

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA – PPGGC**

**PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DAS  
PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA  
NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS - SP**

**SÃO CARLOS**

**2020**

**FERNANDA MICHELLE DUARTE DA SILVA**

**PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DAS  
PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA  
NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientador: Prof. Dr. Geovani Gurgel**

**Aciole**

**SÃO CARLOS – SP**

**2020**



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Fernanda Michelle Duarte da Silva**

**“PROJETO MAIS MÉDICOS: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES E  
EXPERIÊNCIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO  
DE SÃO CARLOS - SP”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de São  
Carlos para obtenção do Título de Mestre  
junto ao Programa de Pós-graduação em  
Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 27/02/2020**

### **COMISSÃO EXAMINADORA:**

- Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva - UFSCar
- Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto - UFSCar
- Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus - UFBA

## AGRADECIMENTOS

Acredito que esse momento se passou inúmeras vezes pelos meus pensamentos e de certa forma não estou a acreditar que estou nesta etapa.

Hoje ao escrevê-lo vem toda uma trajetória conturbada em minha mente com momentos que foram chaves e que contribuíram para esse processo.

Para mim a palavra agradecimento vem de um poder surreal de alguém para muitos, classifico o agradecer a forma mais sublime de humildade que o ser humano possa expressar e aqui não quero em nenhum momento deixar de citar nomes, porque para que todo esse contexto fosse construído foram necessários eventos, momentos, pessoas, locais, enfim julgo essa construção proveniente de um **Deus** que tudo pode, o ser Onisciente, Onipresente que me elegeu e me doou para um ventre que foi escolhido, sendo ela a minha Guerreira: **Mãe** que foi resultante de um amor para com meu Amado: **Pai**, que gerou o meu alicerce a **Minha Família**, sendo está composta por minha **Irmã**, meus **Primos** lindos que os amo e os tenho como se fossem meus filhos, minha **Tia**: exemplo de liderança e a minha Estrela que brilha no descanso do Senhor: **Voinha**, são e foram eles de quem herdo tudo o que tenho e tudo o que sou.

Grata a Deus por me presentear em todo o momento com **Anjos**, chamados de amigos, colegas, profissionais que passaram por meu caminho que tenho trilhado que me conduziram com palavras e ensinamentos que resultaram na escrita desse projeto.

Ao meu Presente de Deus: Minha filha, **Stephanie**, fruto dos meus anseios, sonho de ser Mãe e que a todo o momento esteve e está ao meu lado me dando forças para continuar qualquer projeto/sonho me fortalecendo nas lágrimas, agonias e sendo o meu folego para continuar.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. **Geovani Gurgel Aciole** por seus ensinamentos, paciência e por acreditar em mim quando desacreditava.

Obrigada **Deus** por mais essa conquista, sei que foi plano e projeto seu.

## RESUMO

### **PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP**

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado no Brasil com o objetivo de reduzir as desigualdades de acesso na Atenção Primária à Saúde (APS). Tomando por base as evidências que comprovam a escassez dos profissionais no país, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade, um dos eixos de ação está voltado para o provimento emergencial desses profissionais em áreas vulneráveis. Assim fica evidente o fortalecimento das equipes de saúde que representam o primeiro acesso do indivíduo ao sistema de saúde, passando na sua composição a ter o profissional permanente e presente nas ações em saúde, onde anteriormente vários municípios apresentavam dificuldades em contratar e manter os profissionais e as equipes ativas. O objetivo desse trabalho é avaliar o Programa Mais Médicos a partir das percepções e experiências das equipes de saúde da atenção básica que atuam no município de São Carlos – SP. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa que utilizou a entrevista semiestruturada com os supervisores do programa e grupos focais com agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) e nível superior (enfermeiros, dentistas) que compõem as equipes a partir de questionamentos pertinentes aos objetivos do estudo. Após as transcrições e análise da técnica surgiram as seguintes categorias com subcategorias sendo descritas como: avaliação dos primeiros profissionais do PMMB, onde as equipes acolheram o profissional como um “socorro” para as demandas das equipes, a princípio ficou perceptível resistência por parte da população, foi algo passageiro após os primeiros meses. O contato com o profissional e o programa por parte das equipes, foi visto como positivo devido as dificuldades por não terem o médico na unidade. Em outra categoria temos por destaque as mudanças que ocorreram nas equipes com a integração deste profissional. Ficou perceptível o diferencial da formação desses profissionais em fazer saúde, o estabelecimento e a facilidade como ocorreu o vínculo entre equipe, profissional e comunidade e por fim surgiu a categoria quanto a trajetória do projeto do município tivemos a dificuldade com alguns médicos por não realizarem a gestão participativa dentro das equipes, por falta de esclarecimento por parte da gestão local. Ficou evidente por parte das equipes ao descrever a trajetória que o projeto foi um marco histórico devido a quantidade de profissionais e as mudanças que ocorreram nas equipes e comunidades. No entanto a discreta ou a falta de gerenciamento por parte da gestão municipal, não tivemos o pleno aproveitamento do que o programa poderia nos oferecer. Hoje, temos a dúvida da continuidade ou não do programa e como ficaremos sem o provimento emergencial, já que nossos profissionais, os médicos não aderem ou criam vínculos com as equipes.

**Palavras-Chave:** Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde. SUS.

## ABSTRACT

### **THE MORE DOCTORS BRAZIL PROJECT: AN EVALUATION FROM THE PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF THE BASIC ATTENTION HEALTH TEAMS IN THE MUNICIPALITY OF SÃO CARLOS - SP**

The More Doctors Program (MDP) was created in Brazil with the objective of reducing inequalities of access in Primary Health Care (PHC). Based on the evidence that prove the scarcity of professionals in the country, especially in the most vulnerable regions, one of the axes of action is aimed at providing emergency care for these professionals in vulnerable areas. Thus, it is evident the strengthening of health teams that represent the individual's first access to the health system, passing in its composition to have the permanent professional and present in health actions, where previously several municipalities had difficulties in hiring and maintaining professionals and the active teams. The objective of this work is to evaluate the More Doctors Program from the perceptions and experiences of the primary care health teams working in the city of São Carlos - SP. This is an exploratory study with a qualitative approach that used the semi-structured interview with program supervisors and focus groups with community health agents (CHA), mid-level professionals (nursing assistants and technicians) and higher level (nurses, dentists) that make up the teams from questions pertinent to the objectives of the study. After the transcriptions and analysis of the technique, the following categories emerged, with subcategories being described as: evaluation of the first MDBP professionals, in which the teams welcomed the professional as a "help" to the demands of the teams, at first there was a noticeable resistance on the part of the population, it was something passenger after the first months. The contact with the professional and the program by the teams, It was seen as positive due to the difficulties of not having the doctor at the unit. In another category, we highlight the changes that occurred in the teams with the integration of this professional. It was noticeable the differential of the formation of these professionals in making health, the establishment and the ease as occurred the link between team, professional and community and finally arose a category regarding the trajectory of the municipality's project, we had difficulty with some doctors for not performing participatory management within the teams, due to lack of clarification by the part of the local management. It was evident by the part of the teams to describe the trajectory that the project was a historic landmark due to the number of professionals and the changes that occurred in the teams and communities. However the discreet or lack of management by the part of the municipal management, we haven't had the full benefit of what the program could offer us. Today, we have doubts about if the program will continue or not and how we will be without emergency provision, whereas our professionals, the doctors' don't adhere to or create bonds with the teams.

**Keywords:** The More Doctors Program. Primary Health Care. SUS.

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro I** - Equipes e Número de Profissionais

**Quadro II** - Perfil da Amostra e Codificação Utilizada

**Quadro III** - Percepção dos trabalhadores e supervisores dos primeiros médicos do PMM

**Quadro IV** - Perfis dos municípios e localidades prioritários para o Programa Mais Médicos

**Quadro V** - Mudanças Perceptíveis no trabalho em equipe das ESFs com o PMM

**Quadro VI** - Finalidade do Programa Mais Médicos

**Quadro VII** - Trajetória do PMM

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AP</b>	Atenção Primária
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CNM</b>	Confederação Nacional dos Municípios
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
<b>DRS</b>	Departamentos Regionais da Saúde
<b>DGCA</b>	Departamento de Gestão de Cuidado Ambulatorial
<b>DSEIs</b>	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FIES</b>	Fundo de Financiamento Estudantil
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICSAP</b>	Internações por condições sensíveis a atenção primária
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto



<b>PITS</b>	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
<b>PMM</b>	Programa Mais Médicos
<b>PMMB</b>	Programa Mais Médicos Brasil
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PROVAB</b>	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>UNA-SUS</b>	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## **ANEXOS**

- Anexo A** Roteiro semi-estruturado entrevista - Supervisor
- Anexo B** Roteiro semi-estruturado – Grupo Focal
- Anexo C** Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa
- Anexo D** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	12
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2. OBJETIVO</b>	17
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	18
<b>3.1 - Contexto Histórico da Atenção Básica no Brasil</b>	18
<b>3.2 - Ampliação do Acesso e a Estratégia Saúde da Família</b>	21
<b>3.3 - Desafios da Atenção Básica no Brasil</b>	22
<b>3.4 - Contexto e Implantação do Programa Mais Médicos</b>	23
<b>4. PERCUSO METODOLÓGICO</b>	28
<b>4.1. Tipo de Estudo</b>	28
<b>4.2. Local do Estudo</b>	28
<b>4.3. População e Espaço Amostral</b>	29
<b>4.4. Instrumento e Coleta de Dados</b>	33
<b>4.5. Análise dos Dados</b>	35
<b>4.6. Aspectos Éticos e Legais do Estudo</b>	36
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	37
<b>5.1. - Avaliação dos primeiros profissionais do PMM nas Equipes de saúde</b>	37
<b>5.2. - Mudanças perceptíveis no trabalho em equipe das ESFs com O PMM</b>	41
<b>5.3. - Trajetória do Programa Mais Médicos na visão das Estratégias de Saúde da Família</b>	47
<b>6. CONCLUSÃO</b>	52
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	54
<b>ANEXOS</b>	60
<b>ANEXO A</b>	60
<b>ANEXO B</b>	62
<b>ANEXO C</b>	64
<b>ANEXO D</b>	

## APRESENTAÇÃO

O primeiro encontro, posso chamá-lo assim, já que foi um processo de conhecimento do Sistema Único de Saúde, ocorreu na graduação, acredito por volta do 5º período, onde realizei estágio da disciplina: Saúde Pública. Identifico o momento como algo superficial, singelo e de difícil compreensão. Só fui realmente saber do que se tratava o que foi abordado anteriormente, após minha formação ao assumir uma Unidade Saúde da Família no interior Paraibano com uma população de 2 mil habitantes.

A partir da descoberta e de onde estava inserida, não quis em nenhum momento distanciar do sistema e cada vez procurei me aprofundar nas suas políticas, apesar da inocência e falta de manejo profissional. O processo não foi algo tão simples, sabia da necessidade, do compromisso que pactuei ao tomar este caminho, o querer fazer, o fazer diferente com resultados de uma assistência qualificada para a população, essa sempre foi a minha busca e a minha necessidade de resposta para uma atuação enquanto enfermeiro.

Da primeira Unidade de Saúde para mudança de outro território/município foram questões de alguns meses, me reporte para um local de difícil acesso, adentrando no interior do Estado, O Sertão Paraibano, sendo formado por municípios menores e de maiores dificuldades em manter as equipes de saúde ativas. Esses poucos anos foram suficientes para o embasamento profissional que tenho hoje, identifiquei por muitas vezes a cada visita domiciliar o olhar de uma população que anseia por um cuidado, por um atendimento onde dependendo da complexidade da assistência não chega a tempo no seu ciclo natural de vida. Desviei-me da trajetória mais comum de meus colegas de formação acadêmica quando decidi fixar por alguns anos nessa região e delinear meus caminhos na Atenção Básica.

Ao chegar na cidade de São Carlos, tive o privilégio de assumir uma UBS, após ser selecionada em concurso público, onde atuei como enfermeira assistencial, sendo que no primeiro ano de atividade fui nomeada supervisora. A partir de então, comecei a desenvolver aptidões voltada para o gerenciamento em Enfermagem que diga-se de passagem vai além de questões específicas da área de enfermagem, é uma combinação entre líder/liderança que tentei e tento desenvolver da melhor forma possível, prevalecendo as relações interpessoais e a construção e melhoria dos processos de trabalho nas equipes em que atuo

Motivada pela necessidade de aperfeiçoamento e buscando melhor compreensão gerado pela diversidade de percursos que a Gestão do SUS nos possibilita, procurei realizar especializações voltadas para o universo da Atenção Básica expandindo meus horizontes de conhecimento. O maior caminho a ser trilhado dessa jornada, foi quando

decidi ingressar no Mestrado Gestão da Clínica que veio me redirecionar para essa área, exigindo uma caminhada de imersões teóricas e interdisciplinar. Acredito que foi a decisão que já era para ter sido tomada, no entanto faltava o entendimento, o manejo profissional que tenho hoje.

Pode-se perceber que tenho formação e vivência em territórios totalmente divergentes quanto processo de organização da Atenção Básica que envolve questões relacionadas a estruturação da RAS, acessibilidade da população para se inserir na rede, gestão, composição das equipes ou até mesmo falta/ausência de um profissional, refletindo diretamente no cuidado em saúde de um território. Para se estabelecer vínculos no sistema de saúde, é necessário relações de longa duração entre usuário e o profissional de saúde, sendo uma condição indispensável para que se estabeleça vínculos de confiança que permite humanizar esse contato, transformando o usuário em sujeito com singularidade e subjetividade, e não apenas consumidor de eventuais serviços, é recomendável que esse vínculo seja estabelecido com uma equipe/profissional da atenção primária para que possam cumprir com o papel de cuidadores. A questão que transcende nesse momento e como esse estabelecimento de vínculos pode ocorrer na porta de entrada do sistema com a falta do profissional, isso é perceptível nas regiões de grandes dificuldades em relação acessibilidade ao local bem como com a população de maior vulnerabilidade.

Quanto ao meu ver sobre meus objetivos, senti a necessidade de abordar algo que faria jus a minha vivência e ao que foi exposto anteriormente, me vi impulsionada aprofundar esse contexto histórico que o país vem abraçando que é o PMMB. Com a chegada dos primeiros profissionais, foi um marco na reestruturação das equipes no que abrange toda a sua complexidade enquanto processo de trabalho, foi um “bum” na mídia, nos altos escalões da classe médica brasileira, nos municípios, vilas e vilarejos, nunca havia presenciado algo tão intenso e articulado entre as esferas do governo e a sociedade. O programa vai muito além do caráter emergencial da ausência do profissional na ponta, aborda transformações na formação acadêmica desses profissionais, priorizando a atenção básica no seu processo de formação, enfim a sua receita principal, estava centrado em uma das profissões mais tradicionais do país.

No entanto, o que mais instigou para essa escolha, foi o rumo/repercussão que o Programa tomou, presenciei a chegada e a vivência de alguns profissionais que atuam no município, bem como em outros territórios, principalmente nordestinos onde disponho de alguns colegas enfermeiros, secretários de saúde de cidades cuja população não ultrapassam 5 mil habitantes e em muitas reflexões conjuntas é perceptível “mudanças” no perfil assistencial e nos processos de trabalhos das equipes que refletiram diretamente no cotidiano das Unidades de Saúde. Venho aqui abordar os resultados que nos interessam frente ao fortalecimento da Atenção Básica, para discernir que existe um déficit de profissionais de saúde para atender as populações vulneráveis, uma discordância na distribuição desses profissionais nas regiões brasileiras e para muito além disso que o

quadro em que estávamos, prejudicava a consolidação da Atenção Básica e por consequência, o SUS.

O interesse em avaliar o PMM a partir da percepção e experiências das equipes de saúde nos remete ao item dois dos objetivos do programa que é justamente contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica, a partir da expansão das unidades de saúde garantindo maior acessibilidade da população, principalmente as que encontram em extrema pobreza e de maior vulnerabilidade, onde antes nunca receberam a visita de um profissional médico, (BRASIL, 2013). É Inegável que o programa ofereceu uma resolução rápida e satisfatória para o problema histórico de dificuldade de acesso ao médico, representando para quem utiliza a possibilidade de saúde para todos, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a literatura, autores relatam que diferentes características determinam como os sistemas de saúde operam, muitos independentes dos locais de onde foram implantados passam por inúmeras permutas e combinações na tentativa de buscar soluções para as transposições dos desafios para a prestação de serviços eficazes, efetivos e resolutivos e com isso todos os países estão enfrentando tensionamentos para mudanças em seus sistemas de saúde de maneira que venha responder melhor ao que está sendo exigido de acordo com as necessidades de saúde da população. (STARFIELD, 2002)

A organização dos serviços em saúde tem sido um dos temas de debate conceitual e político no âmbito da reforma sanitária brasileira nas últimas décadas, este debate vem ressaltando a reformulação das políticas, estratégias de mudança de gestão e de seu financiamento. Esse debate traz consigo a formulação e implementação de propostas políticas, normas e estratégias de mudanças, principalmente no tocante as práticas em saúde no contexto de construção do SUS. (TEIXEIRA; SOLLA,2006).

As transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde, orientada à Estratégia de Saúde da Família no âmbito do SUS nos remete a realizarmos reflexões de como esse processo de construção vem permitindo a universalização do acesso da população aos serviços, de maneira que possa garantir a equidade para que possa tornar a porta de entrada resolutiva do sistema de saúde.

No momento o país vem atravessando um forte redirecionamento da sua atenção ao primeiro contato com a APS, principalmente no modelo de ESF que vem com a proposta de substituir o modelo tradicional, priorizando ações de promoção, proteção, recuperação da saúde de forma integral, holística e resolutiva em contrapartida ao que vem sendo oferecido, sendo assim uma estratégia de organização e reorganização do sistema de saúde. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Além dos desafios enfrentados pela atenção básica em relação ao financiamento insuficiente, infraestrutura precária das unidades de saúde, informatização inadequada dos serviços e pouco uso das informações para tomada de decisões e elaboração de planejamento estratégico de ações em saúde eficazes, temos a dificuldade em se ampliar o acesso bem como aumento da cobertura das áreas a respeito da assistência que podem não ser muitas vezes explicadas por desigualdades geográficas na distribuição dos profissionais médicos no território que podem ser observados também em vários países e regiões mas pelo fato que da proporção de médico por habitantes ser muito menor que as necessidades da população do SUS. (COSTA et al.,2017)

Temos por parte estruturante do Sistema de Saúde a Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde - APS, segundo a PNAB (2011), nas concepções atuais são

equivalentes, vem sendo progressivamente ampliada, onde parte desse crescimento deve-se a criação, manutenção e ampliação do Programa Mais Médicos (PMM), que veio para suprir a carência dos profissionais médicos no país, principalmente nas regiões de maiores vulnerabilidades, fortalecendo o SUS, diminuindo as desigualdades regionais no acesso a saúde.

O PMMB surge trazendo com seu processo de implantação, intenso e extenso debates no cenário da política nacional brasileira. Um dos pontos primordiais de grande relevância do programa está voltado para o provimento do eixo emergencial na tentativa de suprir a falta do profissional ao recrutar médicos para atuarem na atenção básica.

Após cinco anos desde a criação do programa em 2013, o PMMB possui mais de 16 mil médicos ativos no país, sendo mais de 2 mil no estado de São Paulo. (BRASIL, 2018). Por ser uma política recente e devido aos seus altos investimentos surge a necessidade de avaliar o programa, para identificar se seus caminhos percorridos estão jus aos objetivos que o norteiam, principalmente no meio em que estão inseridos que são as equipes de saúde. Cabe aqui ressaltar que a qualidade da atenção à saúde perpassa por cada membro da equipe, da necessidade de união e do empenho individual para o alcance do bem coletivo.

Assim, espera-se que os resultados encontrados com a pesquisa venha sensibilizar gestores municipais para reorganização dos serviços de saúde de maneira que possa conhecer as dificuldades, benefícios, limites e potencialidades do PMMB a partir das falas e vivências dos que atuam nas equipes, resultando assim na reorganização dos processos de trabalho priorizando melhor assistência e maior acessibilidade da população aos serviços de saúde.



## **2. OBEJTIVO**

Avaliar o PMMB a partir das percepções e experiências das Equipes de Saúde que compõem a Atenção Básica do município de São Carlos – SP.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 - Contexto Histórico da Atenção Básica no Brasil**

Desde a década de setenta, fica evidente a presença de movimentos sociais insatisfeitos com as práticas mercantilistas, tendo por destaque a formação de atores e instituições com propostas radicais quanto ao sistema de saúde que relacionam e valorizam o desenvolvimento da medicina preventiva, com o intuito de fortalecer um “novo” modelo contrário ao vigente, sendo a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático. É importante enfatizar que ações que estavam vinculadas a saúde priorizavam a melhorar o atendimento e a redução de custos com recursos que defendiam a ampliação à cobertura médica, formação e capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde. (VASCONCELOS, E.M., 2001; PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A., 2014)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978) e a Organização Pan – Americana de Saúde tem defendido a Atenção Primária em Saúde desde a Declaração de Alma – Ata, onde a atenção básica é entendida como atenção essencial à saúde, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, de acordo com as necessidades de saúde da população, sendo avaliadas de maneira correta e de forma socialmente aceitáveis e com elevada relação custo-benefício e cientificamente comprovadas. Essas lançaram as bases de um movimento de renovação da APS nas américas, buscando estimular reflexões nas políticas implementadas condizentes com os princípios e valores que foram defendidos em Alma – Ata, instigando novas reformas que venham fortalecer os sistemas nacionais de saúde que são orientados pela APS, inclusive o sistema de saúde brasileiro. (ALMEIDA, et all, 2018)

Os marcos legais instituídos pela promoção da saúde no Brasil são contemporâneos a I Conferência Internacional sobre promoção da saúde que foi realizada em Ottawa, no Canada em 1986, sendo que neste mesmo ano foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde no país que envolveu a participação de profissionais, gestores e cidadãos que propuseram a base de discussões que veria a ser a “reforma sanitária brasileira”, sendo seus princípios e suas diretrizes bem próximos aos conceitos centrais da AP que foram incorporados na Constituição Federal de 1988, sendo outorgada pela Assembleia Nacional Constituinte. (BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. 2009).

A saúde, no Brasil foi descrita a primeira vez na Constituição Federal (CF) de 1988:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

A organização dos serviços de saúde vem como um tema de debate conceitual e político no âmbito da reforma sanitária brasileira no decorrer dos anos, emergindo formulações e implantações de propostas políticas, principalmente quanto às práticas em saúde, financiamento, mudança quanto a gestão dos serviços perante a construção do sistema único de saúde. O ponto máximo, conquistado no contexto de redemocratização desse processo ocorreu durante a VII Conferência Nacional de Saúde, os trabalhos impulsionados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária e da aprovação da Lei Orgânica do SUS. Fica evidente que os sistemas de saúde de todo o mundo passam por mudanças importantes devido as demandas populacionais provenientes do envelhecimento da população, questões nutricionais com alterações de padrões alimentares emergindo uma população obesa com ênfase para grupos infantis, aumento das doenças crônicas e as iatrogênicas que exigem soluções imediatas e resolutivas. (TEMPORÃO, 2014)

No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de APS passaram a ser chamadas de atenção básica, implementada como política de Estado. Segundo Giovanella e Mendonça, 2012, a atenção primária é um conjunto de práticas integrativas que são direcionadas para responderem às necessidades individuais e coletivas, sendo que nos dias atuais é considerada intencionalmente a base de um novo sistema de saúde que tem por base a relação usuário-cidadão. A AB é a porta de entrada do SUS, é o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. Assim como sua forma de concretização enquanto Política Pública de saúde através da Política Nacional de Atenção Básica articulando com importantes iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS), com a ampliação das ações intersetoriais, promoção à saúde e à universalização, (PNAB, 2011). É resultante de experiências e conhecimentos adquiridos por atores envolvidos historicamente no desenvolvimento e consolidação do SUS, sendo os movimentos sociais, acadêmicos, usuários, trabalhadores e gestores das esferas de governo e indivíduos inseridos no Sistema de Saúde de outros países. (PAIM, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica, são termos utilizados para identificar o nível primário de atenção à saúde, identificamos aqui as distinções históricas conceituais que são marcadas pela diferença entre os referenciais, sendo que o Ministério da saúde utilizou na década de 1990 a terminologia Atenção Básica em seus documentos

e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) por outra terminologia, afirmando que neste trabalho iremos utilizar ambas as terminologias

O primeiro contato do indivíduo, família e comunidade com os serviços de saúde é através da atenção básica, sendo definida como conjunto de intervenções de saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo, por ações que envolvem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. É desenvolvida por exercício das práticas de cuidado e gestão: democráticas e participativas, utilizando o trabalho em equipe com limitações de área. Observa-se aspectos de riscos, vulnerabilidade, informações peculiares de toda a demanda local, sendo caracterizada por seus princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade, assistência humanizada, equidade e responsabilidade, enfim busca atender o indivíduo de maneira individual no seu meio de vivência tendo a preocupação de uma atenção integral e holística. (PNAB, 2011)

A opção por reorientar o modelo de atenção a partir de mudanças na organização das ações básicas surge no período de 1998-2002, quando a Saúde da Família deixa de ser um programa que operacionalizava uma política focalizada na atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006)

No início da década de 1990, precisamente em 1992, foram instituídos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa Saúde da Família em 1994 (PSF) – que passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF) e a aprovação das Normas Operacionais Básicas de 1996 (NOB/96) como representações da ênfase dada para dentro do SUS. (ALMEIDA, et al, 2018). O PSF tem como foco de atenção a família, comunidade e usuário visando ações de prevenção, promoção e reabilitação, tem por função organizar a AB como porta de entrada do usuário em um sistema organizado por níveis crescentes de atenção para garantir atenção integral de saúde. No entanto por se tratar de um programa manteve uma lógica pontual e só se tornou estratégia quando transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes às definições de programa.

Com a instituição e diversas ações, percebeu-se então a necessidade de elaborar uma política nacional que não agrupasse apenas as distintas iniciativas mas sim revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar gastos públicos. Institui assim em 2003 um grupo de trabalho no Ministério da Saúde que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo publicada em março de 2006. No entanto ao buscar preservar a centralidade da ESF e consolidar a APS, em 2011 ocorreu a primeira revisão da PNAB que a princípio manteve a essência de 2006. No entanto introduziu importantes inovações voltadas para ampliação do acesso, cobertura e responsabilidades da AB. Da sua publicação até os dias atuais diversos programas e ações foram modificadas ou inseridas tendo por prioridade a consolidação da AB na perspectiva de ampliar o acesso,

acolhimento e melhor resolutividade das ações, respeitando diferentes realidades impostas no território brasileiro. (ALMEIDA, et al, 2018)

### **3.2 - Ampliação do Acesso e a Estratégia Saúde da Família**

A ESF propõe a sua atenção à saúde voltada para a família de maneira que possa ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, levam os profissionais de saúde a entrarem em contato direto com as condições de vida e saúde de uma determinada população em um território específico, permitindo-lhes uma visão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão muito além das ações práticas – curativas. Ao considerar a família como objeto central da AB, a ESF está contemplando atributos derivados da APS, sendo a orientação familiar/comunitária e a competência cultural que passam exigir o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural. Fica evidente que cada vez se consolida o modelo de AB que figura com a ESF, tendo por destaque a sua referência de modelo assistencial voltado para a territorialidade com enfoque em equipes multidisciplinares e a clínica ampliada aos sujeitos envolvidos frente equipe – comunidade.

De acordo com Campos e Junior (2016), a ESF passou por se tornar estruturante com efeito indutivo e desordenado, onde os municípios começaram por aderir a Estratégia de maneira que não ocorreu o processo de planejamento frente a participação efetiva e significativa do Estado quanto ao processo de coordenação e do Governo Federal no tocante ao provimento de recursos humanos, de maneira que sobrecarregou os municípios quanto ao processo de formação e ordenamento da força de trabalho. Devido à ausência no processo de planejamento a implementação da AB ocorreu de maneira heterogênea que resultou em diferenças salariais, modelos de contratação diferentes, dificuldades de contratação e fixação dos profissionais em algumas áreas de maneira que os municípios sozinhos não teriam como fazer gestão do trabalho médico na AB. Com isso seu processo ocorreu da seguinte forma:

Pois bem, a forma de implementação de uma rede integral de Atenção primária, baseada na indução econômica e na iniciativa operacional de cada município, vem produzindo efeitos paradoxais. Se o Programa, depois Estratégia Saúde da Família, encontrou receptividade no Nordeste, o mesmo não aconteceu na região Sudeste. Segundo a Pesquisa Nacional de \saúde, realizada em 2013, 53,4% das famílias brasileiras estavam cadastradas em Unidades de Saúde da Família (34,8 milhões de domicílios). A região Nordeste apresentava a maior cobertura (64,7%), enquanto a Sudeste apresentava a menor (46%). Neste mesmo inquérito, evidenciou-se que 47,9% dos brasileiros

costumam procurar uma Unidade Básica de Saúde quando necessitam de atendimento. (CAMPOS E JUNIOR, 2016)

Apesar dos esforços dos atores e do governo em transformar a AB como ordenadora do sistema, o processo de reorganização da assistência ocorre de maneira lenta, devido ao sistema brasileiro ainda está muito voltado para o modelo hospitalar e as especialidades médicas, cultura medicalizante para atender apenas as necessidades imediatas da população e as demandas dos serviços de saúde.

Nas últimas duas décadas a ESF ampliou de maneira significativa o acesso aos serviços de saúde de maneira que podemos dimensionar essa questão. Cabe ressaltar que em Janeiro de 2000, havia 4.563 ESF implantadas, assistindo a 8,8% da população brasileira, e, em fevereiro de 2015, esse percentual de cobertura era de 57% e atualmente temos 42.644 equipes com 73.84% de cobertura. (BRASIL, 2019).

Apesar dos problemas enfrentados pela ESF, vários estudos apontam para significativas melhorias de indicadores de saúde relacionados a cobertura vacinal, mortalidade e morbidade infantil e materna, doenças cardiovasculares, cobertura do pré-natal, melhoria das condições nutricionais, e outros. (MACINKO E MENDONÇA, 2018).

Nesse processo de expansão das equipes de saúde nos deparamos com o fator que transcende o momento vigente que as localizações geográficas dos profissionais de saúde, segundo estudos, se concentram nas regiões urbanas e mais ricas, sendo mais evidentes essa disparidade em países em desenvolvimento. (ARAÚJO; MAEDA, 2013).

No entanto, mesmo com a melhoria dos indicadores como foi citado anteriormente, pode-se identificar dificuldades no acesso a estratégia, relacionado entre outros fatores, pouco acesso das famílias da zona rural nas regiões Norte e Nordeste, alta rotatividade e equipes sem o profissional, cargas horárias reduzidas na tentativa de garantir as equipes ativas, estrutura precária quanto aos equipamentos e suporte assistencial e insatisfação com relação ao modelo de contratação.

### **3.3 - Desafios da Atenção Básica no Brasil**

Com o aumento da cobertura da atenção básica e a ampliação do número de equipes de ESF implantada em todo o país, resultou em aspectos indesejados desse processo o aumento da demanda nos serviços de média e alta complexidade, decorrente dessa expansão. O processo de trabalho centrado em uma equipe multidisciplinar

demonstra ser um dos principais atributos no alcance de resultados positivos, quando suas ações são eficazes em atividades educativas e assistências de caráter resolutivo no seu nível de atenção.

Nesse processo de expansão das equipes de saúde nos deparamos com o fator que transcende o momento vigente que a localização geográfica dos profissionais de saúde, segundo estudos, se concentra nas regiões urbanas e mais ricas, sendo mais evidentes essa disparidade em países em desenvolvimento. (ARAÚJO; MAEDA, 2013). A ausência do profissional em determinados locais não é por causa singular, e sim, uma questão multifatorial que combina aspectos de desregulação do mercado de trabalho, formação profissional e desigualdades na distribuição geográfica e a rotatividade entre os profissionais.

Porém, devido a extensão territorial e demográfica do Brasil, além do insuficiente número de médicos atuando na AB, (BRASIL, 2011) existem áreas e regiões que não conseguem implementar equipes de saúde por dificuldade para fixar o profissional no local.

Em janeiro de 2018, o Brasil contava com 452.801 médicos, que corresponde à razão de 2,18 médicos com mil habitantes, na mesma data os Conselhos Regionais de Medicina chegavam a 491.468, tendo como diferença 38.667 entre o número de médicos e o de registros referentes as inscrições secundárias de profissionais registrados em mais de um estado da federação. (SCHEFFER, et al 2018).

No setor público o usuário tem 3,9 menos médicos que no privado, sendo que no SUS há 1,95 postos ocupados por 1.000 habitantes, sendo no privado a taxa ultrapassa 7,60, não mostra se há falta ou excesso, nem qualifica assistência prestada ao usuário. (JUNIOR, 2011).

Consta que dos 1.247 municípios de até 5 mil habitantes, onde vivem cerca de 2,1% da população total do país, estão apenas 0,2% do número de médicos, sendo que nos 39 municípios com mais de 500 mil habitantes, vivem 29,4% dos brasileiros, atuam 60,9% de médicos do país. (SCHEFFER, 2015)

### **3.4 – Contexto e Implantação do Programa Mais Médicos**

A localização geográfica dos profissionais de saúde ao redor do mundo se concentra nas regiões mais ricas e nas áreas urbanas, sendo um padrão que pose visto em quase todas as nações do mundo, independente do grau de organização de seu sistema de

saúde ou de seu desenvolvimento econômico, o problema tem é bem mais evidente nos países em desenvolvimento. (ARAUJO; MAEDA, 2013)

A ausência de profissionais de saúde em determinadas localidades não é devido a uma causa singular, e sim ao conjunto de fatores que combinam aspectos como a desregulação do mercado de trabalho, formação profissional, desigualdade na distribuição geográfica e rotatividade entre os profissionais. (JLI, 2004)

No entanto, podemos ressaltar que a carência no Brasil de médicos não é um problema novo, estudos dos anos 1970, já identificavam que a distribuição de médico pelo país estava vinculada a distribuição de renda, ou seja, médicos nas regiões mais ricas. Foram então criados o Projeto Rondon e o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), no período do regime militar com o objetivo de levar médicos para o interior do País. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, novos programas foram instituídos: O Programa de Interiorização do SUS (1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), ano de 2000.

É preciso destacar que o tema escassez de médicos teve início na década de 1950 e se estica até a década de 2000 com o elevado crescimento com o número de municípios no País. Esse processo de municipalização está diretamente ligado ao processo de descentralização da saúde, quando a gestão das maiorias dos órgãos e estabelecimentos de saúde passa para o comando municipal. (CAMPOS et al, 2009)

No ano de 2011 o governo federal adotou medidas para enfrentar o problema de escassez, a partir da regulamentação de uma Lei aprovada no ano anterior, egressos de Medicina que tiveram seus cursos total ou parcialmente custeados pelo Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), poderiam abater suas dívidas em função do tempo de atuação na Saúde da Família de regiões previamente determinadas pelo Ministério da Saúde. No mesmo ano foi lançado o PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), que além de pagar bolsas de estudos e de cursos de especialização, estimulavam recém formados a trabalhar na atenção básica como forma de garantir pontuação adicional nas provas de residências médicas. No entanto, apesar de terem efeitos no provimento de médicos, as quantidades de profissionais foram inferiores a demanda que se apresentava. (ARAUJO et al, 2017).

Então em 2013, foi instituído no Brasil o Programa Mais Médicos, com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à Atenção Primária a Saúde (APS), baseado a partir das evidências que apontavam para um cenário de profunda escassez de médicos no país. O PMM para o Brasil foi denominado pela Lei 12.871/2013 com o intuito de fortalecer as prestações de serviço de saúde, aprimorar a formação médica no seu processo de formação, inserir esses profissionais nas unidades de atendimentos do SUS, fortalecer a política de educação permanente, estimular a pesquisa no âmbito do



SUS e aperfeiçoar esses profissionais para atuarem em políticas públicas de saúde do País.

O programa foi estruturado a partir de três eixos de ação que visam ampliar a oferta de médicos, melhorando suas condições assistenciais nos municípios brasileiros: (i) melhoria na infraestrutura das redes que prestam assistência em saúde, (ii) ampliação das ofertas dos cursos de medicina, com ampliação educacionais na graduação e residências médicas, (iii) nas regiões de maior prioridade do SUS de caráter emergencial implantação do programa mais médicos, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (CONASS, 2013).

No entanto, o lançamento do programa provocou reações que foram notadas por representantes de entidades da categoria médica que resultaram em acusações de cunho político que enfatizavam interesses eleitorais sendo julgado como medida errônea para o enfretamento em questão. Foi um tema discutido e estampado nas mídias sociais que veio como um desconforto para a classe médica do país, já que na sua maioria estavam presentes profissionais estrangeiros.

Após o período de apresentação os profissionais participam do projeto de aperfeiçoamento mediante oferta de especialização ofertada por onze instituições públicas de formação de ensino superior que integram o UNA-SUS, ofertada por instituições supervisoras. O profissional passa pela etapa de módulos, sendo o primeiro apresentar diploma e habilitação para exercer a medicina no país, ter conhecimento com a língua portuguesa, SUS, protocolos e diretrizes que regem a AB. Após esse contato os profissionais são direcionados para seu Estado de atuação para realizar curso de acolhimento onde são abordadas questões específicas da região onde irão atuar.

Ao término do acolhimento os profissionais são direcionados aos municípios de lotação, sendo o processo de lotação e atuação conduzido pelo gestor local com o auxílio do supervisor médico que tem por função realizar supervisão de forma contínua e permanente deste profissional e pelo tutor acadêmico, docente médico com a função de orientação acadêmica.

A princípio o Estado de São Paulo, liderou as demandas por profissionais do PMM, sendo que 2.197 vagas para médicos, representando 45% do total de vagas para a região Sudeste a época, sendo que 304 municípios aderiram ao programa totalizando 48% (COSEMSSP, 2014), demonstra que a distribuição destes profissionais não é uniforme nem mesmo no interior dos Estados, varia consideravelmente no país.

Neste contexto de implantação, merece ser destacado o fato de que a Universidade Federal de São Carlos foi a primeira instituição federal de ensino a assumir o apoio ao programa no estado de São Paulo e durante quatro anos seguiu nesta posição solidária e solitária, até que a ela se juntassem outras universidades públicas paulistas

como a Unicamp, a Famema e a Famerp. Por esta posição pioneira, e por estar sediada em São Carlos, local do estudo, também me propiciou a oportunidade de contato com o PMMB desde a chegada dos primeiros médicos até o momento atual.

De acordo com a Kemper, 2018 com o processo de implantação do PMM tivemos um aumento de 10% de cobertura da ESF (2013-2017), sendo que 40% das equipes de SF tem profissionais do programa, totalizando 75% dos municípios. Foram perceptíveis mudanças em alguns indicadores de saúde, como exemplo e de maior destaque o índice de internações por condições sensíveis a APS (ICSAP): diminuição nas hospitalizações em crianças menores de 5 anos, redução das hospitalizações por diarreia e gastroenterites, principalmente no Nordeste, bem como nos municípios mais pobres e nos mais prioritários. De maneira que as equipes avaliaram positivamente o trabalho dos médicos cooperados e 96,6% dos usuários recomendariam o médico do PMM a uma pessoa da família (OPAS/UFRGS,2018), e os gestores por terem médicos nas unidades, cumprindo efetivamente a carga horária com aumento na oferta de consulta, resultando em uma avaliação positiva por parte dos usuários, por diminuírem o tempo de espera para a agendamento de consulta, sendo o atendimento do profissional dito como mais humanizado por realizar a escuta atenta, a vínculos priorizando suas queixas e melhores orientações.

Apesar dos avanços que ocorreram durante o processo de implantação até os dias atuais em 14 de novembro de 2018, o Ministério de Saúde Pública de Cuba, Havana anuncia a retirada dos médicos cubanos do PMM, em resposta aos comentários públicos do novo governo que viria assumir no ano de 2019 que foi considerado como ameaçador e depreciativo, onde durante o período eleitoral foi questionado a capacidade dos médicos e realizado críticas em vários pontos do acordo que foi firmado entre Brasil e Cuba. Na segunda quinzena de novembro muitos brasileiros ficaram sem atendimento médico ou foram informados que de agora em diante teriam a presença do médico apenas uma vez por semana. Os Estados mais prejudicados com a saída destes profissionais do programa foram: São Paulo com 17% do total de médicos e a Bahia com 10%, sendo o Nordeste contemplados com 2.793 profissionais, representando 35% do total, seguido do Sudeste com 30%. Após esse momento o governo lança novo edital e argumenta que 92% das vagas deixadas pelos médicos foram preenchidas, no entanto sabe-se que em 2017 o Ministério da Saúde abriu concurso para selecionar brasileiros para o Mais Médicos, sendo que ao todo tivemos 6.285 inscritos para 2.320 vagas, sendo que apenas 1.626 apresentaram para assumirem o trabalho mas vale ressaltar que 30% destes deixaram suas unidades de saúde antes de completarem um ano de lotação. (CNM, 2018)

Até o momento o futuro do Programa é incerto, sabe-se que o mesmo mudou drasticamente a saúde pública em regiões que estavam esquecidas pelo Estado sendo que o problema persiste quanto ao provimento do profissional médico, principalmente em áreas de maiores vulnerabilidades. A Confederação Nacional dos Municípios (CNM)

mais que preocupadas entende que é preciso encontrar solução para a continuidade da atenção em saúde nas comunidades.

## **4. PERCUSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Muitos embates ideológicos podem ser observados após a implantação do PMM, sejam na comunidade e/ou nas equipes de saúde que acolhem um profissional médico que está inserido no programa, para isso se faz necessário uma investigação que faça jus ao objeto em estudo. Para tanto optou-se por uma abordagem qualitativa da pesquisa social, segundo GIL (1989), é a partir da observação que adquirimos grandes quantidades de conhecimentos e interpretamos as informações do mundo exterior, resultando em conhecimentos mais seguros que os fornecidos por outros meios.

Minayo, (2009), define metodologia qualitativa:

*[...] responde a questões particulares, cujo nível de realidade não são passíveis de mensuração, trabalhando com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo fenômenos humanos que fazem parte da realidade social.*

De acordo com os objetivos podemos classificar a pesquisa como exploratória que segundo Gil (2002), proporciona maior familiaridade com o que foi estudado, tornando mais explícitos para a construção de hipóteses onde sua finalidade é o aprimoramento de ideias ou a descobertas de intuições, o que parece se assemelhar com que buscamos nesse trabalho.

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido na cidade de São Carlos – SP, com os profissionais que atuam nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. A cidade está localizada no interior do Estado de São Paulo, na região Centro-Leste a uma distância de

231 quilômetros de São Paulo, no centro geográfico do estado e possui características especiais que a tornam um local de destaque em vários aspectos.

O vigor acadêmico, tecnológico e industrial conferiu a cidade o título de capital da tecnologia, tal título se deve a implantação na cidade, em meados de 1980, a empresas com bases tecnológicas, além da presença de instituições de ensino superior e pesquisa presentes que proporcionaram espaços para que determinadas áreas científicas assumissem o protagonismo local a partir de contatos informais e vínculos de proximidade com as instituições de origem. (ANDRADE; FILHO, 2015).

Com uma população estimada de 246, 088 habitantes, (IBGE, 2018), extensão territorial, 1. 136, 907 km<sup>2</sup>, e Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), 0.805, com PIB per capita de 41.281,81 (BRASIL, 2017), com 42 estabelecimentos de saúde SUS, (IBGE, 2009), atualmente o município dispõe de 22 unidades de ESF, sendo destas apenas duas que atuam na zona rural e 12 unidades básica de saúde. (SÃO CARLOS, 2018).

A porcentagem de médicos por habitantes por região e ou Estado quando comparados, pode-se identificar desigualdades visíveis, por exemplo na região Sudeste, onde moram 41,9% dos brasileiros, estão 54,1% dos profissionais médicos ou mais da metade dos profissionais de todo o País. O Estado de São Paulo, possui uma relação de 2,8 médicos por mil habitantes, sendo este dividido por Departamentos Regionais da Saúde - DRS, onde os municípios são agrupados de acordo com suas proximidades geográficas e integração de redes de serviços. O município sede da regional coincide com a cidade que é polo socioeconômico da região e o município de São Carlos está situado na DRS – III, formada por vinte e quatro municípios cuja a relação do profissional médico é de 1,65 mil por habitantes. (Demografia Médica, 2016)

### **4.3 População e Espaço Amostral**

Segundo Lakatos (2003), a população ou o universo de dados é um conjunto de seres animados ou inanimados que possuem pelo menos uma característica em comum. A população desse estudo foi composta por profissionais de saúde, no caso: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais de nível médio de Enfermagem (Auxiliares e Técnicos de enfermagem), e profissionais de nível superior (dentistas, enfermeiros e médicos).

O espaço amostral é a porção ou parcela, selecionado a partir do universo da população, sendo vista como um subconjunto do universo como a mais significativa (MARCONI; LAKATOS, 2002), que será delimitada pelo critério de inclusão e exclusão.

O município de São Carlos-SP, apresenta uma distribuição que diverge quanto a distribuição dos profissionais que estão inseridos no programa, sendo o maior número de médicos inseridos nas Unidades Básicas de Saúde, totalizando mais de dezoito médicos distribuídos em doze unidades básicas. Nas Equipes de Saúde da Família, temos o número expressivo de dez unidades com profissionais do programa, sendo seis unidades que apresentam um profissional do PMMB desde a implantação aos dias atuais a época que foi o primeiro semestre de 2018, sendo essas escolhidas para integrarem a amostragem do estudo.

A princípio, no primeiro semestre do ano de 2018, foi solicitado junto a Secretária Municipal de Saúde ao Departamento de Gestão de Cuidado Ambulatorial (DGCA) uma planilha com as unidades que compõem as ESFs do município para localização das equipes que apresentam o profissional médico desde o ano que foi inserido no município para termos base quanto ao número de profissionais que poderiam vir a fazer parte dos grupos focais.

#### **Quadro I: Equipes e Número de Profissionais**

<b>Equipe</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Aux. Enfer</b>	<b>Dentista</b>	<b>ACS</b>	<b>Médico</b>
USF Aracy Eq. I	1	2	1	6	1 PMM
USF Aracy Eq. II	1	2	1	5	1 PMM
USF Collor	1	2	1	5	1
USF Ant. Garcia Eq I	1	2	1	3	1
USF Ant. Garcia EqII*	1	2	1	4	1 PMM
USF J. F. Petrilli	1	2	1	6	1
USF Pedro de Almeida (Gonzaga) ***	1	2	1	4	1 PMM
USF Cruzeiro Eq. I	1	2	1	5	1PMM
USF Cruzeiro Eq. II	1	2	1	4	1PMM + 1
USF Jd. São Carlos	1	2	1	6	1
USF Romeu Tortorelli	1	2	1	6	1
USF Sta Angelina	1	2	1	6	1
USF Arnon de Mello*	1	2	1	4	1PMM
USF Joquei Clube	1	2	1	6	1

USF Guanabara	1	2	1	5	1
USF Jd. Munique	1	2	1	5	1
USF Astolpho	1	2	1	6	1
USF São Rafael	1	2	1	5	1
USF Itamaraty**	1	2	1	4	1PMM
USF São Carlos VIII	1	2	1	5	1
USF Água Vermelha*	1	2	1	6	1 PMM + 1
USF Sta Eudóxia*	1	2	1	7	2 PMM
Total: 22 ESFs	22 Enfermeiros	44Aux Enfermagem	22 Dentistas	113 ACS	14 Médicos do PMMB

Fonte: DGCA, primeiro semestre de 2018.

\*unidades com profissional médico do PMM, desde da sua implantação no município.

\*\*unidade inaugurada no ano de 2016 mas desde sua inauguração apresenta o profissional do PMM

\*\*\* no momento unidade desativada (2019).

Para fazer parte do estudo foi necessário que os profissionais de saúde estivessem inseridos em uma unidade do município de São Carlos – SP, tendo um profissional médico do programa há pelo menos quatro anos desde da implantação até os dias atuais, em específico na Estratégia Saúde da Família, pois um dos objetivos do PMM é justamente fortalecer a prestação dos serviços de saúde na atenção básica (CONASS, 2013), e segundo a PNAB, 2017, é na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e ampliação da Atenção Básica; e que aceitem os termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa.

Foram excluídos os profissionais que atuam nas ESF que estavam afastados ou de férias no momento da coleta de dados, profissionais que não participam de maneira direta na rotina do serviço e aqueles que não aceitaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa.

Após esse processo de levantamento das unidades, selecionamos as equipes que fazem parte do processo de inclusão e exclusão que foi descrito anteriormente, resultaram seis ESFs que estão identificadas no Quadro I, e então começamos com o primeiro contato com as equipes por telefone.

O universo do estudo foi composto pelos participantes da ESF e os supervisores do programa que atuam no município. O total de participantes do estudo foram vinte pessoas, distribuídos: seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nível médio Enfermagem: seis, sendo três Técnicos de Enfermagem e três Auxiliares de Enfermagem, Nível Superior: seis participantes, cinco enfermeiras e uma dentista e dois supervisores que aceitaram participar da pesquisa, ficando um deles sem participar devido à ausência de respostas após inúmeros contatos.

Para melhor compreensão e simplificação do perfil amostral e para garantir os preceitos dos cumprimentos éticos do estudo, é necessário a codificação dos sujeitos participantes de acordo com a classe que estão inseridos os entrevistados na divisão dos grupos focais, como mostra o quadro a seguir:

**Quadro II – Perfil da Amostra e Codificação Utilizada**

Profissional	Sexo	Faixa Etária	Tempo de Atuação na ESF (Supervisão)	ESF	Número	Código
Supervisores (Entrevista)						
Supervisor	F	41 anos	5 anos	-	2	Sup1
Supervisor	F	42 anos	4 anos	-		Sup2
Agentes Comunitários de Saúde (Grupo Focal I)						
ACS	M	50 anos	19 anos	1	6	ACS1
ACS	F	63 anos	17 anos	2		ACS2
ACS	F	60 anos	7 anos	3		ACS3
ACS	F	41 anos	3 anos	4		ACS4
ACS	F	54 anos	6 anos	5		ACS5
ACS	M	44 anos	15 anos	6		ACS6
Nível Médio (Grupo Focal II)						
Tecenfer	M	44 anos	3 anos e meio	1	6	Tecenfer1
Tecenfer	F	40 anos	5 anos	2		Tecenfer2
Tecenfer	F	37anos	4 anos	3		Tecenfer3
Auxenfer	F	60 anos	7 anos	4		Auxenfer4
Auxenfer	F	60 anos	7 anos	5		Auxenfer5
Auxenfer	F	32 anos	4 anos	6		Auxenfer6
Nível Superior (Grupo Focal III)						
Enfermeira	F	41 anos	5 anos	1		Enfer1



Enfermeira	F	38 anos	11 anos	2	6	Enfer2
Enfermeira	F	44 anos	19 anos	3		Enfer3
Denstista	F	51 anos	5 anos	4		Dent4
Enfermeira	F	54 anos	10 anos	5		Enfer5
Enfermeira	F	40 anos	7 anos	6		Enfer6

#### 4.4 Instrumento e Coleta de Dados

O conhecimento científico é referido como aquele que é produzido a partir de métodos apoiados em pressupostos ontológicos, epistemológicos, especialmente nas ciências sociais de natureza ética e antropológica. Há duas abordagens: nomotética e a hermenêutica (GONDIM, 2003)

De acordo com Gondim, (2003):

*[...]A nomotética ou quantitativa defende a aproximação entre ciência social e ciência natural, de tal modo que a mensuração, a quantificação, a busca da casualidade, do controle estatístico e de variáveis tornam-se meio para gerar conhecimento válido e universal, já a abordagem ideográfica, hermenêutica ou qualitativa destaca a diferenciação entre os dois tipos de objetos de estudo – físico e o humano [...] o homem é capaz de refletir sobre si mesmo e, através das interações sociais, construir-se como pessoa[...]*

Esta explanação tem por objetivo encaminhar a noção de uma abordagem qualitativa onde os critérios são a compreensão de uma realidade em específico, onde o pesquisador assume uma posição crítica porém não consegue se desvencilhar do fato que esteja implicado no processo de investigação.

Nesse contexto, a opção por desenvolver a construção dos dados partiu para dois momentos: uma entrevista com os profissionais que fazem a supervisão do PMMB, a

partir de um questionário semiestruturado (ANEXO A) e o uso da técnica dos grupos focais, utilizando um roteiro com questionamentos pertinentes ao estudo (ANEXO B), que foi utilizado com as categorias que compõem as equipes de saúde que estão inseridas nos grupos de inclusão do estudo.

A entrevista visa obter respostas válidas e informações pertinentes, é um método que com o tempo o pesquisador adquire experiências, exige habilidades e sensibilidades por parte de quem a executa. Para melhor desenvolvimento da pesquisa é necessário que o pesquisador estabeleça relação de confiança com o entrevistado para obter maior número de informações que de outra maneira talvez não fosse possível. (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Segundo Morgan, (1997 apud Trad, 2009), grupo focal é uma técnica da pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais, cujo objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, a partir de grupos selecionados. No entanto, vale enfatizar que nos estudos de avaliação de implantação de programas e estratégias de saúde, costumam se subsidiar a tomada de decisão, são mais valorizadas as metodologias construtivistas, pois é necessário apreender a complexidade do objeto e de seu caráter dinâmico.

Os grupos focais podem ser utilizados em processos de pesquisas social ou mesmo de avaliação, citado anteriormente, especialmente naquelas avaliações de impacto, sendo o mais utilizado vários grupos focais para a mesma investigação para melhor cobertura a vários fatores que podem ser relevantes na questão que estão sendo investigada. A técnica nos possibilita fazer emergir múltiplos pontos de vistas e processos emocionais que resulta da interação criada, permitindo a captação de significados que por outros meios, seriam difíceis de manifestar (GATTI, 2005)

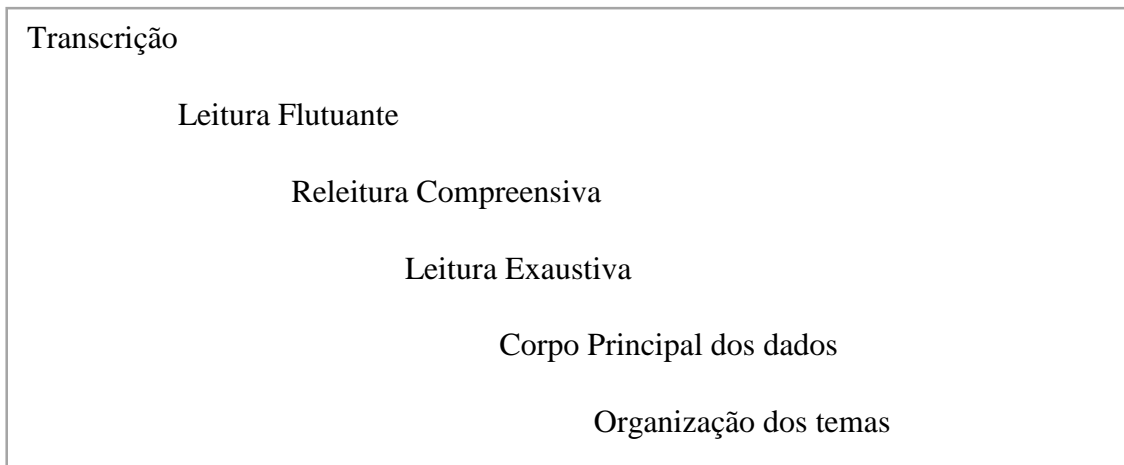
Após o processo de aprovação da pesquisa de acordo com os aspectos éticos que serão descritos adiante, entrei em contato com a secretária municipal de saúde do município, para obter autorização para a execução da pesquisa, onde em seguida entrei em contato por telefone com um dos gestores das unidades que se enquadram nos critérios de inclusão, tendo assim contato prévio com os atores que fizeram parte da amostra, lançando o convite de participação, onde foi explicado minuciosamente o porquê da ligação. Após esse contato foi agendado primeiro encontro com os ACS, em um espaço próximo de acordo com o número de participantes que confirmavam a sua participação. No dia anterior dos encontros realizei contato lembrando e confirmando, local, horário e dia agendado para reforçar o convite e a presença. Os encontros subsequentes seguiram os mesmos procedimentos, sendo o segundo momento com os profissionais de nível médio e por fim os de nível superior. Os encontros aconteceram no primeiro semestre de 2018 e contaram com a presença de seis participantes cada um, sendo coordenado pela pesquisadora e tiveram duração de uma a uma hora e meia cada um.

Para a composição dos dados foram realizadas as entrevistas com os supervisores do PMMB e a execução de três grupos focais: agentes comunitários de saúde, profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem e nível superior (dentista e enfermeiros) que atuam nas unidades de saúde.

De acordo com Gondim, 2003 os grupos focais podem ser de 6 a 15 participantes por grupo que aceitem participar da pesquisa, que serão conduzidos pelo coordenador que assume uma função de facilitador do processo de discussão, no entanto, os grupos foram reduzidos para 10 participantes nos encontros para melhor desenvolvimento do grupo, já que temos apenas seis equipes que se enquadram e os grupos foram conduzidos apenas por um coordenador, no caso, a pesquisadora que utilizou como roteiro o questionário que foi elaborado de maneira que pudesse vir a responder os objetivos do estudo.

#### 4.5 Análises dos dados

Para análise dos dados foi utilizado o seguinte esboço que será descrito de maneira sucinta posteriormente:



TAQUETE, (2016)

Os depoimentos apreendidos, resultante da interação dos grupos focais e das entrevistas, foram transcritos e analisados qualitativamente utilizando análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), é um conjunto de técnicas que se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja por textos ou de falas, ou seja, qualquer comunicação, qualquer transporte de significações utilizando um emissor para

um receptor, sendo controlado ou não por este, deveria ser escrito ou decifrado pela técnica.

Após as transcrições, deu início à leitura flutuante das entrevistas, atenta aos dados textuais, com releituras compreensivas para se impregnar o conteúdo para apreender as particularidades presentes. Foi realizada leitura exaustiva para identificar o corpo principal dos dados e separar o que não condiz com os objetivos do estudo, após identificação do corpo principal do texto partimos para a organização dos temas relevantes para início ao processo de categorização. (TAQUETTE, 2016).

Dando sequência, realizou o recorte das falas que apresentaram ideias próximas, segundo grau de aproximação ou intimidade, e que possam através de sua análise, identificar significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos do estudo e expressem conhecimentos, criando assim as categorias classificatórias, utilizando as não apriorísticas, segundo Campos, 2004 estas surgem totalmente a partir do que foi encontrado pelas falas dos sujeitos da pesquisa, exigindo do pesquisador idas e vindas ao material analisado e teorias embasadoras, sem perder a visão dos objetivos do estudo, realizando diálogo com o que foi encontrado com a fundamentação teórica adotada.

#### **4.6 Aspectos Éticos e Legais do Estudo**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, recebendo aprovação do referido Comitê sob o nº147.664 (ANEXO C). Após autorização entrei em contato com o responsável legal do DGCA – Departamento de Gestão de Cuidado Ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos – SP com objetivo informar a instituição quanto ao início da coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa.

Durante a construção do projeto o posicionamento ético como pesquisadora foi norteado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CONEP, que trata os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2012).

Para o desenvolvimento da pesquisa foi necessário que o entrevistado e o participante do grupo focal assinassem o TCLE (ANEXO D), termo de consentimento livre e esclarecido, sendo informado quanto aos objetivos, justificativas e procedimentos utilizados, bem como sigilo das informações, garantindo assim a privacidade de cada participante e da liberdade de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem acarretar prejuízo para o mesmo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse momento iremos expor os resultados do material que foi analisado, onde suas categorias emergiram a partir das questões norteadoras das entrevistas com os supervisores e com a técnica de grupo focal com os profissionais de saúde, criando assim as subcategorias a partir das percepções expostas pelos participantes, exemplificado por fragmentos de suas falas.

### 5.1 - Avaliação dos primeiros profissionais do PMM nas equipes de saúde

Pode-se considerar que o Programa Mais Médico, em perspectiva histórica, surge como continuidade do esforço de consolidação e o rompimento com a tradição das políticas de atenção primária em saúde no Brasil que visa ampliar o acesso a população bem como trazer melhoria na assistência. Para avaliar a percepção que os participantes apresentaram no momento que as equipes receberam um profissional médico do PMM, utilizou-se material empírico constituído pelas falas dos trabalhadores das ESFs e supervisores, sintetizados no Quadro III.

**Quadro III: Percepção dos trabalhadores e supervisores dos primeiros médicos do PMM**

<b>Profissional</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Fragmento</b>
ACS	1 – Equipe	1 - “ <i>então a chegada do PMM foi como um alento...desafogo</i> ” ACS 6  2 - “ <i>no momento inicial foi tenso, o povo teve receio, né?</i> ” ACS 4

Profissional Nível Médio (Enfermagem)	2 – Comunidade	1 – “acolheu de braços abertos” Auxenfer5  2 – “quando ele chegou, foi bem difícil a população aceitar” Auxenfer4
Profissional Nível Superior		1 – “nós tivemos uma sensação de alívio. Ufa! Chegou um médico, vamos ter um médico oito horas por dia para dá conta daquela população” Enfer2  2 – “a população já tinha o preconceito de ser um médico estrangeiro, pela própria propaganda da televisão, pela própria pressão dos médicos que estavam fazendo mesmo no Brasil” Enfer5
Supervisor	3 – Expectativa	2 – “foi bem conturbada, né? Teve muita resistência do CRM, da mídia a população recebeu melhor Sup2  3 – “espanto, né? Nossa! Tanto médico, né? Para que tanto, porque a gente inclusive naquela época não sei quantas eram as USFs” Sup1

Fonte: Dados da Pesquisadora (2019)

O Programa Mais Médicos foi instituído em 8 de julho de 2013, para receber o programa os municípios deveriam apresentar pelo menos uma das seguintes características: 20% da população de extrema pobreza, ser um dos municípios com mais de 80.000 habitantes e com baixo nível socioeconômico e ou ser uma Capital ou região metropolitana na qual existem setores censitários com alto percentual de extrema pobreza, e vagas para atuarem em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). (COMES, et al, 2016)

No entanto a cidade de São Carlos – SP, não se enquadra de certa forma nos pré-requisitos apontados pelo Ministério da Saúde e conseguiu a inclusão de vinte e oito médicos na AB do município.

#### Quadro IV: Perfis dos municípios e localidades prioritários para o Programa Mais Médicos\*

- P1 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza das **capitais**, conforme IBGE.
- P2 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios situados na **região metropolitana**, conforme IBGE.
- P3 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão entre os **G100**, municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes.
- P4 – **Municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza**, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- P5 – **Município** que está situado em área de atuação de **Distrito Sanitário Especial indígena**.
- P6 – Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos **demais municípios**, conforme o IBGE.

Fonte: Oliveira et all, 2015. \* Os grifos foram feitos pelo autor para evidenciar os marcadores de cada perfil dos municípios.

De acordo com Scheffer, (2015), 21,6% dos profissionais médicos trabalham exclusivamente no setor público e 26,9% só atuam no setor privado, sendo que 51,5% atuam nas duas esferas, assim considerando a atuação exclusiva mais a sobreposição nos dois setores, são 78,4% no setor privado e 73,1% no setor público. Com isso a cidade de São Carlos não foge dos dados acima, onde temos maior concentração de médicos no setor privado e uma defasagem no setor público, tanto é que a expansão das ESFs só veio a existir após o processo de implantação do PMM que será visto posteriormente.

*“Somos quatorze médicos concursados, né? Então, assim para mim foi um espanto, que eu falei: Nossa! Nem tem tanta USF, foi bem logo no começo do programa quando a gente ainda não tinha entendimento que o Ministério iria aceitar médico em UBS” Sup1*

Ao ser lançado o programa, acredito que a mídia, Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentou papel relevante quanto à divulgação de notas, assim como as críticas

frente ao projeto, não procurou de certa forma averiguar realmente o principal objetivo dos que aqui vinham para atender a população “carente” em atendimento e com isso as equipes como a população já apresentavam pensamentos/ideias pré-estabelecidas antes mesmo do contato com os profissionais que aqui chegaram.

Ficou evidente nas falas dos participantes que a Equipe acolheu o profissional da melhor forma possível, já que foram vistos como a “esperança” de um “socorro” para a continuidade do cuidado das equipes de saúde por sofrerem pela descontinuidade da assistência, bem como por grandes demandas sendo muitas vezes assistidas apenas por agentes de saúde, enfermeiro e dentistas, ficando suas atuações limitadas pela falta do profissional.

*“a expectativa foi positiva....com a demanda muito grande, a gente passou dez anos brigando e mostrando que cabe três equipes lá e a gente sozinho, então a chegada do profissional veio como um alento....desafogo, importante para a população também”ACS6*

Nos primeiros momentos a população mostrou resistência quanto ser atendido por um médico estrangeiro, chegando até mesmo a não realizar agendamentos com os mesmos. Esse descontentamento foi fruto do que a mídia, CFM, e redes sociais começaram a divulgar quanto ao programa. No entanto pela falta do profissional a população por não dispor de outra “opção” se viu “pressionada” a ser atendida pelo profissional e a partir deste contato foram percebendo a diferença do atendimento bem como da própria consulta. Ao saírem dos consultórios os usuários procuravam a equipe para alegarem a dificuldade de entender o que estava sendo falado pelo profissional devido a língua. Com isso, por um tempo, algumas equipes foram se readaptando de acordo com as dificuldades, disponibilizando alguém da equipe para participar da consulta na ajuda do entendimento para o paciente sendo um momento provisório, como será expresso nas falas seguintes:

*“no começo a dificuldade da fala, da língua mas não teve muito não...e eles não tinham essa barreira”ACS2*



*“sempre falava assim para a população: oh! Gente vamos dá crédito, né? Vamos dá uma oportunidade, vamos conhecer? Eles vieram com o intuito de tratar realmente a saúde”*Auxenferm5

*“a coisa da língua foi bem complicado que embora ele falasse bem o português mas a população já tinha o preconceito de ser um médico estrangeiro, pela própria propaganda da televisão, pela própria pressão dos médicos que estavam fazendo mesmo no Brasil e ai eles chegavam e falavam assim: eu não entendi nada que ele falou. E ai, você iria perguntar para o paciente, na verdade ele tinha entendido mas eles já tinham essa barreira ali”*Enfer2

A comunicação foi percebida como satisfatória, pois os médicos se empenharam em oferecer informações e explicações necessárias durante o período de atendimento aos usuários. O grau de compreensão dessas informações poderia ser dificultada pela diferença da língua, como foi apontando em alguns relatos mas as equipes são enfáticas ao expressarem que existiu sim a dificuldade, mas isso não pareceu prejudicar a comunicação efetiva, que é compreendida como aquela que permite a obtenção de dados objetivos da queixa, além dos subjetivos, como as repercussões do adoecimento na rotina das famílias e do próprio paciente bem como os medos e o lado emocional que envolvem a queixa clínica.( COMES, et all, 2016).

## **5.2 – Mudanças perceptíveis no trabalho em equipe das ESF com o PMMB**

A importância do trabalho em Equipe da ESF (Estratégia Saúde da Família) é ressaltada principalmente pelo aspecto da integralidade do cuidado em saúde, considerando como um dos princípios doutrinários que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade reveste-se no decorrer dos anos 90 e principalmente no começo do século de uma importância impar para a consolidação de um novo modelo de atenção no Brasil, mediante ações possíveis e necessárias nos vários planos desse processo, dependendo da composição multiprofissional das equipes de saúde da família. (CAMPOS, JUNIOR, 2016). Pode-se destacar os seguintes aspectos:

## Quadro V – Principais mudanças observadas nas Equipes.

Profissional	Subcategorias	Fragmento
ACS	1 – Formação	<p>1 – “<i>tinha uma visão diferente, uma maneira diferente</i>” ACS2</p> <p>1 – “<i>trouxe bastante orientação para equipe até para o próprio médico de lá e algumas coisas que eles tinham mais acesso</i>” ACS6</p> <p>1 – “<i>era um atendimento mais humanizado era uma formação diferenciada</i>” ACS3</p>
	2 – Vinculo	<p>2 – “<i>ela conversava mais a parte emocional dos pacientes do que a parte de doença, a população gostava dela se abria com ela</i>” ACS 4</p> <p>3 – “<i>essa médica abraçou nossa equipe, geriu nossa equipe por três anos</i>” ACS1</p>
Profissional Nível Médio (Enfermagem)	3 – Cogestão	<p>1 – “<i>mas eu acho que eles se afeiçoaram porque ele era muito simples, a forma de atender de visitar era algo diferente...ele foi feito para isso</i>” AuxEnfer4</p> <p>2 – “<i>foi transferido para outro posto, aí entrou uma moça, até que tiraram ela aí entrou a última que a população se apegou mais uma vez</i>” AuxEnfer1</p>
Profissional Nível Superior		<p>2 – “<i>e vai um pouco também é do perfil, né? Eles não têm vínculos</i>” Enfer3</p> <p>3 – “<i>a médica nunca participou da gestão, a própria gestão orienta a gente que os MM não participam de gestão</i>” Enfer5</p>
Supervisor		<p>2 – “<i>ele era colocado em outro espaço e aí era dado preferência ao médico brasileiro, porque se já tem vínculo, uma construção de um trabalho sendo feito, porque mudar?</i>” Sup2</p> <p>3 – “<i>ocorreu discreta mas ocorreu, algumas unidades tiveram alguma abertura</i>” Sup2</p>

		3 – “eu acho que algumas unidades, sim, implantamos o atendimento avançado”Sup1
--	--	---

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, sendo assim a abordagem integral do indivíduo/comunidade em seu território é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais possibilitando ação da prática de um profissional de se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformadas de maneira que possa intervir na realidade de onde o usuário está inserido.

Nesse sentido o perfil dos recursos humanos em saúde deve-se alterar para atender essa demanda de composição das equipes. Uma das maiores dificuldades na implementação das ESF diz respeito a carência de profissionais para atender essa nova realidade, nas falas dos participantes em todas as categorias foram enfáticas ao abordarem a necessidade do profissional em desenvolver esse novo olhar para com o usuário/família/comunidade e equipe.

*“...eles tinham mais acesso, mais facilidade, existiu essa troca...essa formação com visão de PSF de vínculo, de se engajar fez toda a diferença...”ACS6*

*“...eles vieram aqui para transformar o processo de trabalho, ne? ”Sup1*

De acordo com a Lei 12.871 de 22 de Outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos tem por finalidade a formação de recursos humanos para atuarem no SUS:

#### **Quadro VI – Finalidade do Programa Mais Médicos Brasil:**

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
---

- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Fonte: BRASIL, 2015

Pode-se observar que o conjunto dos objetivos acima visa não somente suprir as necessidades das regiões com déficit do profissional médico mas também a formação de um profissional que desencadeie um processo de construção de novas práticas. Imprescindível que os trabalhadores inseridos articulem nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe e da assistência em saúde, incorporando não apenas conhecimentos, mas mudanças quanto a cultura e do compromisso da gestão local de maneira que garanta assim uma prática pautada nos princípios de promoção da saúde.

Para que os objetivos venham a ser atendidos, o PMMB dispõe das seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (BRASIL, 2013)

O grupo focal que chamou maior atenção quanto a formação do profissional, foram os ACS, acredito que esse enfoque foi perceptível principalmente durante as visitas domiciliares e por ser esses responsáveis em levar informações para equipe, devido a sua atribuição que é justamente a visita domiciliar. Os mesmos ressaltaram a facilidade do profissional de estabelecerem vínculo resolutivos com a comunidade de maneira que pudessem resgatar informações pertinentes ao estado atual da doença.

O estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, parece uma possibilidade de se construir uma nova prática de assistência, como é visto nos relatos daqueles que presenciaram essa forma de acolher o indivíduo que veio para buscar a melhoria da qualidade da atenção em saúde. De acordo com Brunello, et al, 2008 o vínculo é a relação que pode ser considerada estreita e duradoura entre o profissional que o assiste, permitindo assim com o passar do tempo que ocorra estreitamento dessa interligação de maneira que venha facilitar a continuidade do tratamento evitando assim interações desnecessárias. Vale ressaltar que essa relação depende da cooperação mútua dos que estão envolvidos no processo além do mais a forma como se desenvolve garante relações que facilitam a escuta, diálogo e respeito entre os que executam.

*“ a gente saía para a rua para fazer visita com ela, ela tinha todo um trabalho é: cara a cara com os pacientes..... ACS1*

A maneira como o usuário deposita confiança no profissional que o assiste está diretamente relacionado com a forma que o recepciona, ao buscar ajuda o mesmo espera que sua ação seja voltada para seu sofrimento e que venha auxiliar na resolução dos seus problemas. No entanto, essa relação não deve gerar dependência e sim, na tomada de decisão que vise o incentivo do mesmo para o autocuidado que resulta em autonomia e amplia as ações de saúde.

Ficou elucidado nos fragmentos que a maneira como se deu a formação do vínculo entre o profissional do programa e os usuários trouxeram benefícios para a assistência assim como a equipe, foi um processo espontâneo, antes não presenciado pela população da maneira que foram atendidos e acolhidos durante uma consulta médica. No primeiro ano, o tema mais debatido resulta em torno do projeto, trazendo consigo a satisfação dos usuários, melhoria nos indicadores de saúde e benefícios quanto ao processo de expansão da ESF, seria assim o “bum” da Atenção Básica no Brasil, que trouxe consigo novas práticas assistências.

Na ESF a gestão do trabalho pode ser compreendida apenas sob o formato administrativo, a partir de situação de mando e controle prescritivo voltado para a organização do trabalho, no campo da macropolítica, mas também pode ser uma ação cotidiana do trabalhador, dentro do espaço da micropolítica, reconhecendo que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio trabalho. (GALAVOTE, et al, 2016)

Durante o grupo focal nível superior, estiveram presentes dentistas e enfermeiros e o aspecto que gerou incomodo e questionamentos, diz respeito a não participação dos médicos do programa na gestão participativa da unidade, de certa forma gerou desconforto pelo fato dos mesmos em várias unidades não exercerem o papel de gestor participativo. Alguns participantes alegaram que os médicos seguiram orientações da gestão municipal, onde alegaram que os mesmos não poderiam exercer a função na equipe.

*“não tenho dentista, então sou eu e eu, todas as decisões sou eu quem tomo e nas outras unidades que passei também a medica nunca participou de gestão” Enfer3*

*“ele não fazia gestão...mas ele opinava muitas vezes contra nossas decisões, da enfermeira e da dentista e sempre falava mas para isso você tem que fazer gestão e ele sempre respondia: no, no, no” Enfer2*

Após os relatos e dando sequência as entrevistas com os supervisores, indaguei se os mesmos teriam conhecimento do que foi exposto e enfatizaram que desconheciam e que em nenhum momento foi repassado essa ideia/informação por parte da supervisão bem como da coordenação e várias vezes foram questionados quanto ao que poderiam estar realizando em relação a procedimentos e condutas e obtinham a resposta que assim como os profissionais médicos brasileiros realizam poderiam ser realizados pelos mesmos.

*“no mais médico era um médico como eu, seria um médico que teria habilitação e autorização para fazer tudo o que faço, então: gestão, Papanicolau, por DIU, lavagem de ouvido”... Sup 1*

A maneira como ocorre a comunicação nas equipes, pode determinar o tipo de gestão, podendo ser a gestão clássica, ou uma gestão pautada na coparticipação e responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de se fazer saúde, denominada cogestão ou gestão participativa. A forma como se dá esse processo pode interferir positivamente ou negativamente nas articulações entre a equipe e ou comunidade.

O trabalho de equipe quando realizado de maneira participativa, possibilita a pactuação de compromissos, permitindo que os trabalhadores desenvolvam espaços para reflexões de suas práticas em consonância com a gestão, resultando na consolidação da ESF, onde seus trabalhadores são gestores de maneira que possa conduzir/reinventar seus processos de trabalhos.

### **5.3 – Trajetória do Programa Mais Médicos na visão das Estratégias de Saúde da Família.**

O programa foi criado a partir de uma carta endereçada na época a Presidente da República, Dilma Roussef, onde os municípios pediam soluções por medidas urgentes, solicitando por parte do governo federal soluções para as dificuldades encontradas para contratar e fixar médicos em municípios de regiões distantes. No entanto muitos desses municípios tentaram por vezes solucionar o problema a partir de negociações com a parte médica quanto a questões financeiras, cargas horárias reduzidas, tornando verdadeiras disputas entre os municípios, mas sem sucesso, e com isso inúmeras equipes se encontrava sem médicos por anos.

Com isso o PMM surge com grandes desafios sendo um deles o provimento emergencial de profissionais médicos em regiões de grandes vulnerabilidades, antes não assistida. A prioridade do mesmo sempre foram os profissionais brasileiros/e ou formados no exterior e estrangeiros, como a maioria das vagas expostas não foram preenchidas, acredito pela falta de credibilidade dada até mesmo ao programa, segundo a percepção dos profissionais que aqui estavam, o governo federal assinou Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Cuba, mediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para a vinda de profissionais Cubanos para atuar nas Unidades Básicas de Saúde.

Apesar das dificuldades, a princípio encontradas pelos profissionais, houve imediata valorização por parte da população que se sentiram acolhidos com atendimento humanizado, da escuta qualificada, da atenção “olho no olho”, melhorando o acesso dos usuários nas unidades de saúde e resultando em melhora dos indicadores de saúde que foram os primeiros a evidenciar o aumento do acesso, principalmente nas regiões de

maiores vulnerabilidades, sem falar na presença constante do profissional médico na unidade.

No entanto em 2018 com a retirada dos médicos cubanos, devido questões políticas, o programa se viu com lacunas, onde os recentes editais buscam minimizar as repercussões das saídas dos médicos cubanos no cenário da Atenção Básica.

## Quadro VII – Trajetória do PMM

A trajetória é perceptível nas falas das equipes como serão expostas a seguir:

Profissional	Subcategorias	Fragmento
ACS	1 – Ampliação do acesso	1 – “a gente torcia que voltasse mais profissionais porque a gente precisa de mais um” ACS1  3 – “vai acabar mesmo? Não vai ter mais? Como nós vamos ficar”? ACS2
Profissional Nível Médio (Enfermagem)	2 - Planejamento	2 – “ a gente estava tranquilo em relação a médico mas agora sai o médico e não temos um planejamento para substituição” Tecenfer3
Profissional Nível Superior		1 – “acrescentou, melhorou, só que assim, queria saber como que a prefeitura, a gestão iria fazer se não tivesse o PMM para ter mais equipes?” Enfer5  3 – “agora vamos supor que amanhã, não tem mais o programa, ponto. Quantas unidades fecham?” Dent4
Supervisor	3 – Futuro	1 – “ocorreu, discreta mas ocorreu, teve alguma abertura de unidades” Sup2  2 – “poderiam ter desenvolvido melhor um projeto para o município” Sup1  2 – “achei que assim que a gente teve uma perda da própria



		<i>capacidade clínica desse médico</i> Sup2  3 – <i>“estamos ai com o vislumbre o programa vai acabar?”</i> Sup1
--	--	---

O PMMB está vinculado as mudanças quanto ao modelo de atenção de maneira que veio para ampliar o acesso, enquanto porta de entrada no Sistema único de Saúde - SUS e aumentar a carteira de serviços que são oferecidos na AB, de maneira que melhorou a resolutividade e a qualidade dos atendimentos fortalecendo o vínculo equipe-profissional-usuário. De acordo com Starfield, 2002, as interações entre profissionais e paciente contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração que facilitam a efetividade na atenção primária, sendo a amplitude e a profundidade do contexto que as distinguem das interações na atenção primária dos outros níveis de atenção.

No município pode-se observar não só a melhoria do acesso mas também durante esses anos, discreto aumento e ampliação das ESFs, isso só foi possível com a chegada dos médicos que foram inseridos na AB, bem como a questão de melhoria quanto a substituições no período de gozo de férias, afastamentos em unidades, o que antes não era possível e a população ficavam desassistidas, ocorria uma prévia programação e permuta de maneira que pudessem dar continuidade nos serviços.

*“para ter mais unidades ele teriam ter mais médicos, para ter mais médicos, eles teriam que fazer concurso, para fazer concurso, além da parte financeira que não podem superar os gastos do salário do prefeito, do teto da saúde...isso veio para ajuda para manter as unidades....porque para abrir concurso público não poderia porque esse gasto desse dinheiro naquele momento não poderia superar 54% da lei da responsabilidades fiscal, improbidade administrativa”.....Enfer6*

De certa forma fica evidente que com a chegada dos primeiros profissionais, as equipes não estavam preparadas, aliás não estavam “acostumadas” a trabalharem com o profissional que aqui vieram. Em nenhum momento, a partir dos relatos, não ocorreu por parte da gestão prévia comunicação com os profissionais que compõem a rede, que compõem as equipes de saúde, uma prévia conversa a respeito do programa, seus objetivos e como poderiam estar desenvolvendo suas ações para garantir melhor aproveitamento do profissional que iriam para cada unidade.

É preciso um método de planejamento que possibilite a compreensão e o compartilhamento de uma mesma linguagem, que seja capaz de contribuir para o diálogo e para efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano de maneira que seja estabelecido como um documento que sirva de referência para o acompanhamento da execução das ações com correções de rumos e avaliação do que teria que ser desenvolvido durante a permanência do profissional na unidade, teria que ser um processo permanente para busca de soluções para os problemas que acontecem na rotina dos serviços. (CAMPOS, et all, 2010)

*“poderiam ter desenvolvido um projeto alinhado com a gestão nunca sentaram e falaram assim: nós temos essa quantidade de médicos, qual é o projeto de vocês para atenção primaria, que vocês gostariam que trabalhassem e em quais aspectos? Como vocês estão pensando que vai ser isso? Então a gente perdeu, né? ”Sup 1*

Sentimos, falo por mim enquanto supervisora de Unidade Básica de Saúde do município de São Carlos - SP, a partir de reuniões antes desenvolvidas pela gestão, onde estavam presentes gestores de unidades e em nenhum momento pontuaram ações que poderiam ser desenvolvidas para melhoria da assistência para com os usuários, já que foi visível e sentido, não só pela população mas pela mídia e demais profissionais a qualidade em relação a assistência prestada por estes profissionais que aqui chegaram, com consultas demoradas e atenção “olho no olho” com o paciente, visitas resolutivas entre outros.

Por quatro anos os municípios ficaram reféns do programa sem planejamento prévio de como poderiam estar solucionando a ausência em algum momento do profissional na equipe, ficamos sem realizar concursos, não estabelecemos parcerias e nem tão pouco realizamos melhoria na estrutura da rede para servir de atrativo para o profissional local que quisesse fazer vínculo com a rede da atenção primaria.

Até que no dia 14 de novembro de 2018, o país é tomado por decisão do governo Cubano de retirar os profissionais médicos do programa mais médicos, devido a questões políticas envolvendo os dois países em questão prejudicando assim mais de 1.575 municípios que possuem somente médico cubano do programa, sendo que 80% possuem menos de 20 mil habitantes. Dessa forma a saída desses médicos sem a garantia de outros profissionais gerou a desassistência básica de saúde de mais de 28 milhões de pessoas, segundo declaração da Confederação Nacional dos Municípios (CNM).

*“teve a tensão em falar vai acabar? Quem vai vir? E agora? ACS1*

*“se acabar mesmo, quero mesmo ver....quantas unidades vão ficar? Como as prefeituras vão fazer...quero mesmo ver”Enfer2*

Para suprir a carência desses profissionais o Ministério da Saúde abriu processo seletivo visando a ocupação das vagas por médicos brasileiros, nos municípios contemplados pelo programa. No entanto, informações divulgadas pelo Ministério da Saúde apontam que dos 34.653 médicos inscritos, apenas 3.276 tinham iniciado as atividades. (LIMA, et al, 2019)

Apesar da existência de editais na tentativa de substituição desses médicos, foi perceptível a baixa adesão da categoria durante esse processo de transição sem falar que muitos profissionais que assumiram deixaram de dar continuidade no programa nos municípios, o que foi perceptível aqui em São Carlos, onde após poucos meses de substituição alguns profissionais deixaram as equipes.

Vale ressaltar que as consequências da saída dos médicos cubanos e a incerteza da continuidade do programa, vão aprofundar possivelmente a crise pela qual já atravessa a saúde da população do Brasil, cujo os efeitos são evidentes na mortalidade infantil que voltou a subir após 27 anos de quedas ininterruptas e as coberturas de vacinas que estão baixas, conforme campanhas divulgadas pelo Ministério da Saúde, principalmente em regiões de maiores vulnerabilidades que antes tínhamos a presença da assistência médica antes nunca assistida e ficamos com a incógnita do que podemos esperar para esse empenho do que venha a ser ou deixar de ser o Programa Mais Médicos Brasil.

## 6. CONCLUSÃO

A trajetória dessa pesquisa foi reportada por várias dobraduras tomando algumas vertentes bem mais complexas do que se esperava, quando nos reportamos a questões quanto a forma de gestão que foram realizadas nas equipes. No entanto, ficaram evidentes temas que antes já foram abordados em outros artigos que nesta pesquisa não era o intuito torná-los algo repetitivo porém nos trouxeram evidências de questões antes não relatadas.

O Programa mais médicos Brasil, nasce de uma tentativa do governo federal fortalecer seu sistema de saúde, diminuir a escassez de médicos principalmente nas regiões de maiores vulnerabilidades, distribuindo geograficamente esses profissionais de maneira mais equânime.

Pode-se dizer que o programa movimentou a sociedade, a mídia, academia, o governo por importar médicos cubanos, as prefeituras, os municípios com médicos pela primeira vez, o governo que teve que se organizar na tentativa de fortalecer e defender o que estava sendo oferecido, pesquisas que foram montadas para avaliá-los a partir das exposições dos indicadores de saúde e as universidades que se organizaram para dá conta de supervisão e tutoria.

A princípio, com a chegada dos primeiros profissionais nos deparamos com conceitos pré-estabelecidos por parte da população bem como de alguns profissionais que compõem as equipes de saúde. No entanto, apesar da dificuldade da língua, foi perceptível a rápida aceitação por parte de quem estava sendo assistido, bem como dos que integravam as equipes. Os médicos que aqui estavam trouxeram uma nova perspectiva para os profissionais de saúde, devido a forma de construir vínculos com os usuários e a maneira como lidam com a população menos favorecida.

Em vários momentos nas falas dos participantes foram citadas e identificadas práticas inovadoras, utilizando métodos não farmacêuticos e convencionais, onde hoje poderíamos estar relacionando com as práticas integrativas e complementares. Identificamos mudanças nos processos de trabalho, tendo como destaque para a prática do cuidado integral e na longitudinalidade, nas equipes umas mais e outras não tão perceptíveis por dificuldades de articulação entre os gestores e demais funcionários. Na ESF, a gestão é realizada de maneira participativa, no entanto por falta de esclarecimento por parte da gestão local, algumas unidades foram prejudicadas quanto a forma como desenvolveram seus processos de trabalho por limitarem as ações do profissional do programa e de certa forma ficou nítido a ausência de planejamento local quanto as ações que esses profissionais/equipes poderiam desenvolver, tendo o aproveitamento adequado do que aqui estavam.

Há que destacar a troca de conhecimentos, em âmbito bidirecional entre médico intercambista e as equipes de saúde na produção do cuidado, contribuindo para melhoria do cuidado, formação em serviço e conseqüentemente para melhoria dos resultados em saúde.

No entanto por questões políticas, mais uma vez a população se viu desamparada, no momento que os médicos intercambistas foram retirados do País, sem aviso prévio ou planejamento dos gestores locais que ficaram à mercê do programa por todos esses anos, se viram estagnados com o tempo perdido por não subsidiar melhorias para possíveis quebra/mudança/ausência do profissional do programa, que servissem de atrativos para o profissional médico local.

Com isso assistimos algumas tentativas do Ministério da Saúde em aberturas de editais, para reposição desses profissionais. No entanto, no primeiro chamado identificamos um número significativo mas que não foram suficientes os profissionais inscritos principalmente para as vagas em regiões de maiores vulnerabilidades, seguido então de um segundo chamado na tentativa de reverter o quadro. Dos que estavam inseridos no programa muitos já pediram desligamento do mesmo, deixando população e equipe desamparadas sem esse profissional.

Hoje, percebemos que o tempo em que estávamos com as equipes completas, não tivemos melhor aproveitamento do provimento emergencial, ficamos dependentes do terceiro eixo descrito no projeto do mais médicos e nos vimos sem soluções eficazes por parte do governo federal que a cada dia lança na mídia enfoques sem desfeixos concretos para o problema que há décadas assolam o País.

## 7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. et all. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão** (2015 – 2017). Ver. Panam Salud Publica 42. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/> [ Acesso em 07 de junho de 2019 ].

ANDRADE, T.N.; FILHO, M. J. S. **Elite locais de ciência e tecnologia no Brasil: o caso ParTec de São Carlos (SP)**. São Paulo: Lua Nova, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n94/0102-6445-1n-94-00295.pdf> , [ Acesso em 11 de outubro de 2018]

ARAÚJO, E. MAEDA, A. **How to recruit and Retain Health Works in rural and remote areas in developing countries: a guidance note**. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16104>, [ Acesso em 11 de outubro de 2018]

ARAUJO, et al. **Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para o Mais Médicos em 2016**. Interfase: Comunicação, saúde e educação, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1217.pdf> [ Acesso 25 de Novembro de 2019].

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 1977.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art. 196. Seção II. Brasília: 2016. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) [ Acesso em 07 de junho de 2019].

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica – DAB**. 2019 Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionId=thJUIVZSh0L9i168jCqWDFxd>. [ Acesso 01 de julho de 2019].

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1.377, de 13 de junho de 2011**. Estabelece critério para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento estudantil (FIES) e da providências. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377\\_13\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html) . [ Acesso em 17 de setembro de 2018 ]

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) [ Acesso em 07 de Setembro de 2018].

BRASIL, Presidência da República. **Lei n° 12.781, de 22 de Outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Contagem Populacional. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>

[ Acesso 26 de Agosto de 2018 ].

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n°2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão e diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) [ Acesso em 06 de novembro de 2018].

BRASIL, Ministério da Educação. **Programa Mais Médicos: Projeto Mais Médicos para o Brasil**, Brasília, 2018

BRUNELLO, M. E. F; et all. **O Vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998 – 2007)**. Acta. Paul. Enfermagem. Vol.23. n. 1. São Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021) [ Acesso em 10 de setembro de 2019 ]

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. **Desenvolvimento da promoção de saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988 – 2008)**. Ciência Saúde Coletiva. Vol. 14, n° 6. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000600039](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039) [ Acesso em 07 de junho de 2019].

CAMPOS, C. J. G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v.57, n°5, set./out. 2004. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) [Acesso 04 de Setembro de 2018].

CAMPOS, F. C. C. et all. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon, 2 ed. 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> [ Acesso 24 de setembro de 2019]

CAMPOS, F.E; MACHADO, M.H; GIRARDI, S.N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades**. Saúde para Debate, n.44. 2009. Disponível em: [http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo\\_Campos.pdf](http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf) [ Acesso 24 de novembro de 2019].

CAMPOS, G. W. S.; JUNIOR, N. P. **A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema de Único de Saúde: conquistas e limites**. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol. 21, nº 9. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) [ Acesso 01 de Julho de 2019].

COMES, et all. **Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos**. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2749.pdf> [ Acesso 24 de Agosto de 2019 ]

CONASS. **Progestores. Nota Técnica, 23/2013. Programa mais médicos**. Brasília, 2013.

CNM. Confederação Nacional dos Municípios. **Saída de Cubanos do Mais Médicos afeta 28 milhões de brasileiros, a maioria de áreas vulneráveis**. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/index.php/comunicacao/noticias/saida-de-cubanos-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-brasileiros-a-maioria-de-areas-vulneraveis> [ Acesso 29 de Julho de 2019]

COSTA, S. M et al. **Avaliação do programa mais médicos como política de fortalecimento da atenção básica**. Rev. Saúde. Com. V.13, 2017. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/468> [ Acesso em 06 de novembro de 2018].

COSEMSSP. **Estado de São Paulo lidera demanda de vagas no Programa Mais Médicos do Governo Federal**. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias-site-artigo/estado-de-sao-paulo-lidera-demanda-de-vagas-no-programa-mais-medicos-do-governo-federal/> [ Acesso em 22 de julho de 2019].



Demografia Médica. **Distribuição de médicos no estado é desigual**. Portal demografia Médica, 2016. Disponível em: <http://demografiamedica.org.br/distribuicao-de-medicos-no-estado-e-desigual/> [Acesso em 05 de dezembro de 2019 ]

GALAVOTE, H.S. et all. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde**. Saúde Soc. V.25, n.4. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf> [ Acesso 11 de setembro de 2019]

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais**. Pesquisa em Educação, v. 10. Brasília: Líber, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa Social**. 2 Ed. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária a Saúde: Seletiva ou coordenadora dos cuidados**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, S.F.D.R.; MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009.

GONDIM, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Paideia, Vol. 12, V. 24. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2002000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004) [ Acesso 30 de Agosto de 2018 ].

JLI. Joint League Initiative. **Human resources for health. Overcoming the crisis**. Global Health Initiative/Harvard University Press, 2004. Disponível em: [https://www.who.int/hrh/documents/JLI\\_hrh\\_report.pdf](https://www.who.int/hrh/documents/JLI_hrh_report.pdf). [ Acesso 25 de Novembro de 2019]

KEMPER, E. S. **Programa Mais Médicos: impacto de uma política pública exitosa**. Unidade Técnica Mais Médicos. OPAS/OMS, Abril, 2018. Disponível em <http://docplayer.com.br/75243355-Programa-mais-medicos-impacto-de-uma-politica-publica-exitosa-elisandrea-sguario-kemper-unidade-tecnica-mais-medicos-opas-oms-brasil-abril-2018.html> [ Acesso 22 de julho de 2019]

JUNIOR, R.A. **Necessidades de Médicos e Especialistas Médicos no País**. In: II Fórum de Ensino Médico do CFM, 2011, Brasília. CREMESP: Brasília, 2011.

LIMA, L. D. **Médicos, políticas e sistema de saúde**. Cad. de saúde pública. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00237418.pdf> [ Acesso em 24 de setembro de 2019]

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científicas**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACINKO, J. MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde Debate: Rio de Janeiro. V.42, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>. [ Acesso em 01 de julho de 2019].

MINAYO, M. C. S. et all. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Petrópolis. Editora Vozes. 21º edição. 2002.

OLIVEIRA, et all. **Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional**. Interface: Botucatu, Vol. 19, n.54. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) [ Acesso em 01 de setembro de 2019]

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf> [ Acesso em 01 de julho de 2019]

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. ANTONIO. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema único de saúde: notas sobre contexto e autores**. História, ciência, saúde. Rio de Janeiro. Manguinhos, V. 21, n.1, jan-mar. 2014.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 1 Ed. Salvador, EDUFBA: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. **Conheça São Carlos** - dados da cidade. Disponível em :

<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidade.html> .[ Acesso em 18 set. 2017].

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão**. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html> [ Acesso em 26 de agosto de 2018].

SCHEFFER, M. (coord). **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018p. ISBN: 978-85-870777-55-4. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf> [ Acesso 21 de Setembro de 2018].

SCHEFFER, M. et all. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de medicina Preventiva, Faculdades de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.

STARFIELD, D. B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> [ Acesso em 22 de setembro de 2019]

TAQUETTE, S.R. **Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde**. Atas, v.02, 2016. Disponível em <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/790-Texto%20Artigo-3124-1-10-20160706.pdf> . [ Acesso em 01 de setembro de 2018 ].

TEIXEIRA, C. F. SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. [ Acesso em 03 de outubro de 2018].

TEMPORÃO, J. G. Para onde vai o SUS? in: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2014. **CONASS DEBATE**: Caminhos da Saúde no Brasil.

TRAD, L. A. B. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiência com o uso da técnica em pesquisas de saúde**. Physis: ver. De Saúde Coletiva, vol. 19 n°3. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) [ Acesso em 31 de Agosto de 2018 ].

VASCONCELOS, E. M. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde**. Interface: Vol. 5, n°0.8. Botucatu, Feb, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832001000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009) [ Acesso em 06 de Junho de 2019 ].

## **ANEXO A**

### **Perfil dos Participantes**

#### **1 – Sujeito Supervisor do PMMB:**

##### **Pessoais**

Nome (Iniciais):

Idade:

Sexo:

##### **Profissionais:**

Escolaridade:

Formação profissional e tempo de formação:

Local de atuação:

Tempo de Atuação como Supervisor:

### **Roteiro Semi-estruturado para entrevista**

- 1 – Como você descreveria a chegada dos participantes do PMMB? Poderia falar?
- 2 – Você identificou alguma mudança no trabalho das equipes? Poderia descrevê-las?
- 3 – Como você avalia a experiência do PMMB no município? Poderia comentar?

## **ANEXO B**

### **Perfil dos Participantes**

#### **1 – Sujeito Colaborador: (Equipe de Saúde)**

##### **Pessoais:**

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

##### **Profissionais**

Escolaridade:

Formação profissional e tempo de formação:

Categoria Profissional:

Unidade de Lotação:

Tempo de Atuação na saúde e na ESF?

### **Roteiro Semi-estruturado para o grupo focal**

1 – Gostaria que relatassem como foi para equipe receber um profissional do PMMB?

2 – Na opinião de vocês em relação ao serviço, assistência quais foram as mudanças que ocorreram? Poderiam falar?

3 – De acordo com suas percepções como vocês contariam a trajetória do PMMB na sua unidade desde a implantação até hoje?

## ANEXO C



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa Mais Médicos: Uma avaliação a partir das percepções e experiências das equipes de saúde da atenção básica no município de São Carlos-SP

**Pesquisador:** Fernanda Michelle Duarte da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 03872118.4.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.077.821

#### Apresentação do Projeto:

O Programa Mais Médicos (PMM) foi implantado no Brasil com o objetivo de reduzir as desigualdades de acesso na Atenção Primária à Saúde (APS). Tomamos por base as evidências que comprovam a escassez dos profissionais no país, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade, um dos eixos de ação está voltado para o provimento emergencial desses profissionais em áreas vulneráveis. Com isso fica evidente o fortalecimento das equipes de saúde que representa o primeiro acesso do indivíduo ao sistema de saúde, passando na sua composição a ter o profissional permanente e presente nas ações em saúde, onde anteriormente vários municípios apresentavam dificuldades em contratar e manter os profissionais e as equipes ativas. Com isso o objetivo do trabalho é avaliar o programa mais médicos a partir das percepções e experiências das equipes de saúde da atenção básica que atuam no município de São Carlos – SP. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa que utilizará a entrevista semiestruturada com o médico do programa e a técnica de grupo focal com agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) e nível superior (enfermeiros,

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA  
**UF:** SP  
**Município:** SAO CARLOS  
**CEP:** 13.565-905  
**Telefone:** (16)3351-9683  
**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



## **ANEXO D**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**PROJETO MAIS MÉDICOS BRASIL: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP**

Pesquisadora: Fernanda Michelle Duarte da Silva

Orientador: Prof. Dr. Giovani Gurgel Acioli da Silva

Venho solicitar a sua participação nesta pesquisa que tem por título: Projeto Mais Médicos Brasil: uma avaliação a partir das percepções e experiências das equipes de saúde da atenção básica no município de São Carlos – SP, que tem por objetivos: avaliar o PMM a partir das percepções e experiências das Equipes de Saúde que compõem a Atenção Básica do município de São Carlos-SP, de maneira que possam surgir informações para um processo avaliativo.

Você foi convidado, por atuar em unidade de saúde da família do município que tem lotado um médico do programa mais médico há pelo menos 4 anos, desde da sua implantação até os dias atuais e que está inserido a um dos grupos em questão: agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, dentistas, médicos (que não pertença ao programa) e enfermeiros e ou um dos médicos do programa, sendo sua participação voluntária sem remuneração, sendo os registros de uso exclusivos da pesquisa em questão.

Caso concorde, irei utilizar duas técnicas para coleta de dados dependendo da categoria: sendo um médico do programa, irei utilizar uma entrevista com perguntas pertinentes aos objetivos do estudo e a técnica de grupo focal que será utilizada para agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, dentista e enfermeiros , onde serão realizados encontros com o (a) sr (a), com data, horário e minutos e local previamente estabelecido por contato telefônico, com duração média de

sessenta minutos, que deverá ser gravada em mídia digital para posterior transcrição, alguns momentos do encontro a pesquisadora poderá realizar anotações em caderno durante o encontro, sendo os questionamentos referente as suas percepções, experiências e observações no cotidiano do seu trabalho.

As informações, opiniões que serão emitidas serão tratadas de forma anônima, no conjunto das demais que compõem o grupo, sem exposição da unidade de trabalho, sendo que em qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja do seu interesse a continuidade do estudo, haverá a possibilidade de retirar o consentimento referente a sua participação, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação do grupo o (a) sr (a) terá como possível risco, o desconforto de se deparar com situações de difíceis reflexões da rotina do seu serviço, que poderão ser expostas para todo o grupo ou até mesmo para o pesquisador, onde poderá identificar lacunas em seu conhecimento e habilidades para realiza-los. No entanto, esclareço que o (a) sr (a) não será obrigado (a) a realizar apontamentos em momentos que não sinta-se confortável. Outro desconforto que está sujeito é de expressar suas opiniões e ouvir as dos participantes, o que poderá causar tensões, principalmente se tiver opiniões divergentes, mas caso isso ocorra solicito a sua manifestação que poderá ser dos demais de maneira que possamos buscar soluções dentro do próprio grupo e relato a importância das suas pontuações frente ao tema do estudo. Os pesquisadores utilizarão de estratégias de mediações para superação de qualquer dificuldade que ocorra durante os encontros.

Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

No entanto, qualquer dúvida que surja em relação à pesquisa poderá ser esclarecida diretamente com a pesquisadora responsável. Caso concorde em participar, uma via original assinada será entregue ao (a) sr (a). Caso ocorra duvidas durante o processo contate a pesquisadora no endereço: Rua: Theodolina Modena Coca, n°85, apart. 164, Vila Nery. Telefone: 981004274 e E-mail: ferdychelle@msn.com

Concordo que os resultados apresentados na pesquisa poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos. Compreendo tudo que foi explicado pela pesquisadora e concordo em participar do mesmo.

A pesquisadora informou que as medidas adotadas na pesquisa estão de acordo com os Critérios da Ética em pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução n°466/2012, do Conselho Nacional de Saúde

Agradecemos a sua colaboração e ressaltamos a importância da sua participação na pesquisa como produção de conhecimentos.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito  
participar da pesquisa: Projeto Mais Médicos Brasil: uma avaliação a partir das  
percepções e experiências das equipes de saúde da atenção básica no município de São  
Carlos – SP

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_