo focal se sinalize para uma capacidade reduzida de diferenciação dos casos vulneráveis na identificação e abordagem), indicam oportunidades e meios de suporte social, e identificam riscos e vulnerabilidades relacionados ao trabalho e violência.

A OMS/OPAS (2015, 2016), Bertão (2015) e Pereira, Silva e Santos (2015) também apontam que os profissionais do PMM levam em conta os determinantes sociais em sua prática. Este aspecto se relaciona com a integralidade das práticas na medida em que demonstra capacidade de atuação ampliada para além dos cuidados clínicos (Campos, 2003) e sugere uma atenção com foco sobre as fontes da reprodução social das doenças (Gondim et al, 2008).

Sobre a violência, além de afetar diretamente a saúde da população, percebe-se que os confrontos armados frequentes trazem barreiras de acesso aos serviços, determinam limites

para o estabelecimento de parcerias na comunidade, dificultam a promoção de saúde e a realização de visitas domiciliares no território. Achados semelhantes foram encontrados por OMS/OPAS (2016), em estudo de caso sobre o PMM no município do Rio de Janeiro. O referido estudo identificou estratégias de segurança do profissional em áreas violentas para o enfrentamento da questão e possibilidade de manter os serviços, baseadas em propostas do Comitê Internacional da Cruz Vermelha, a partir de suas experiências de assistência em locais de conflito armado.

Conforme Minayo (2004), a introdução da violência na agenda do setor saúde é tardia e tem sido lenta, destacando-se o domínio de uma mentalidade biomédica, que estranha a entrada deste tema ao seu universo conceitual. A violência no Rio de Janeiro tem ganhado grande visibilidade e expressão nacional. Conforme Cano et al (2004), o risco de violência letal nas favelas cariocas - locais de atuação principal dos médicos do PMM na AP 3.1 - é sete vezes superior ao de bairros nobres. Portanto, ressalta-se a fixação dos médicos nestes territórios e o esforço de se adaptar e propor soluções para dificuldades mais urgentes da população assistida.

Finalmente, no componente da participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde, observa-se uma capacidade para identificar lideranças e estabelecer importantes parceiras na comunidade. O diagnóstico comunitário é feito com base principalmente em dados estatísticos e estudos de prontuário, mas com pouca participação das lideranças comunitárias. As EqSF com PMM na AP 3.1 realizam reuniões de *accountability*, porém com pouca abertura a intervenções da comunidade. Quase não há participação em conselhos locais de saúde pelos médicos do PMM e, quando ocorre, é voltada para orientações.

Santos-Briones, Garrido-Solano e Chávez-Chan (2004) atentam que, em Cuba, embora haja franco envolvimento de moradores e representações comunitárias na implementação de ações de saúde, já o diagnóstico comunitário, uma das diretrizes de trabalho das equipes de médicos e enfermeiras de família, não conta com efetiva participação da comunidade no levantamento de problemas e formulação de propostas. Frisa-se este aspecto, pois incorre em sentido oposto à integralidade, enquanto um limite para interações democráticas e ao dialogismo (Pinheiro e Silva Junior, 2011).

A instituição dos seminários anuais de *accountability* pela gestão municipal, por um lado, representa um avanço no sentido de estimular o diagnóstico territorial e o planejamento de ações, mas por outro, carece de horizontalidade entre os atores, negligenciando, principalmente, o papel dos usuários. Neste ponto, cabem as críticas de Silva Junior et al

(2015) ao "gerencialismo" na saúde, afetando as práticas e imprimindo lógicas empresariais de desempenho em detrimento de ações que aumentem a capacidade de escuta e diálogo das equipes de saúde.

A fragilidade na participação social na discussão de problemas dificulta a integração com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), a inclusão dos interessados no processo avaliativo, a ampliação do aproveitamento dos resultados, a democratização da tomada de decisões e o empoderamento de grupos excluídos (Pinheiro e Silva Junior, 2011).

No Brasil, ainda persistem desafios importantes para a consolidação de uma participação social mais efetiva. Escorel e Moreira (2012) ressaltam que é necessário aumentar a democratização dos conselhos e conferências de saúde, promover a qualidade da representação e expandir os impactos das instâncias de controle social em saúde nas decisões políticas. Na realidade dos serviços de saúde, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensarem e construir a saúde (Soratto, Witt e Faria, 2010). Assim, compreende-se que os espaços de participação social não sejam privilegiados na atuação médica na ESF em geral, incluindo, neste âmbito, o PMM.

5.2 – ELENCO AMPLIADO E INTEGRADO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Esta dimensão foi mais plenamente alcançada pelos médicos do PMM nas categorias investigadas, embora com algumas divergências entre as fontes. No componente da carteira ampla de serviços de promoção, prevenção e assistência, há destaque para a participação em grupos de usuários. Os médicos também relatam realizar aconselhamento sobre alimentação saudável e cessação do tabagismo, no entanto foram sinalizadas dificuldades para abordar a redução de danos em usuários de álcool e drogas. Foram atribuídos limites para a realização de procedimentos invasivos de pequeno porte numa parcela dos médicos do PMM na AP 3.1, devido à estrutura inadequada de determinadas UBS, à violência, à baixa procura por este serviço e também à falta de capacitação em alguns casos.

No mesmo componente, verificou-se que a média de consultas de planejamento familiar manteve a grande maior parte das mulheres sem registro de acesso a tal serviço, situando-se no patamar mais baixo das EqSF da AP 3.1. As percentagens de colpocitologia registrada, embora acompanhando os valores da AP 3.1, esteve, ainda, muito abaixo da meta

estabelecida pelo município.

Girardi et al (2016b), investigando uma lista ampla de serviços para práticas integrais na APS realizados pelos médicos do PMM, demonstram que algumas deficiências encontradas coincidem com os achados da corrente pesquisa. Também são mencionadas a falta de capacitação, a pouca procura dos usuários e, mais destacadamente, a inadequação da estrutura das UBS para a realização de serviços (Girardi et al, 2016b). Giovanella et al (2016), em contrapartida, verificaram que a inserção dos médicos do PMM se concentra em UBS com melhor qualidade de sua estrutura, convergindo ações para consolidar a qualificação dos processos assistenciais na APS, por meio da sinergia entre os Programas Mais Médicos, Requalifica UBS e PMAQ-AB.

Percebe-se que os médicos atuam tanto no que Campos (2003) denomina de Clínica ampliada, quanto de Clínica degradada. Isto ocorre no sentido de demonstrarem a incorporação de diversos saberes além da Clínica "oficial", mas também por atuarem em condições que restringem suas possibilidades de aplicação do conhecimento técnico, como as limitações impostas pela inadequação da infraestrutura de algumas UBS, por falhas na organização dos serviços que comprometem a execução de práticas mais integrais em diversos componentes e também pela violência do território.

Porém, semelhante ao estudo de Girardi et al (2016b), a maioria dos entrevistados se disse capacitado para a realização dos procedimentos técnico-cirúrgicos selecionados. O grupo focal, no entanto, permitiu entender que havia limites na capacitação que não eram reconhecidos pelos médicos. Neste sentido, vale ressaltar a potencialidade dos processos de aprendizagem relacionados à supervisão.

Com efeito, um dos objetivos do PMM consiste em investir na formação de médicos na Atenção Básica, mediante integração ensino-serviço e intercâmbio internacional. A participação dos médicos foi condicionada ao aperfeiçoamento realizado por meio de curso de especialização e à supervisão em seu ambiente de trabalho. (Brasil, 2013a).

Apesar disso, a amostra se constitui de médicos, em sua maioria, mais experientes e preparados para lidar com problemas da APS. Este perfil se aproxima das características dos profissionais do PMM no Brasil, em fevereiro de 2016, em que 75% dos médicos participantes eram de nacionalidade cubana e a maioria possuía mais de 40 anos de idade (Girardi et al, 2016b).

A formação, a experiência e a identificação com o trabalho na APS são fatores que, além de contribuir para a fixação dos médicos na ESF (Campos e Malik, 2008), alinha-se às necessidades complexas de práticas neste nível-chave do sistema de saúde (Engstrom et al,

2016).

Observou-se achados semelhantes aos de Thumé et al (2016), que mostram que médicos com larga experiência na APS e especialistas nesta área, apesar das resistências iniciais ao que consideravam uma exigência desnecessária do Programa, devido a suas qualificações, reconheceram a existência de lacunas de conhecimento e possibilidades de agregar novos saberes.

As supervisoras sinalizaram que foi possível apresentar conceitos, discutir casos e realizar capacitações técnicas, não obstante limitações relativas ao tempo exíguo com os médicos em visitas mensais para se proporem a trazer integralidade às práticas de modo mais completo. Também a ênfase nos aspectos operacionais do supervisor nos materiais técnicos e orientações acerca do PMM, em detrimento de reflexões sobre metodologias e estratégias de trabalho no campo da educação permanente pode ser apontada como uma dificuldade ao processo formativo previsto para o aperfeiçoamento dos médicos (Engstrom et al, 2016). Melo (2016) lembra que a supervisão tem potencialidades inexploradas e que apresenta limites ao ter foco no médico e não na EqSF.

A dificuldade de lidar com usuários de álcool e drogas pode ser discutida a partir das peculiaridades do território selecionado para a pesquisa. Estudo de caso da OMS/OPAS (2016), executado também no município do Rio de Janeiro, trouxe percepções semelhantes quanto aos desafios de lidar com problemas ligados às drogas e ao alcoolismo, que, segundo o estudo, não eram familiares aos médicos do PMM. Ademais, a política de redução de danos ainda produz controvérsias e tem sido dificilmente incorporada às práticas na ESF (Dourado et al, 2014).

Em relação ao planejamento familiar e ao registro de colpocitologia, uma hipótese que poderia explicar o baixo desempenho é o excesso de população adscrita, prejudicando a execução de ações programadas com cobertura satisfatória das famílias. Um dos desafios mais importantes impostos pelo desenho organizacional do sistema de saúde na AP 3.1 diz respeito ao tamanho da população adscrita às EqSF. A pressão assistencial se mostrou um fator ostensivamente presente nas barreiras de várias categorias de análise, em todas as fontes da informação.

Diversos médicos e supervisores advertem que, mesmo em territórios com graves problemas sociais e epidemiológicos, as EqSF cobrem uma quantidade de usuários maior que o determinado pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011), que recomenda uma média de 3000 pessoas cadastradas por EqSF, levando em conta que áreas vulneráveis devem ter número menor de famílias associadas.

O número de usuários adscritos, chegando a mais de 5.000 pessoas, ultrapassa em muito a média de 1.5000 pacientes por médico de família na Inglaterra (Giovannella e Stegmüller, 2015), Portugal (Pinto, 2014) - países tomados como referências para a reforma do modelo assistencial no Rio de Janeiro (Soranz, Pinto e Penna, 2016) - e em Cuba (Keck e Reed, 2012), de onde todos os médicos são provenientes.

O excesso de contingente populacional, com demandas e necessidades prementes em saúde, previsivelmente prejudica a capacidade de práticas integrais, como foi verificado. Santos (2015) também demonstra que UBS que concentram grande demanda, conseqüentemente, apresentam vinculação precária, o processo de trabalho não logra relação de longitudinalidade e acesso de primeiro contato não é oportuno, podendo simplificar a ESF a um ambulatório de queixa-conduta, com cuidados centrados na doença. Este problema faz refletir que a expansão da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro necessita de esforços ainda maiores e aponta para a magnitude do desafio de captação de profissionais para o trabalho na ESF.

No componente da atenção à demanda espontânea e programada, os médicos apontam abertura ao atendimento de pacientes sem marcação prévia, embora estes se sobreponham sobre aqueles que são agendados. O acompanhamento de gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos e usuários com transtornos mentais é realizado, apesar de serem sinalizadas dificuldades em relação a estes últimos. Os indicadores obtidos da OSS Viva Rio mostraram ainda que parcelas importantes da população cadastrada não atinge parâmetros traçados como elementos do bom acompanhamento destes grupos.

Mais uma vez, verifica-se características de acolhimento (Silva Junior e Mascarenhas, 2004), ao se perceber a preocupação com o acesso, a partir de estratégias de absorção da demanda espontânea, condizentes com outros estudos (Comes et al, 2016; OMS/OPAS, 2015, 2016) em especial na incorporação do acesso avançado à agenda.

O acesso avançado tem sido implementado na APS em diversos sistemas nacionais de saúde, como no Canadá e Inglaterra, e, no Brasil, municípios como Florianópolis e Curitiba, que contam com boa cobertura populacional pela ESF, também tem adotado a estratégia. Vidal (2013) observa que UBS com este modelo tendem a apresentar um número maior de consultas anualmente, porém sem aumentar a quantidade de usuários atendidos. Rose, Ross e Horwitz (2011) também mostram que o acesso avançado pode não alterar ou pouco melhorar o seguimento de pessoas com doenças crônicas. Neste sentido, tal forma de agendamento precisa ser ponderada, de modo a não incorrer na "Lei dos Cuidados Inversos", descrita por Hart em 1971

A realização de acompanhamento de diversos grupos populacionais é um aspecto positivo da prática dos médicos do PMM. Conforme OMS/OPAS (2016), a restrição do atendimento médico na ESF à população adulta, mantendo os cuidados materno-infantis e preventivos a cargo dos enfermeiros é uma realidade bastante presente nas EqSF do município do Rio de Janeiro, da qual o PMM se diferencia.

As dificuldades de acompanhamento de casos de saúde mental podem ser reflexo da organização do atendimento a estas condições. No município do Rio de Janeiro, espera-se que casos de depressão leve a moderada, risco de suicídio e manejo de transtornos ansiosos sejam possíveis de serem diagnosticados e manejados pela APS (Rio de Janeiro, 2013). Os médicos do PMM podem, deste modo, ter o mesmo desafio na preparação para lidar com estes problemas que os médicos brasileiros, que costumam apresentar resistências em abordar casos de saúde mental em geral no contexto da ESF (Dourado et al, 2014).

Lima (2016) ressalta que a Reforma Psiquiátrica ainda precisa fortalecer dispositivos que facilitem romper com o paradigma do modelo biomédico, transição esta que não ocorre de modo abrupto, tornando a luta antimanicomial ainda atual. O autor afirma que persistem constrangimentos em se conceber a comunidade como espaço de cuidado dos usuários de saúde mental.

Deve-se levar em conta, no entanto, que as dificuldades podem se relacionar à diferença entre as realidades enfrentadas pelos médicos em Cuba e no Brasil, particularmente no contexto da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro. O quadro de violência e precariedade em muitas condições sociais, inserido dentro de uma grande metrópole, ademais tomada pelo tráfico de drogas, não apenas suscita a incidência de problemas mentais como os complexifica (Lopes, Faerstein e Chor, 2003).

Quanto à baixa cobertura de algumas ações de acompanhamento dos grupos prioritários encontrada nos indicadores extraídos da OSS Viva Rio, pode-se aplicar novamente a hipótese do excesso de contingente populacional, com alta pressão assistencial para a demanda espontânea, como discutido no componente anterior.

O componente da prestação de serviços em diversos cenários mostrou resultados positivos na pesquisa, com realização de atividades coletivas fora da UBS e visitas domiciliares para usuários acamados ou mesmo casos sociais mais complexos. Limitações que foram apontadas se relacionavam à violência no território ou ao grande volume de pacientes a serem atendidos em consultório.

Novamente, o PMM se diferencia na sua prática dos achados de outros estudos sobre as atitudes adotadas por médicos na ESF, usualmente com ênfase nas doenças e ações clínicas

de consultório, pouco voltadas à comunidade (Almeida et al, 2015; Lima, 2016; OMS/OPAS, 2016; Comes et al, 2016). Ao contrário, trabalhos realizados sobre o PMM reforçam sua versatilidade no uso de espaços de atuação, demonstrando ampliação de suas ações e objetivos (Comes et al, 2016; Engstrom et al, 2016).

A integração com outros serviços de saúde foi um dos componentes que trouxe desafios, principalmente quanto à troca de informações com profissionais da atenção secundária e terciária, bastante limitada por fragilidades da organização da rede municipal de saúde. Por outro lado, o acompanhamento dos casos encaminhados a outros serviços apontou ser um fator presente e valorizado na prática do PMM.

Os limites impostos pelo sistema municipal demonstram como seu arranjo pode afetar as práticas e a concretização do princípio da integralidade na atuação médica. A fragilidade de estratégias efetivas de comunicação entre os serviços se traduz na lógica da referência para a interface da APS com a rede especializada e hospitalar. Conforme Almeida et al (2015), a referência é um instrumento pobre para o diálogo entre especialista e generalista e sujeita os usuários a serem porta-vozes das informações e ao papel de solicitação e cobrança da contrarreferência, além de colocá-los no trânsito das disputas de reconhecimento profissional travadas entre especialistas e médicos da Atenção Básica. No que tange ao PMM, este embate se destaca ainda mais, frente à resistência da categoria médica ao Programa.

No componente da interdisciplinaridade, a pesquisa mostrou respostas predominantemente favoráveis à realização de reuniões periódicas de equipe, com discussão de casos e formulação de plano de cuidado compartilhado e também à relação com enfermagem, ACS e NASF, em consonância com outros estudos sobre as práticas no PMM (Comes et al, 2016; OMS/OPAS, 2015 e 2016; Bertão, 2015; Pereira, Silva e Santos, 2015).

A capacidade de tecer relações, destacadamente, no serviço de saúde foi um dos pontos mais exaltados, segundo todas as fontes de pesquisa, influenciando positivamente diversos outros componentes da integralidade das práticas. A construção desta teia solidária de relações é importante para a ampliação da oferta de ações e resposta mais efetiva às necessidades de saúde das pessoas (Ayres, 2004). Ruídos de comunicação, que seriam esperados por diferenças culturais, sobretudo no que tange à linguagem e aos papéis dos profissionais nas equipes de saúde, mostraram-se pouco expressivos frente ao que se poderia prever e foram atenuados ao longo do tempo, compatíveis com os achados de Comes et al (2016).

Ao contrário, os médicos do PMM têm bom domínio sobre as tecnologias leves relacionadas à dimensão gestonária do trabalho - aquela em que os processos produtivos são

enxergados pelo protagonismo dos trabalhadores em seu cotidiano (Oliveira, Alvarez e Brito, 2013) - mobilizando grande carga de trabalho vivo em saúde (Merhy, 1997). O desenvolvimento de tecnologias de relacionamento abre espaço para restabelecer diálogos e mediar o cuidado nos conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção (Silva Junior e Mascarenhas, 2004).

Outro instrumento importante, amplamente destacado nas entrevistas, o NASF, apesar da escassez de profissionais, foi intensamente explorado pelos médicos, em uma perspectiva de matriciamento. O matriciamento é um dispositivo estratégico na ampliação da resolutividade das EqSF e na transformação de concepções de cuidado (Lima, 2016). O PMM se diferencia, desse modo, uma vez que a procura dos médicos da Atenção Básica para o diálogo aberto ao NASF não é usual, vigorando a prática de encaminhamentos, sendo o matriciamento utilizado, geralmente, entre os enfermeiros e ACS (Lima, 2016).

Quanto ao componente do planejamento das intervenções, os resultados indicaram que os médicos do PMM fazem análise em equipe de indicadores de saúde da população e desenvolvem atividades planejadas. Esta forma de atuação também é encontrada em estudos de Comes et al (2016) e OMS/OPAS (2015, 2016).

O enfoque preventivo, estabelecido como princípio do Sistema Nacional de Saúde em Cuba (De los Santos-Briones, Garrido-Solano e Chávez-Chan, 2004), sobretudo na APS, onde a prática é sistematizada por meio de mecanismos de planejamento de ações (Keck e Reed, 2012), pode ser um hábito que favorece os médicos do PMM neste quesito.

No último componente da dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, o uso de protocolos assistenciais, indicou-se que os médicos possuem conhecimento sobre as linhas de cuidados definidas pela rede municipal de saúde e utilizam diretrizes clínicas nacionais e internacionais para guiar suas práticas.

Críticas do grupo focal, reportando práticas intuitivas e empíricas, contrastam com a visão dos relatórios de supervisão, em que a competência e capacidade técnica foram consideradas como segundo ponto mais positivo da atuação médica, exaltando a boa prática clínica e o uso pertinente de diretrizes de tratamento. Chama a atenção a forte ênfase em defesa da Medicina de Família e Comunidade brasileira pelas supervisoras do grupo focal, apontando um possível corporativismo.

Elementos da conduta profissional e da relação médico-paciente relacionados à qualidade da atenção (Silva Junior e Mascarenhas, 2004) estiveram presentes, como a competência técnica, ações clínicas associadas à abordagem social (notadamente nas visitas domiciliares), a valorização do exame clínico e o uso racional de meios diagnósticos, de modo

semelhante ao observado por Comes et al (2016).

Ressalta-se a disposição para o aprendizado, lembrada no grupo focal e nos relatórios de supervisão. Uma impressão do grupo focal foi de que a vivência no PMM ajudou a fortalecer a atuação clínica dos médicos. As entrevistas também tratam do enriquecimento profissional, propiciado, por exemplo, no atendimento a casos de tuberculose.

Esta pesquisa buscou analisar a integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro, operacionalizada por duas dimensões: a abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária e o elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. O estudo de caso da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro permitiu identificar diversos elementos em ambas dimensões na prática cotidiana dos médicos do PMM.

Os achados da pesquisa mostram que os médicos do PMM cumprem com a maior parte dos componentes e categorias selecionados no estudo da integralidade das práticas, sobressaindo-se a dimensão do elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência em relação à abordagem biopsicossocial do cuidado, com orientação comunitária. Ainda, assim, alguns aspectos tanto externos quanto intrínsecos aos profissionais podem representar limitações em alguns pontos.

Os médicos inseridos no Rio de Janeiro por meio do PMM se depararam com desafios do território – no caso da AP 3.1 do município, caracterizados pela alta vulnerabilidade social e violência – e do sistema municipal de saúde – em que persiste a fragmentação entre os níveis da rede e entre os setores públicos das diferentes esferas governamentais, na qual a implantação de um modelo gerencial sobre a ESF precisa avançar sobre aspectos que estimulem os processos participativos com a comunidade e, principalmente, sobre a adequação da adscrição de clientela às EqSF, situadas em locais com intensas demandas e necessidades de saúde. Entretanto, a recente reforma implementada, fortalecendo o papel da Atenção Básica no sistema municipal através da ESF, também abriu caminhos para que o PMM contribuísse para a integralidade por meio das práticas de seus profissionais.

Com a atuação dos médicos de formação cubana do Programa, diversas características foram apropriadas para a integralidade, a partir da vinda de profissionais com perfil compatível para o trabalho na APS, prestando um leque amplo de ações e serviços, coerente com a complexidade dos problemas de saúde e pluralidade dos cenários de práticas neste campo. Os profissionais possuem marcada capacidade de inserção comunitária, enfoque preventivo, planejamento de ações e bom relacionamento interpessoal, identificando-se posturas e técnicas de acolhimento, vínculo, responsabilização e qualidade de atenção.

Alguns desafios presentes no estudo foram sinalizados quanto à promoção de práticas participativas com as coletividades, à ampliação da autonomia das pessoas nas decisões clínicas, ao manejo mais potente de problemas de ordem psíquica, à sistematização de metodologias e modelos de conduta e à capacitação para procedimentos invasivos de pequeno porte na Atenção Básica. Os processos de aprendizagem estabelecidos no Programa, apesar de limites na estrutura de sua proposta, trouxeram possibilidades para a melhoria e superação destes problemas.

Esta pesquisa contribui para a compreensão sobre as práticas no PMM, percebendo-se um impacto positivo sobre a integralidade. O contexto específico do estudo de caso limita generalizações. Grande parte dos médicos do PMM estão inseridos em municípios pequenos, principalmente no Norte e Nordeste do país, e mesmo aqueles que estão em regiões metropolitanas passam por condições e etapas heterogêneas de implantação do modelo da ESF. Contudo a metodologia adotada, utilizando variadas fontes de informação, abriu chances para um estudo apurado da integralidade das práticas do Programa Mais Médicos, ainda pouco explorado.

Novas propostas de investigação podem examinar a integralidade em seus outros sentidos, das políticas e da organização dos serviços, a partir da implementação do Programa Mais Médicos. Os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica podem oferecer uma compreensão avaliativa ainda no campo das práticas do PMM, não apenas sobre a integralidade, mas também sobre os demais atributos da APS. Estudos comparativos entre EqSF com e sem médicos do PMM seriam mais uma forma de entender o impacto da política de provimento sobre as práticas na Atenção Básica. Abordagens que utilizem observação participante na UBS e estudos com exame de prontuário podem trazer mais elementos para a compreensão das práticas no PMM.

Por ora, pode-se concluir que há indícios fortes de que o Programa Mais Médicos tem ido além do mero acesso às consultas médicas, possibilitando a oferta de cuidados integrais em saúde. Assim, permite avançar com a integralidade, um dos princípios do SUS que menos se desenvolveu ao longo dos seus quase 30 anos. Neste sentido, exalta-se o acerto da iniciativa governamental, a cooperação com a Organização Pan-americana de Saúde e as boas práticas dos médicos cubanos, trazendo atenção mais integral a populações desfavorecidas. Evidentemente, alguns pontos devem ser aperfeiçoados, apontando-se as estratégias de formação e ensino em serviço como fortalezas que merecem ser reforçadas, além de medidas que orientem a integração das respostas às questões sociais e de saúde, com participação democrática da população. O PMM, portanto, ajuda a construir a Atenção Básica e o SUS.

Em tempos de congelamento e desmonte das políticas públicas de seguridade social, tomadas de assalto após escuso golpe parlamentar, vale a pena concluir com o pedido de resistência de um dos médicos cubanos, inserido em uma das comunidades mais violentas do Rio de Janeiro:

“Só para pedir para o povo brasileiro que continue o trabalho do SUS. O SUS é muito importante para o povo brasileiro. Que o Sistema Único de Saúde, que é equitativo, universal e integral, é para todo tipo de população, não exclui ninguém. Então, às vezes, alguém escuta comentários na televisão: “ah, o SUS tal, tal, vamos eliminar o SUS”. Não pode eliminar um sistema tão formado, de tanto tempo, já mais de vinte anos de formação, consolidado e em desenvolvimento agora muito maior. De alguém deixar esse sistema de funcionar. Tem que continuar, o povo brasileiro tem que manter o SUS. Manter o SUS” (M23).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSIO MM, SOUSA MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667, abr.-jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000200633&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 dez. 2016.

ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, NUNAN BA. **Atenção Primária Integral à Saúde – Indicadores para avaliação**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2011. Disponível em: <>. Acesso em 19 out. 2015.

ALMEIDA PF. Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. In: GIOVANELLA L(Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

ALMEIDA PF et al. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Feira de Santana. In: ALMEIDA PF, SANTOS AM, SOUZA MKB (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

ARAÚJO E, MAEDA A. **How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: A Guidance Note**. Washington: Health, Nutrition and Population Family: Human Development Network: World Bank, 2013. (Série Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper). Disponível em: <>. Acesso em 21 out. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco). **Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos**. 2015. Disponível em: <>. Acesso em 19 out. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco). **Mais Saúde! Mais SUS! Nota oficial do Movimento da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 13 ago. 2013. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/mais-saude-mais-sus-nota-oficial-do-movimento-da-reforma-sanitaria/1161/>>. Acesso em 16 dez. 2016.

AYRES JRA. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em 10 dez. 2016.

BARBOSA ACQ et al. Profissionais da Saúde da Família em Minas Gerais: uma análise comparativa de sua formação e qualificação. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, XV., 2012, Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG (CEDEPLAR), 2012. Disponível em: <>. Acesso em 21 out. 2015.

BERTÃO IR. A atuação de um médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança do processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Tempus**,

actas de saúde coletiva. Brasília, v.9, n.4, p. 217-224, 2015.

BORGES C, TAVEIRA VR. Territorialização. In: GUSSO G, LOPES JMC (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática.** Volume I. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. Promed: Lançado Programa para Mudar Currículo de Medicina. **Informe Saúde.** Brasília, ano VI, n. 158, 2002. Disponível em: <>. Acesso em 9 jan. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. 2008. Disponível em: <>. Acesso em 9 jan. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).** 2009. Disponível em: <>. Acesso em 9 jan. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. 2013a. Disponível em: <>. Acesso em 9 jun. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1369, de 8 de julho de 2013.** Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 2013b. Disponível em: <>. Acesso em 19 dez. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <>. Acesso em 15 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. (Série B. Textos básicos de

saúde). Disponível em: <>. Acesso em 15 out. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 22 dez. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos: Resultados para o país**. 2015a. Disponível em: <> Acesso em 29 set. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Panorama do Mais Médicos. In: ENCONTRO NACIONAL DA REDE APS. 3, Brasília, 2015. **Avaliação do Programa Mais Médicos**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2015b. Disponível em: <>. Acesso em 29 nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde. **Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Relatórios de Supervisão Prática (planilha Excel®)**. 2015d

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Data-SUS: Informações de Saúde (Tabnet)**. 2015. Disponível em: <>. Acesso em 20 out. 2015.

CAMARGO JUNIOR KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, CAMARGO Jr. KR. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ Abrasco, 2010.

CAMPBELL J. The route to effective coverage is through the health worker: there are no shortcuts. **The Lancet**, Philadelphia, v. 381, n. 9868, p. 725, mar. 2013. Disponível em: <>. Acesso em 17 set. 2015.

CAMPOS CVA, MALIK AM. . **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008. Disponível em: <>. Acesso em 17 set. 2015.

CAMPOS GWS. A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS GWS. A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. **Rev Med Res**, Curitiba, v. 15, n. 2, 2013. Disponível em: <>. Acesso em 06 out. 2015.

CAMPOS GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 641-642, 2015.

CANGUILHEM G. **O normal e o patológico**. 7. edição. Rio de Janeiro: Editora Forense

Universitária, 2011. (Coleção Campo Teórico).

CANO I et al. **O impacto da violência no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Laboratório de Análise da Violência, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004. (Relatório de pesquisa). Disponível em <http://www.lav.uerj.br/docs/rel/2004/impacto_vio_rio_2004.pdf>. Acesso em 10 jan. 2017.

CARVALHO MS. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação**. 2013. 167p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CARVALHO M, SANTOS NR, CAMPOS GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CARVALHO MS, SOUSA MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CARVALHO FC. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL. XV. Palhoça (SC), 2014. **Anais...** São Paulo: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2014.

CECÍLIO LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ Abrasco, 2009. Disponível em: <>. Acesso em 17 set. 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES), Diretoria Nacional. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.37, n. 97, p. 200-203, abr-jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200001>. Acesso em 16 dez. 2016.

COMES Y et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2727-2736, set. 2016.

CONILL EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 set. 2015.

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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. S7-S27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Entidades divulgam manifestação conjunta

sobre o Decreto que muda regras de formação de especialistas no Brasil. **Portal Médico**. Brasília, 07 ago. 2015. 2015a. Disponível em: <>. Acesso em 28 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Radiografia das Escolas Médicas no Brasil. **Portal Médico**. Brasília, 27 ago. 2015. 2015b. Disponível em: <>. Acesso em 28 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CFM critica medida provisória que prorroga permanência dos intercambistas no Mais Médicos. **Portal Médico**. Brasília, 29 abr. 2016. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26129:2016-04-29-19-17-03&catid=3>. Acesso em 16 dez. 2016.

COSTA NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, mai 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501389&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 13 dez. 2016.

COSTA E SILVA V; BARBOSA PR, HORTALE VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, mai 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501365&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 13 dez. 2016.

COUTO MP. **O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil**. 2015. 198p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015. Disponível em: <>. Acesso em 04 nov. 2015.

CRUZ NETO O, MOREIRA MR, SUCENA LFM. **Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/DCS, mimeo, 2001.

DAL POZ MR et al. Monitorização e avaliação de recursos humanos em saúde: desafios e oportunidades. In. DAL POZ MR et al (Orgs.). **Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2009.

DAL POZ MR. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2015.

DE LOS SANTOS-BRIONES S, GARRIDO-SOLANO C, CHÁVEZ-CHAN MJ. Análises comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. **Revista Biomédica**. Mérida, v.15, n.2, p. 81-91, 2004. Disponível em <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=23989&id_seccion=136&id_ejemplar=2462&id_revista=22>. Acesso em 20 nov. 2016.

DOMINGUEZ-ALONSO E, ZACCA E. Sistema de salud de Cuba. **Salud Pública de**

México. Cuernavaca, v.53, s.2, p.168-176, 2011.

DOURADO GOL et al. Redução de danos no âmbito da estratégia saúde da família: estratégia reflexiva. **Revista Interdisciplinar.** Teresina, v.7, n.2, p.173-183, 2014. Disponível em <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/316/pdf_125>. Acesso em 10 jan. 2017.

DRESANG LT et al. Family Medicine in Cuba: Community-oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine. **Journal of the American Board of Family Medicine.** Lexington, v.18, n.4, p.297-303, 2005.

ENGSTROM EM et al. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. **Tempus actas de saúde coletiva.** Brasília, v. 10, n. 1, p. 241-252, mar. 2016.

SCOREL S, MOREIRA MR. Participação Social. In GIOVANELLA L et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FACCHINI et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2652, set. 2016.

FERLA AA, POSSA LB. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema?. **Interface,** Botucatu, v. 17, n. 47, p. 927-928, 2013.

FEUERWERKER LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão!. **Interface,** Botucatu, v. 17 , n. 47, p. 929-930, 2013.

GIOVANELLA L et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <>. Acesso em 20 set. 2015.

GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. S21-S23, 2008.

GIOVANELLA L et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794, 2009. Disponível em <>. Acesso em 10 jan. 2017

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção Primária à Saúde. In GIOVANELLA L et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA L, STEGMÜLLER K. Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus. In: ALMEIDA PF, SANTOS AM, SOUZA MKB (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde.** Salvador: EDUFBA, 2015.

GIOVANELLA L et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2697-2708, 2016.

GIRARDI SN et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016b.

GIRARDI SN et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2737-2746, set. 2016b.

GÓMEZ-DANTÉS O. Health in Cuba: the other side of story. **The Lancet**. London, v.385, n.192, p.944-945, mar. 2015.

GONÇALVES RC et al. **Projeto Mais Médicos para o Brasil – Uso de instrumentos de avaliação e acompanhamento dos profissionais – município de São Paulo (julho-dezembro 2014)**. In: XXIX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Campos do Jordão (SP), 2015. São Paulo: Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em <>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

GONDIM GMM et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA AC et al. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em <>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

GULLAR F. **Toda poesia (1975-1980)**. São Paulo: Editora José Olympio, 17a ed, 1980.

HART JT. The Inverse Care Law. **The Lancet**. Londres, v.297, p.405–412, 1971.

HARZHEIM E et al. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool: PCATool – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção em Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <> Acesso em 15 out. 2015.

HARZHEIM E (Org.). **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Porto Alegre: OPAS, 2013. Disponível em: <>. Acesso em 29 out. 2015.

HUIISH R. Why Does Cuba 'Care' So Much? Understanding the Epistemology of Solidarity in Global Health Outreach. **Public Health Ethics**, Oxford, v. 7, n. 3, p. 261-276, 2014.

IMMERGUT E. **Health Politics – Interest and institutions in Western Europe**. New York: Cambridge University Press, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de Dados Agregados: Cidades**. 2014. Disponível em: <>. Acesso em 30 nov. 2015.

ISTÚRIZ OF. Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud com la participación de todas y todos. In: GIOVANELLA L (Org.). **Atención primaria de salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags, Unasur, 2015. Prefacio.

JUSTINO ALA, OLIVER LL, MELO TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471-1480, mai 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501471&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 13 dez. 2016.

KECK CW, REED GA. The curious case of Cuba. **American Journal of Public Health**. Washington, v.102, n.8, p.13-20, ago. 2012.

KEMPER ES, MENDONÇA AVM, SOUSA MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p; 2781-2792, set. 2016.

KOLLING MG. Método Clínico Centrado na Pessoa. In: DUNCAN BB et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LIBBY RD. **A rights-based analysis of reproductive health in Cuba**. 2011. 51p. Dissertação (Master of Arts) - University of Miami, Miami, 2011. Disponível em <http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1305&context=oa_theses> . Acesso em 20 nov. 2016.

LIMA ED. **Imaginário social sobre a loucura: cultura e práticas de cuidado em saúde mental**. Curitiba: Appris, 2016.

LIU X et al. Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: a systematic review. **Human Resources for Health**. Londres, v. 13, n. 61, jul. 2015. Disponível em <>. Acesso em 13 set. 2015.

LOPES CS, FAERSTEIN E, CHOR D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1713-1720, 2003.

LOPES JMC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO G, LOPES JMC (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Volume I. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LOPES LRS. **Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade**. 2013. 61p. Monografia (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) - Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <>. Acesso em 04 out. 2015.

MARCOLINO MS et al. Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 35, n. 5, p. 345- 352, 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-may-june-2014&alias=741-teleconsultorias-no-apoio-a-atencao-primaria-a-saude-em-municipios-remotos-no-estado-de-minas-gerais-brasil&Itemid=847&lang=en>. Acesso em 16 nov. 2016.

MARICATO E. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 21-33, out.-dez. 2000.

MARTÍNEZ RP et al. El medico de la familia y la medicina general integral en la Republica de Cuba. **Interciencia**. Caracas, v.20, n.4, p.212-214, 1995.

MATTOS RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2009. Disponível em: <>. Acesso em 17 set. 2015.

MAYER D. **Essential Evidence-Based Medicine**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

MEAD N, BOWER P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**. Nova York, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000.

MEDICAL EDUCATION COOPERATION WITH CUBA (MEDICC). Cuba's Global Health Cooperation. **MEDICC Review**. Oakland, v.17, n.3, p. 1-4, 2015. (Facts & Figures). Disponível em <<http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=35&id=491&a=vahtml>>. Acesso em 20 nov. 2016.

MEDICAL EDUCATION COOPERATION WITH CUBA (MEDICC). Medical Education: training Cuba's family doctors. **MEDICC Review**. (Spotlight). Oakland, 2004. Disponível em <http://www.medicc.org/publications/medicc_review/1104/pages/spotlight2.html>. Acesso em 20 nov. 2016.

MELO EA. O que pode o Mais Médicos?. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.9, p.2672-2674, 2016.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R. *Práxis en salud: un desafío para lo publico*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.646-647, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n3/01.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2017.

MINAYO MCS. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MORAIS I et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos?. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. especial 2, p. 107-115, dez. 2014.

MORALES ECL, PÉREZ DCS, SALABARRÍA LG. La transformación del policlínico en

Cuba de cara al siglo XXI. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. Havana, v.25, n.2, set. 2009. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es> . Acesso em 20 nov. 2016.

MOURA MLS, FERREIRA MC. **Projetos de Pesquisa: Elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2005.

MURRAY M, TANTAU C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family Practice Management**. Leawood, v. 7, n. 8, p. 45-50, set. 2000.

NORONHA JC et al. Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária: a experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 429-443, dez. 1977. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101977000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 set. 2015.

NORONHA JC, LIMA LD, MACHADO CV. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA L et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA S, ALVAREZ D, BRITO J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 1581-1589, 2013. Disponível em: <>. Acesso em 12 dez. 2016.

OLIVEIRA FP et al. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <>. Acesso em 23 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <>. Acesso em 23 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: . Acesso em 20 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba: experiências inovadoras e lições aprendidas**. Brasília: OPAS, 2015. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos – 1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). **Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro: mais acesso, equidade e resolutividade na APS**. Brasília: OPAS, 2016. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos – 2).

OSA JA. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 25, n. 72,

p. 89-96, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200008>. Acesso em 28 nov. 2016.

PAIM JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In GIOVANELLA L et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PEDUZZI M et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básica de Saúde em São Paulo. **Interface**. Botucatu, v.13, n.30, p.121-134, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 10 jan. 2017.

PEREIRA LL, SILVA HP, SANTOS LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. **Revista da ABPN**. Florianópolis, v.7, n.16, p.28-51, 2015.

PERPÉTUO IHO et al. **A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes de sua atração e fixação na atenção primária à saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, FACE, UFMG, 2009.

PINHEIRO R, SILVA JUNIOR AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica. In: PINHEIRO R, SILVA JUNIOR AG, MATTOS RA (Orgs.). **Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011.

PINTO D. Impacto do envelhecimento da população na lista de utentes dos médicos de família. **Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar**. Lisboa, v.30, n.5, p. 338-339, 2014. Disponível em: <>. Acesso em 12 dez. 2016.

PRADO JUNIOR JC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, mar. 2015.

REED G. Challenges for Cuba's Family Doctor-and-Nurse Program. **MEDICC Review**. (Spotlight). Oakland, 2001. Disponível em <http://www.medicc.org/publications/medicc_review/II/primary/sloframe.html>. Acesso em 20 nov. 2016.

RIGOLI F, MARTINS MA, MERCER H. Experiências e Desafios – limites e possibilidades sobre provimento e fixação de profissionais de saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE ESCASSEZ, PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS E DE MAIOR VULNERABILIDADE. Brasília, 2011. **Relatório Síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Mesa redonda). Disponível em: <> Acesso em 15 out. 2015.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Atenção Primária. **Coleção Guia de Referência Rápida: Depressão: Tratamento e acompanhamento de adultos (incluindo pessoas portadoras de doenças**

crônicas). Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 2013. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Anexo Técnico II do Contrato de Gestão: Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde**. 2014. Disponível em: <>. Acesso em 20 dez. 2015.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Coordenação da Área Programática 3.3. **Vinculação nas equipes - Programa Mais Médicos (planilha Excel®)**. Rio de Janeiro, 02 mai. 2016.

RODRIGUES PHA et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2015.

RODRIGUES RB, SILVA NC, ROCHA TAH. Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família. ENCONTRO DA ANPAD, XXXIV, Rio de Janeiro, 2010. In: **Anais...** Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), 2010. Disponível em: <>. Acesso em 04 set. 2015.

RODRIGUES RD, ANDERSON MIP. Integralidade e Complexidade na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos. In: GUSSO G, LOPES JMC (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Volume I. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROJAS LI. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. **Revista Cubana de Salud Pública**. Havana, v.38, n.1, p.109-125, 2012.

ROUSSEF D. **Pronunciamento da Presidenta da República, Dilma Rousseff, em cadeia nacional de rádio e TV**. Brasília, 21 jun. 2013. Disponível em: <>. Acesso em 21 out. 2015.

ROVERE, MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 635-636, 2015.

ROSE KD, ROSS JS, HORWITZ LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. **Archives of Internal Medicine**. Chicago, v.11, n.171, p. 1150–1159, 2011.

SANTANA, JP (Coord.). **Regulação do trabalho em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 06).

SANTOS AM. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede de Região de Saúde – o caso de Vitória da Conquista. In: ALMEIDA PF, SANTOS AM, SOUZA MKB. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

SCHEFFER M (Coord.). **Demografia médica no Brasil**. Volume 2. São Paulo: Conselho

Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <>. Acesso em 18 set. 2015.

SCHEFFER M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface**, Botucatu. v. 19, n. 54, p. 637-640, 2015.

SCHEFFER M, DAL POZ MR. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. **Human Resources for Health**, Londres. v. 13, n. 96, 2015.

SILVA JUNIOR AG, MASCARENHAS MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). **Cuidado: As fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, 2004.

SILVA JUNIOR AG et al. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 5, p. 1127-1132, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 10 dez. 2016.

SILVA JUNIOR AG et al. Tensões delimitadoras da Integralidade na saúde suplementar. In: PINHEIRO R, LOPES TC (Orgs.). **Ética, Técnica e Formação: As razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010.

SILVA JUNIOR AG et al. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: ALMEIDA PF, SANTOS AM, SOUZA MKB (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

SILVA JUNIOR AG et al. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 26, mai-ago. 2016. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2103>>. Acesso em 16 dez. 2016.

SORANZ D, PINTO LF, PENNA GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, mai 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501327&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 13 dez. 2016.

SORATTO J, WITT RR, FARIA EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estrágia Saúde da Família. **Physis**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1227-1243, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400009>. Acesso em 10 jan. 2017.

SPEDO SM. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP)**. 2009. 150p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

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

SUÁREZ IRM, SACASAS JAF, GARCIA FD. Cuban Medical Education: Aiming for the Six Star Doctor. **MEDICC Review**. Oakland, v. 10, n. 4, p. 5-9, 2008.

TEIXEIRA M, OLIVEIRA RG, ARANTES RF. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: MACHADO CV, BAPTISTA TWF, LIMA LD (Orgs.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

TORRES NM, CRUZ EM. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. **Rev Cubana Salud Pública**. Ciudad de La Habana, v. 36, n. 3, set. 2010.

THUMÉ E et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2807-2814, set. 2016.

VIANA ALD, MACHADO CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIDAL TB. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. 2013. 86p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87111/000910522.pdf?sequence=1>>. Acesso em 10 jan. 2017.

WILSON A et al. The delivery of primary care services. In: KRINGOS DS et al (Ed.). **Building primary care in a changing Europe**. Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2015. (Observatory Studies Series).

APÊNDICE A: ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Sujeitos: médicos participantes do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro

Entrevistado (a): _____	
Código da Entrevista: _____	Data da Entrevista: ____ / ____ / ____
Ciclo e ano de entrada: _____	Início: _____ Final: _____ Duração: _____
Telefone: _____	E-mail: _____
Idade: _____	Sexo: () M () F
UBS atual/início: _____	UBS anterior/período: _____
Local e ano da graduação: _____	
Pós-graduações: _____	
Cargos ocupados na carreira (função/período): _____	
Missões estrangeiras anteriores (local/período): _____	
Subsistema AP 3.1: Leopoldina Sul () Leopoldina Norte () Ilha ()	

Observações do entrevistador:

Questões-chave:

Enunciados-chave:

Dimensão I: Abordagem biopsicossocial do cuidado com orientação comunitária

Consideração da dinâmica do espaço territorial

-Você sabe quais são os lugares culturais e sociais importantes para a comunidade no território (por exemplo, igrejas, áreas de lazer, escolas, etc.)? Onde se localizam?

-Como é a população atendida por sua equipe? Como se distribui em relação a sexo e idade? Quais são as condições de moradia? Como é o nível de renda, emprego e escolaridade? Quais as doenças crônicas e agudas que mais chamam a sua atenção?

-Os riscos sociais, ambientais e epidemiológicos que você identificou estão no mapa do território da equipe? Se não, você sabe como se distribuem entre as microáreas dos ACS?

-Você promove ou já promoveu alguma intervenção para enfrentar os riscos identificados? Exemplos?

Integração com outros setores

-Você já fez ações com outros setores fora da área da saúde? Por exemplo, limpeza urbana, saneamento básico e educação (PSE). Quais? Dê exemplos

-Você conhece o Centro de Referência de Assistência Social? Já fez contato? Para quê?

Valorização dos determinantes sociais

-Você sabe se a equipe consegue acompanhar todos os usuários com Bolsa Família? Você participa? Como?

-Existe alguma atuação diferenciada para casos de fragilidade social? (Por exemplo, ocorrem mais visitas domiciliares, grupos ou outras ações?)

-Já indicou aos usuários alguma oportunidade ou meio de conseguir emprego, renda, educação ou suporte social? Dê algum exemplo.

-As condições de trabalho dos usuários afetam a saúde deles? Dê exemplos.

-O contexto da violência urbana afeta a saúde dos usuários? Como?

Participação ativa das coletividades na construção de projetos de saúde

-Você participou do diagnóstico comunitário da área da sua equipe? Como? Neste diagnóstico, líderes comunitários foram escutados para apontar quais os principais problemas de saúde que percebem que afetam a sua própria comunidade? Quais líderes?

-Você já apresentou para a comunidade os resultados das atividades da equipe, como em uma prestação de contas para os usuários?

-Há alguma reunião que envolva os usuários para definir a maneira de funcionamento da unidade de saúde? Você participa? Foram desenvolvidas ações a partir de sugestões ou decisões deste conselho? Dê algum exemplo.

-Quais as parcerias com locais dentro da comunidade para ações da equipe, como campanhas, grupos ou outras?

Centralidade do sujeito e sua autonomia

-Você conhece o método clínico centrado na pessoa? Neste método, enfatiza-se a consideração da experiência da doença sentida pelo paciente (o illness). Você explora os sentimentos e angústias que os pacientes trazem por trás de suas queixas? Como? Dê um exemplo de um caso.

-Os pacientes participam da definição da conduta clínica? Como?

-Você conversa e estimula os usuários para a adesão aos planos terapêuticos? Dê um exemplo.

-Em casos mais complexos, que a pessoa necessite de cuidados contínuos, você busca identificar possibilidades de apoio familiar ou na comunidade? Como? Lembra de algum caso?

-Você costuma informar direitos aos pacientes? Quais? (Por exemplo, nas consultas às gestantes, sobre alojamento conjunto, presença de acompanhante no parto e licença-maternidade?)

Dimensão II: Elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência

Carteira ampla de serviços para promoção, prevenção e assistência em saúde

-Nas consultas, você conversa com o paciente para ter uma alimentação mais saudável? Para deixar de fumar? E para diminuir os danos causados por álcool e drogas? Como?

O município do Rio de Janeiro possui uma carteira de serviços para a atenção básica e contempla determinados procedimentos.

-Você realiza os seguintes procedimentos: cantoplastia, remoção de cerúmen, sutura e inserção de DIU?

- Se realiza, qual a frequência em um mês?
- Em caso negativo, por que não?
- Você se sente suficientemente capacitado para executar todos estes procedimentos?
- Possui condições adequadas de material e estrutura para realizar essas ações?
- Você participa de grupos de usuários na sua unidade? Quais?

Atenção à demanda espontânea e programada

- Você reserva vagas na agenda para usuários sem marcação prévia? Em que dias? Quantas por dia?
- Quais são os casos mais frequentes e importantes de atendimento à urgência na equipe? Há casos que precisem de observação clínica ou solicitação de ambulância? São comuns? Dê exemplos
- Você atende os seguintes grupos prioritários (ver quadro abaixo)? Como é organizado o atendimento? (Há turnos específicos para cada condição de saúde?)

Gestantes (S) (N)	Crianças (S) (N)	Diabéticos (S) (N)
Hipertensos (S) (N)	Tuberculosos (S) (N)	Problemas mentais (S) (N)

Prestação de serviços em diversos cenários

- Você já participou de alguma ação de saúde fora da unidade? Quais?
- Quantos usuários acamados tem na sua área? De quanto em quanto tempo você visita?
- Quantas visitas domiciliares realiza por semana? Por exemplo, na semana passada, quantas realizou?

Integração com outros serviços

- Ocorre troca de informações com médicos especialistas? Em que casos? Como ocorre esta troca de informações (por referência e contrarreferência?) (Já fez contato pessoal, por telefone, email ou outro meio?)
- Já recebeu contrarreferência?
- Você acompanha os casos encaminhados para especialidades? Como?
- Conhece o Telessaúde? Já usou o serviço de teleconsultoria? Para quê?

Interdisciplinaridade

- A sua equipe se reúne? Com que frequência? Você participa? Nas reuniões você discute casos (clínicos e de vulnerabilidade social)? É estabelecido um plano de cuidado em conjunto? Dê um exemplo.
- Como tem sido, desde o início da sua entrada no PMM até agora, o papel da equipe de enfermagem no compartilhamento de tarefas? Na prática, quando precisa se relacionar com a enfermagem?
- E os ACS? -E o Núcleo de Apoio à Saúde da Família?
- Já teve alguma dificuldade na relação com algum membro da equipe? Por quê?
- Em comparação com o trabalho em equipe de Cuba, quais as diferenças?

Planejamento das intervenções

- Você e sua equipe analisam os indicadores ou dados estatísticos para orientar as ações de saúde da equipe? Quais os dados utiliza? De quando? Dê um exemplo de uma ação planejada

Utilização de protocolos assistenciais

- Você conhece os protocolos em guias de referência rápida para a Atenção Básica do município do Rio de Janeiro? Quais já utilizou? Em que situações?
- Você utiliza outros protocolos ou diretrizes nacionais ou internacionais? Dê algum exemplo.
- Você sentiu alguma dificuldade ou problema para se adaptar aos protocolos existentes no Rio de Janeiro?

III. Considerações finais

- Como você avalia sua participação no PMM no município do Rio de Janeiro?
- O que você acha que o PMM tem trazido de bom para termos uma atenção básica mais integral no Rio de Janeiro?
- Que problemas o PMM tem que dificultam chegarmos a uma atenção básica mais integral no Rio de Janeiro?
- Qual o ponto mais negativo da experiência no PMM?
- Qual o ponto mais positivo?
- Você gostaria de fazer mais algum comentário?

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Grupo: supervisores do PMM na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro

Ficha de perfil das participantes

Idade: Qual instituição e ano de graduação?:

Fez Residência em Medicina de Família e Comunidade?

Sim () Não () Ano de conclusão:

Possui título de especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade?

Sim () Não () Ano de obtenção:

Fez ou está fazendo mestrado?

Sim () Não () Ano de conclusão/previsto: Em qual área?:

Fez ou está fazendo doutorado?

Sim () Não () Ano de conclusão/previsto: Em qual área?:

Possui outras especialidades ou pós-graduações?

Sim () Não () Quais?:

Além da supervisão no Programa Mais Médicos, ocupa atualmente outros cargos ou funções na assistência, ensino ou gestão na saúde?

Sim () Não () Quais?:

Desde que mês e ano atua como supervisora do Programa Mais Médicos?:

Quantos médicos supervisiona na AP 3.1?:

Roteiro do Debate

1. Abordagem Centrada na Pessoa (15-20min)

Vocês consideram que os médicos do PMM conhecem e praticam a abordagem centrada na pessoa? Como praticam?

Seis componentes:

1. explorar a doença e a experiência da pessoa em estar doente;
2. entender a pessoa como um todo;
3. elaborar um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas;
4. incorporar prevenção e promoção da saúde na prática cotidiana;
5. intensificar o vínculo;
6. ser realista

2. Orientação comunitária do cuidado (15-20min)

Há alguma atuação diferenciada dos médicos para casos de vulnerabilidade social? Como? Os médicos analisam indicadores de saúde para diagnóstico comunitário e planejamento de ações na área adscrita?

Fazem intervenções no território, associados a lideranças locais ou outros setores sociais além da saúde?

3. Elenco de ações desempenhado pelos médicos do PMM (15-20min)

Quais são as ações de promoção, prevenção e assistência em saúde realizadas pelos médicos?

- Atendimento de todos os ciclos de vida
- Procedimentos ambulatoriais e pequenas cirurgias (cantoplastia, remoção de cerúmen, sutura, DIU)
- Consultas de demanda espontânea
- Consultas de demanda programada
- Grupos de usuários
- Visitas domiciliares

Consideram que realizam integralmente ou parcialmente as ações necessárias para a atuação na ESF? O que favorece ou limita esta atuação?

Seguem as diretrizes e linhas de cuidado estabelecidas no Rio de Janeiro?

4. Integração das ações com outros profissionais da equipe e da rede de saúde (15-20min)

Destacando a importância da interdisciplinaridade para a prática na Atenção Básica, como tem sido a relação com:

-os enfermeiros? os ACS? o Núcleo de Apoio à Saúde da Família? os gerentes e responsáveis técnicos na unidade?

Há troca de informações com outros profissionais da atenção especializada e hospitalar? Por quais meios?

O médico exerce o papel de coordenação do cuidado na articulação com outros profissionais? Quais as possibilidades e desafios que verificam?

5. Considerações finais (15-20min)

Quais as especificidades da atuação dos médicos do PMM na AP 3.1, majoritariamente cubanos?

Quais as principais contribuições dos profissionais do PMM na APS no Rio de Janeiro para o alcance da integralidade nas práticas? Quais as principais dificuldades?

O que a experiência da supervisão pôde trazer no sentido de uma APS com práticas mais integrais, no contexto da AP 3.1?