

Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família

Mais Médicos (More Doctors) Program: contributions to the work processes and challenges for a comprehensive health care in Family Health Strategy

Programa *Mais Médicos* (Más Médicos): contribuciones a los procesos de trabajo y desafíos para la integralidad del cuidado en la Estrategia Salud de la Familia

Pablo de Almeida Boiteux¹, Thiago Dias Sarti¹, Rita de Cássia Duarte Lima¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, Espírito Santo, Brasil

Resumo

Este artigo analisa os efeitos da inserção de uma médica cubana do Programa Mais Médicos nos processos de trabalho de uma equipe de Saúde da Família, discutindo suas contribuições e desafios à integralidade do cuidado em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, do tipo estudo de caso, realizada em município do estado do Espírito Santo, Brasil, mediante utilização de observação participante, complementada com entrevistas em profundidade e um grupo focal. A análise dos dados foi fundamentada nas teorias do processo de trabalho e da produção intersubjetiva do cuidado em saúde. Os resultados indicam contribuições na ampliação de ações assistenciais e no fortalecimento dos vínculos entre equipe e usuários. Entre os desafios, a persistência de práticas segmentadas por categorias profissionais, subordinadas à figura e aos saberes (bio)médicos, com limitada interação interprofissional e equipe-comunidade na construção de projetos comuns de cuidado.

Descritores: Programa Mais Médicos; Processo de Trabalho; Assistência Integral à Saúde (Integralidade); Estratégia Saúde da Família.

Abstract

This article analyzes the effects of the insertion of a Cuban doctor from the *Mais Médicos* (More Doctors) Program into the work processes of a Family Health Strategy team, discussing its contributions and challenges to the comprehensiveness of health care. This is a qualitative, descriptive-exploratory research, of the case study type, carried out in a city of the state of Espírito Santo, Brazil, using participant observation, in-depth interviews and focus group. The analysis was based on theories of the work process and the intersubjective production of health care. Results indicate contributions in the expansion of assistance actions and in the strengthening of the links between team and users. Among the challenges, the persistence of practices segmented by professional categories, subordinate to the (bio)medical figure and knowledge, with limited interprofessional and team-community interactions in the construction of common projects of care.

Descriptors: Mais Médicos Program; Work Process; Comprehensive Health Care; Family Health Strategy.

Como citar: Boiteux PA, Sarti TD, Lima RCD. Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2149. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2149](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2149)

Autor correspondente:

Pablo de Almeida Boiteux.

E-mail: paboiteux@hotmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

aprovado.

Número do parecer: 1.882.906

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 22/07/2019

Aprovado em: 21/01/2020



Resumen

Este artículo analiza los efectos de la inserción de una médica cubana del Programa *Mais Médicos* en los procesos de trabajo de un equipo de Salud de la Familia, discutiendo sus contribuciones y desafíos a la integralidad del cuidado en salud. Es una investigación descriptiva-exploratoria, del tipo estudio de caso, realizada en municipio del estado de Espírito Santo, Brasil, mediante utilización de observación participante, complementada con entrevistas en profundidad y un grupo focal. El análisis fue fundamentado en teorías del proceso de trabajo y de la producción intersubjetiva del cuidado en salud. Los resultados indican contribuciones en la ampliación de y en el fortalecimiento de vínculos entre equipo y usuarios. Entre los desafíos, la persistencia de prácticas profesionales segmentadas, subordinadas al médico y sus saberes, con limitada interacción interprofesional y equipo-comunidad en la construcción de proyectos comunes de cuidado.

Descriptor: Programa *Mais Médicos*; Proceso de Trabajo; Asistencia Integral a la Salud (Integralidad); Estrategia Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

A “Estratégia Global Sobre Recursos Humanos em Saúde: Força de Trabalho 2030”, produzida pela Organização Mundial da Saúde,¹ representa um marco recente do debate internacional sobre um dos principais desafios para os sistemas de saúde no século XXI: o enfrentamento daquela que tem sido descrita como uma “crise global” do trabalho em saúde, caracterizada por déficit quantitativo e por desigualdades na qualificação e na distribuição geográfica de profissionais de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento.²⁻⁴

No Brasil, a necessidade de políticas públicas que interfiram no número, no perfil e na distribuição de profissionais de saúde tem sido uma das preocupações dos atores envolvidos no movimento de Reforma Sanitária Brasileira, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e na própria conformação do campo da Saúde Coletiva.⁵

Entretanto, iniciativas governamentais como o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) não impediram a recorrência de problemas na alocação de profissionais de saúde, sobretudo de médicos, observando-se concentração em centros urbanos, escassez nas zonas rurais ou de difícil acesso e distribuição desigual entre regiões geográficas e nos diferentes níveis de atenção à saúde.^{6,7} Esse cenário tem limitado o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), redefinida como Atenção Básica (AB) e que tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo prioritário para sua organização e expansão no país.⁸⁻¹⁰

Como forma de oferecer alternativas para o fortalecimento do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),¹¹ e no bojo de outras intervenções para corrigir a má distribuição de médicos no Brasil,⁷ o Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 2013, a princípio através da Medida Provisória nº 621, posteriormente regulamentada pela Lei nº 12.871.^{12,13}

Criado com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS, o PMM contempla diversos objetivos e ações, tanto para reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e as desigualdades regionais na área da saúde, quanto para modificar os parâmetros de formação médica e para fortalecer a prestação de serviços de AB.¹² Esses objetivos e ações estão inseridos nos três eixos constitutivos do PMM: (I) provimento emergencial de médicos; (II) formação médica; e (III) investimentos na infraestrutura da AB.¹³

Dentre as ações do primeiro eixo, destaca-se o “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que envolve o provimento emergencial de médicos para regiões remotas e de maior vulnerabilidade socioeconômica do país, através do qual o governo federal selecionou profissionais brasileiros e estrangeiros para atuarem na AB.¹² No que tange aos médicos estrangeiros, adquiriu particular notoriedade a mobilização de profissionais cubanos por meio de convênios de cooperação internacional firmados entre a Organização Pan-Americana da Saúde e os governos do Brasil e de Cuba.¹⁴

Contudo, apesar dos êxitos iniciais do provimento emergencial na redução da escassez de médicos na AB^{13,15} e na ampliação das equipes de ESF,¹⁶ o que fez com que fosse amplamente aprovado pela população¹⁷ e por gestores municipais,¹⁸ o PMM também tem recebido críticas e questionamentos. Questiona-se sua capacidade para enfrentar problemas estruturais crônicos do SUS, tais como o subfinanciamento público da saúde,^{19,20} bem como sua potência em promover mudanças nos processos de trabalho e produção do cuidado na AB,²¹ sendo essa última questão ainda pouco explorada na produção científica sobre o PMM.²²

Partindo do pressuposto de que os objetivos e as ações do PMM visam reorientar a prática médica e fortalecer a AB-ESF, e considerando a centralidade da APS no sistema de saúde cubano e sua ênfase na formação de médicos capacitados para o trabalho nesse nível de atenção à saúde,^{14,19,23} torna-se relevante compreender quais os efeitos da inserção dos médicos cubanos nos processos de trabalho das equipes de ESF, e como suas interações, intercâmbios de conhecimentos e de experiências com usuários e profissionais de saúde brasileiros contribuem para a produção do cuidado integral em saúde na AB.

Adotando esse recorte analítico do PMM, os objetivos deste estudo foram: (I) analisar os efeitos da inserção do médico cubano nos processos de trabalho de uma equipe de ESF; e, (II) refletir sobre seus limites e possibilidades para modificar o modelo e/ou as práticas de AB no sentido da integralidade do cuidado em saúde.

Quadro Teórico-Conceitual

Considerando que o estudo teve como objeto os processos de trabalho e de cuidado na AB-ESF, o quadro teórico-conceitual reuniu contribuições de autores que, a partir da teoria do processo de trabalho em saúde,^{24,25} articulam reflexões sobre modelos e práticas orientados pelo princípio da integralidade,^{26,27} com a incorporação de aportes conceituais que reconheçam o caráter dinâmico, relacional e intersubjetivo do cuidado em saúde.²⁸⁻³⁰

Quando aplicada ao campo da saúde, a teoria do processo de trabalho compreende as práticas de saúde como ações individuais e/ou coletivas que tem como objeto de intervenção necessidades de saúde estabelecidas em determinado contexto histórico-social.²⁴ Ações em que cada trabalhador se utiliza de meios ou instrumentos, materiais (equipamentos) e imateriais (saberes), que o permitam apreender e satisfazer tais necessidades, isto é, realizar o trabalho em saúde propriamente dito.^{24,25}

Cabe ressaltar que os processos de trabalho e as necessidades de saúde compõem relações recíprocas que recobrem o conjunto da vida social, de modo que cada contexto produz necessidades específicas e, para satisfazê-las, diferentes modelos de organização tecnológica dos processos de trabalho, os quais, por sua vez, também influenciam a natureza e as características dessas necessidades.²⁴ Nessa perspectiva, o conceito de “tecnologia” não se restringe apenas aos instrumentos ou meios de trabalho, mas às configurações assumidas ou assumíveis pelos três momentos do processo de trabalho [o objeto, os instrumentos e o próprio trabalho], dadas as finalidades do mesmo.²⁵

Em direção semelhante, Ayres²⁶ define “modelo de atenção à saúde” como a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca dos modos de operar e de gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e de populações. Tecnologias que, embora instruídas por modelos, nunca são completamente moldadas por eles, uma vez que os próprios modelos nascem de experiências e de potencialidades inscritas em um conjunto de arranjos tecnológicos que produzem ações de saúde em dado contexto histórico-social.

Em certa medida, as disposições da PNAB podem ser encaradas como uma tentativa de convergência entre diferentes discursos acerca dos modos de organizar e de operar as tecnologias de AB (ex: acolhimento, territorialização, planejamento em saúde, trabalho em equipe, etc.), os quais tem como horizonte comum a busca da integralidade do cuidado em saúde.²⁷ Horizonte discursivo que, ainda que instrua a ESF como modelo de organização tecnológica da AB, abre-se para possíveis transformações em seu dever prático, isto é, nas interações entre sujeitos, nos reconhecimentos e nas resistências que usuários e trabalhadores das equipes de ESF experimentam, entre si, no momento da produção do cuidado em saúde.²⁸⁻³⁰

Reconhecendo a diversidade de sentidos da integralidade como princípio norteador da organização tecnológica das ações de saúde no SUS,²⁷ apreendemos a produção do cuidado integral na ESF a partir de quatro eixos interdependentes propostos por Ayres:²⁶

(I) Eixo das necessidades: referente à qualidade e à natureza da escuta e do acolhimento das demandas por atenção à saúde, sobretudo o desenvolvimento de sensibilidade e de capacidade de oferecer respostas a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas;

(II) Eixo das finalidades: que contempla os graus e os modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças/sufrimentos e recuperação da saúde/reinserção social, de modo a não as segmentar e, sim, produzir sinergismos que aperfeiçoem o seu desenvolvimento, tanto em termos de racionalização meios-fins como de conforto e de conveniência para indivíduos, famílias e comunidades;

(III) Eixo das articulações: diz respeito aos graus e os modos de composição de saberes interdisciplinares, da equipe multiprofissional e das ações intersetoriais no desenvolvimento da atenção à saúde, tendo como propósito a criação de melhores condições para responder de forma efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada;

(IV) Eixo das interações: o qual envolve a qualidade e a natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado, inclusive a construção de condições dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, tanto em uma perspectiva pessoa a pessoa (trabalhadores entre si e destes com os usuários) quanto da equipe com a comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, escolhido por permitir a investigação de um fenômeno (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, através da utilização de múltiplas fontes de evidência empírica, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente discerníveis e quando existem diversos elementos de interesse.³¹ O estudo foi realizado em um município de pequeno porte do estado do Espírito Santo (ES), Brasil, escolhido em virtude de sua adesão ao PMM ainda em 2013 e pelo recebimento e permanência de médico(s) cubano(s) desde 2014.

Adotamos como unidade de análise a equipe de ESF (EqSF) em que atua uma médica cubana (MC), também composta por uma enfermeira (ENF), uma técnica de enfermagem (TENF) e sete agentes comunitárias de saúde (ACS). Além da presença da MC, outros critérios definiram a escolha da equipe: (I) possuir a mesma EqSF (à exceção do profissional médico) atuando há, pelo menos, um ano antes da inclusão da médica estrangeira; (II) território de abrangência da EqSF contemplando comunidades urbanas e rurais, o que garantiu a representatividade dos diversos cenários em que ocorrem os processos de trabalho na ESF; e (III) aceitação da presença do pesquisador por parte da EqSF.

Os dados empíricos foram produzidos no período de janeiro a abril de 2017 mediante utilização de observação participante, complementada com entrevistas em profundidade e um grupo focal. Inicialmente, o pesquisador principal foi inserido na dinâmica da equipe de saúde por meio da enfermeira. Foram então observadas e registradas em um diário de campo, aproximadamente, 60 horas de atividades da EqSF, dentro e fora das unidades básicas de saúde (UBS), tendo como focos principais: consultas médicas, visitas domiciliares, reuniões de equipe e a recepção dos usuários nas UBS. Em cada atividade, o pesquisador solicitava autorização prévia ao profissional responsável e acompanhava integralmente as ações contando com o auxílio de um instrumento contendo tópicos a serem observados: caracterização do serviço, características e organização das práticas desenvolvidas, relação entre os membros da EqSF e destes com os usuários do serviço, relação entre discursos dos profissionais e suas práticas, tipos de tecnologias predominantes nos processos de trabalho. Buscou-se também criar relação próxima e suficiente com os profissionais do serviço e com a médica de forma que a presença do pesquisador principal nos espaços informais (locais para alimentação, conversas informais e pequenas reuniões informais) de convivência fosse aceita.

As entrevistas foram realizadas com a MC e com a ENF. Do grupo focal, participaram a TENF e seis ACS (designadas pelas siglas ACS-1 a ACS-6). Uma das ACS da EqSF não participou do estudo devido a afastamento prolongado do trabalho por motivo de doença. As falas oriundas das entrevistas e do grupo focal foram gravadas em áudio e transcritas pelo pesquisador principal.

A entrevista em profundidade com a MC foi guiada por um roteiro contendo os seguintes tópicos: formação profissional; percepções sobre a medicina de família; organização do sistema de saúde cubano e comparação com o sistema brasileiro; percepções sobre o PMM; inserção no trabalho da EqSF; organização do serviço e das práticas; e relações da MC com a EqSF e com a comunidade. Já a entrevista com a ENF teve como objetivo compreender as percepções da profissional em relação ao PMM e a ESF; inserção da MC no trabalho da EqSF e mudanças decorrentes de sua entrada; organização do serviço e das práticas da EqSF; e relações da MC com a EqSF e com a comunidade. As entrevistas foram realizadas e gravadas no próprio serviço, e duraram aproximadamente, 110 e 30 minutos, respectivamente, correspondendo a aproximadamente 70 páginas de transcrição literal.

O grupo focal também foi realizado no serviço, contando com um roteiro que partia da questão norteadora “como foi a chegada do(a) médico(a) cubano(a) na equipe?”. Outras questões exploradas no grupo focal foram: inserção da MC na EqSF; mudanças na organização e na dinâmica dos processos de trabalho na EqSF a partir da integração da MC; e relações da MC com a EqSF e com a comunidade. O grupo focal durou 50 minutos, cuja gravação foi transcrita em cerca de 25 páginas.

As etapas da análise seguiram uma sequência baseada na proposta de Minayo:³² (I) ordenação; (II) tipificação; e (III) análise abrangente final. Na etapa de ordenação, organizamos os dados produzidos nas observações, nas entrevistas e no grupo focal. Na tipificação, fizemos a leitura aprofundada e impregnante do material empírico e sua distribuição em categorias, construídas para os fins deste artigo conforme as disposições da PNAB, que servissem de marcadores da organização tecnológica dos processos de trabalho da EqSF: (I) planejamento em saúde; (II) trabalho em equipe; (III) acolhimento, vínculo e responsabilização para com a população; (IV) práticas de cuidado; (V) enfoque familiar; (VI) participação comunitária; e (VII) intersetorialidade. Finalmente, os dados oriundos da tipificação foram cotejados com o quadro teórico-conceitual e analisados a partir dos quatro eixos da integralidade do cuidado em saúde propostos por Ayres.²⁶ Todo esse processo foi coordenado e realizado pelo pesquisador principal. Os demais pesquisadores, após leituras flutuantes e repetidas do material empírico, revisaram os procedimentos das fases de tipificação e análise abrangente.

Os princípios éticos foram observados em todas as etapas do estudo, conforme a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. A realização da pesquisa esteve condicionada à autorização prévia do município e a inclusão dos participantes à concordância e à assinatura de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantiu-se o anonimato e a confidencialidade aos participantes do estudo. O projeto da pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com n° CAAE 60943416.1.0000.5060/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território adscrito à EqSF abrange uma população de, aproximadamente, 3.000 habitantes, distribuídas em pequenas comunidades de produtores rurais, sobretudo famílias de descendência alemã. Apenas uma pequena parte do território fica localizada no perímetro urbano do centro do município; a maior parte é constituída por comunidades rurais, dispostas em um espaço geográfico montanhoso, com locais de elevada altitude e acesso através de estradas sem pavimentação.

Essas características exigem que a EqSF se desloque, diariamente, entre seis pontos de atenção à saúde no território: cinco UBS e uma escola municipal improvisada para atendimentos clínicos. Dentre as UBS, apenas uma fica no centro do município, dispendo de infraestrutura ampla, moderna e climatizada. As demais UBS, assim como a escola, estão localizadas em áreas remotas da zona rural, com dimensões reduzidas e infraestrutura precária para o trabalho da EqSF.

Cabe destacar que, antes da chegada da MC, havia alta rotatividade de médicos na EqSF, a maioria permanecendo por períodos inferiores a seis meses. Nos períodos sem médicos, cuja duração variava de semanas a meses, a EqSF recebia suporte esporádico de profissionais de outras equipes do município. Medida que, embora permitisse a manutenção parcial de ações de atribuição exclusiva do médico, não garantia a continuidade do cuidado e a criação de vínculos desses profissionais com a EqSF e a população do território.

Nessas ocasiões, a ENF realizava poucas ações programáticas da PNAB, basicamente exames de rastreio para câncer de mama e colo uterino e campanhas de imunização, uma vez que a maior parte do tempo era dedicada a atividades gerenciais e ao acolhimento das demandas dos usuários nas UBS. Ela tentava resolver aqueles problemas que estivessem no âmbito de suas competências técnicas e, se necessário, encaminhava o usuário para o pronto-atendimento municipal e/ou para avaliação por médicos de outras equipes.

Necessidades e respostas às demandas por atenção à saúde

As necessidades da população, expressas nas demandas espontâneas às UBS e nas ações programáticas realizadas pela EqSF, contemplam aspectos tão diversos como: orientações sobre saúde reprodutiva, mudanças biopsicossociais decorrentes do ciclo de vida, problemas comportamentais, rearranjos na composição e na dinâmica familiar, doenças infecciosas agudas, acompanhamento rotineiro de doentes crônicos, gestantes (pré-natal) e crianças menores de 01 ano de idade (puericultura), exames para rastreio de câncer mamário e uterino, dentre outros.

Necessidades e demandas que, na visão das ACS, são acolhidas pela MC de forma mais humanizada e comprometida do que aquela dos médicos brasileiros que haviam atuado na EqSF. Esses achados reforçam que, entre os médicos cubanos do PMM, parece predominar uma cultura de responsabilidade e de cuidado humanizado para com a população.³³

“Aquela vontade de atender todo mundo.” (ACS-1).

“Um lado humano, de humanidade, de cuidar mesmo.” (ACS-2).

“Parecia que ela queria abraçar todo mundo.” (ACS-3).

“Um acolhimento diferente, um abraço de mãe.” (ACS-5).

As demandas são apreendidas pela MC a partir de tecnologias de cuidado²⁹ em que predominam, ora um padrão queixa-conduta, caracterizado pela aplicação de saberes biomédicos e pelo uso frequente de exames complementares, de intervenções medicamentosas e de encaminhamentos externos à AB; ora uma abordagem ampliada das necessidades de saúde, que incorpora o enfoque familiar e os sentidos que os problemas adquirem nas vidas das pessoas.

Uma mulher de meia-idade questiona a médica se suas “dores nos ossos e nas juntas podem ser do ácido úrico”. A médica diz que solicitará exames e depois a encaminhará para avaliação do reumatologista. Depois pergunta se a usuária está usando os remédios prescritos na consulta anterior. Os remédios são antidepressivos. “Acho que remédio nenhum está resolvendo a minha dor”, diz a usuária, em voz baixa e olhando para o chão. A médica preenche formulários sem questionar maiores detalhes sobre a natureza da dor.

A médica atende uma criança em idade escolar, trazida à UBS pela madrastra. A madrastra solicita que a criança seja encaminhada para o psicólogo, a pedido da escola, pois “é muito teimosa, desobediente, se irrita à toa e tem dificuldade de aprender”. A criança permanece calma e em silêncio durante toda a consulta. A médica não faz o encaminhamento. Diz à madrastra que, primeiro, precisa conversar com a professora sobre o comportamento da criança. E solicita a presença do pai na próxima consulta, para esclarecer questões sobre a relação da criança com a mãe biológica e com o próprio pai.

(Diário de campo: observações de consultas médicas).

Em relação à prática do acolhimento como tecnologia de organização do acesso à AB, não ocorreram mudanças nos processos de trabalho da EqSF após a chegada da MC. O acolhimento nas UBS, realizado pela TENF e/ou pela ENF, manteve uma configuração do tipo “triagem”, restritiva ao acesso, mediante a oferta de um número limitado de consultas médicas por turno de trabalho, disponibilizadas segundo parâmetros biomédicos, isto é, privilegiando apenas demandas que apresentem um componente biológico manifesto (“febre”, “dor”, “vômitos”, etc.), ainda que, frequentemente, não contemplem a diversidade de problemas e de necessidades vivenciados pela população.

Finalidades do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Embora a PNAB defina como objetivo da AB-ESF desenvolver uma atenção integral à saúde, alcançada por meio de um conjunto articulado de ações para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em âmbito individual e coletivo,¹¹ identificamos que, mesmo após a chegada da MC, os processos de trabalho na EqSF continuaram orientados, principalmente, para o atendimento às demandas espontâneas dos usuários.

Em contrapartida, os profissionais da EqSF ressaltaram a contribuição da MC na organização e no incremento relativo no número, na diversidade e na continuidade de ações programáticas, sobretudo do acompanhamento pré-natal, da puericultura e do cuidado aos doentes crônicos, tais como hipertensos e diabéticos. Ações que, até então, ficavam comprometidas pela alta rotatividade de médicos na EqSF.

Além disso, persiste a incipiente integração entre as práticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação desenvolvidas por cada membro da EqSF, assim como a virtual inexistência de ações para identificar os problemas e as necessidades de saúde de maior frequência e relevância na população, as quais permitam desenvolver respostas adequadas às suas especificidades.

Uma das possíveis justificativas para esse cenário é a limitação de espaços instituídos na EqSF para discussão e planejamento de ações que integrem saberes e práticas dos diferentes profissionais em torno de projetos assistenciais comuns, tanto aqueles de amplitude coletiva quanto de casos que necessitem de cuidados singulares. Planejamento em saúde que tem sido apontado como uma tecnologia fundamental para a qualificação do trabalho na ESF.³⁴

Na prática, esses espaços se restringem às reuniões de equipe, de periodicidade mensal, quando são definidos os cronogramas de atividades da EqSF em cada ponto de atenção do território. Reuniões nas quais participam ativamente todos os membros da EqSF, inclusive a MC, mas que, em geral, concentram-se em questões burocráticas e adequações na oferta de consultas e/ou de ações em cada UBS, não havendo qualquer monitoramento ou avaliação dos seus impactos na população.

Segundo Tesser e Norman,³⁵ a necessidade de ampliação do acesso, equilibrando cuidado à demanda espontânea e ações programáticas e de promoção/prevenção da saúde, representa um desafio para os processos de trabalho na ESF. E envolve questões relativas à matriz teórico-operacional da ESF (que tende a priorizar atividades programáticas e preventivas, em detrimento da demanda), e ao dimensionamento do território e da proporção de pessoas adscritas a cada equipe.³⁶

Nesse sentido, a EqSF tenta adaptar as diretrizes da PNAB à realidade do território, através de arranjos tecnológicos que permitam conciliar o conjunto de ações inerentes à ESF e a imprevisibilidade das demandas da população. Um processo de adaptação que não ocorre sem tensões e angústias para os profissionais:

“[A equipe] tem que cumprir um sem-número de normas, mas não se cumpre como deveria ser, como está estabelecido [pelo Ministério da Saúde]. Não, não tem como! Às vezes você planeja que vai assistir cinco hipertensos [e deixar] os outros atendimentos só para demanda espontânea. Mas aí você tem cinco hipertensos, dois diabéticos, duas grávidas e chegaram, nesse dia, cinco meninos com febre! Aí como você faz?” (MC).

Também identificamos a extensão geográfica e a distribuição da população no território como importantes entraves à organização dos processos de trabalho da EqSF. Embora o número de habitantes adscritos esteja dentro dos limites estabelecidos na PNAB,¹¹ os deslocamentos da EqSF entre distintos pontos de atenção reduzem a disponibilidade de tempo para as ações assistenciais. Condições que, ainda que favoreçam o acesso da população, produzem demandas reprimidas em cada UBS e pressionam a EqSF para que o foco do trabalho continue nas respostas às demandas espontâneas.

Articulações entre saberes e ações na equipe de Saúde da Família

Apesar da inserção da MC, a articulação entre saberes e ações manteve o padrão pré-existente na EqSF, caracterizado por práticas segmentadas e limitada integração entre os processos de trabalho das diferentes categorias profissionais. Um padrão de mera justaposição de ações individuais, e não de construção conjunta, o qual foi descrito por Peduzzi³⁷ como “equipe agrupamento”.

A observação demonstrou um corte nítido entre aquele que denominaremos de “núcleo tecnológico de promoção/prevenção” (ex: campanhas de imunização, atividades de educação em saúde e exames preventivos de saúde da mulher), responsabilidade da ENF, e o “núcleo tecnológico programático / curativo” (ex: ações programáticas e atenção à demanda espontânea), assumido pela MC.

A produção do cuidado é centrada na MC, o que pode ser atribuído, em parte, ao papel desempenhado pela ENF na coordenação e no gerenciamento dos processos de trabalho da EqSF, que consome parte significativa do seu tempo com questões administrativas e restringe o potencial cuidador inerente à profissão.³⁸ Mas também a histórica subordinação das demais profissões da saúde aos saberes e práticas da medicina, o que tende a reforçar a cristalização de relações de trabalho assimétricas e a medicalização do cuidado, ambas já existentes na ESF.⁹

“O médico tem uma figura importante. Por quê? Porque quase todas as decisões são da gente. [...] Uma medicação? A gente. Se tiver que fazer curativo, é você quem prescreve. Se tiver que fazer alguma mudança em alguma parte do tratamento, é a gente quem prescreve.” (MC).

A segmentação dos processos de trabalho limita a possibilidade de articulação entre as formações profissionais e de uma interação interdisciplinar que permita aos núcleos de competência específicos de cada profissão enriquecer o campo de competências comuns e a capacidade de cuidado de toda a EqSF, conforme proposto na PNAB.¹¹

Outro fator restritivo para a articulação entre os saberes da MC e dos demais membros da EqSF diz respeito às fragilidades na formação profissional e na educação permanente dos trabalhadores brasileiros que atuam na AB. Os processos pedagógicos para o trabalho em saúde, pautados na biomedicina e na atenção hospitalar, destoam da realidade social, econômica e cultural da maioria da população, e vem sendo apontados como obstáculos para que o cuidado na ESF esteja orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde.⁸⁻¹⁰

“As pessoas que se formam aqui [no Brasil], não são formadas para trabalhar em APS. Então eles aprendem aos poucos, mas a concepção [de APS] continua sendo rasa. Onde as técnicas de enfermagem se formam? No hospital. Para que atendimento? No hospital. Onde as enfermeiras se formam? No hospital. Com visão de quê? De trabalho no hospital.” (MC).

Quanto à integração entre as ações da EqSF e de outras instâncias internas e/ou externas ao setor saúde, os limites do PMM na produção de respostas mais efetivas às necessidades da população ficam bastante evidentes. No interior do setor saúde, identificamos o relativo isolamento da AB em relação aos demais níveis de atenção (média e alta complexidade), manifestado por dificuldades no referenciamento de usuários e na comunicação entre os profissionais da ESF e dos serviços especializados.

Em relação às instâncias externas ao setor saúde, a insuficiência das articulações intersetoriais no município impedem que a EqSF, ao reconhecer determinantes e condicionantes sociais que incidem no processo saúde-doença, produza respostas efetivas para o seu enfrentamento.

Interações intersubjetivas na produção do cuidado em saúde

As interações entre os membros da EqSF e a população sofreram mudanças com a presença da MC, sobretudo no âmbito individual, no plano das relações dos trabalhadores entre si e dos encontros médico-usuário, com efeitos positivos para a produção do cuidado em saúde.

“Eu acho que a chegada dela ajudou a gente a trabalhar melhor, a equipe ficou mais unida. A doutora é uma pessoa muito boa [...] Se você está com dúvida em alguma coisa, ela está sempre ali para te ajudar.” (ENF).

Nas relações médico-usuário a MC demonstra compreensão das múltiplas dimensões de cada sujeito²⁸ que demanda atenção à EqSF. E a importância de abrir o encontro assistencial para interações dialógicas que transponham barreiras linguísticas e possibilitem a construção de vínculo e a longitudinalidade do cuidado em saúde.²⁹

“À medida que você não vê a pessoa só como doente, sabe que tem coisas do meio externo, do contexto social, que afetam aquela pessoa. E quando ela volta de novo, geralmente é porque está sentindo alguma coisa. Pode ser psicológica, orgânica, pode ser sistêmica. [...] E tem paciente que só volta porque quer falar com você de algum problema pessoal. Então isso cria um vínculo.” (MC).

“Ela conquistou todo mundo muito rápido! Eu não sei se é da cultura deles, lá [de Cuba]. Os pacientes mesmo falam para nós: ‘a gente tem um pouco de dificuldade para entender [o idioma], só que ela tem muita paciência, ela escuta muito, ela para, olha, se parece que você tem dúvida ela pergunta de novo se você está entendendo, ela fala mais devagar’. A gente sente que ela é muito cativante.” (ACS-5).

Para Ayres,^{26,28} o cuidado em saúde deve buscar um equilíbrio entre o “êxito técnico”, vale dizer, a capacidade de identificar e executar intervenções instrumentais para a prevenção, tratamento e recuperação de agravos, e o “sucesso prático”, isto é, as intervenções devem ser adequadas às formas como cada pessoa entende que deve ser a vida e a saúde em seu cotidiano. Duplo movimento que aparece na seguinte fala:

“A pessoa está depressiva. Ok, mas por que está depressiva? Será que ela está com algum problema em casa? Será que está acontecendo alguma coisa? Você pode passar um monte de antidepressivos, mas se você não está entendendo o porquê, não irá conseguir incidir sobre o problema.” (MC).

Equilíbrio que nem sempre é obtido na EqSF, uma vez que, mesmo nas práticas da MC, há encontros assistenciais com abordagens normativas, centradas na técnica e nos saberes biomédicos, onde há pouco espaço para o diálogo e a construção de planos compartilhados de cuidado entre profissionais e usuários.²⁹

Durante consulta de pré-natal, a médica avalia resultados de exames laboratoriais. “A glicose está alta”, afirma a médica. “Muita manga”, diz a gestante, sorrindo. “Se não diminuir, já sabe, vai precisar de insulina”, responde a médica, em tom de ameaça. “Eu já tive hipertensão e diabetes na última gravidez”, retruca a gestante, com ar de desdém. Parecendo irritada com a postura da gestante, a médica encerra a conversa e a encaminha à nutricionista. (Diário de campo: observação de consulta médica)

No plano das relações entre os trabalhadores, verificamos que as interações entre a MC e resto da EqSF ocasionaram transformações mútuas na forma de conferir sentidos e de desenvolver as práticas em saúde, assim como em suas próprias identidades profissionais.²⁸ Dinâmica que, mesmo baseada em relações horizontais e cordiais, como na EqSF, exige negociações e a busca por consensos entre os profissionais.³⁰

“Além de modificar o meu sistema de trabalho, eu tive que modificar coisas da minha personalidade. [...] Lá [em Cuba], eu trabalhava consultando e organizando tudo, aí você chega aqui e sabe que o responsável [pela coordenação do trabalho] é a enfermeira. Então eu tive que aprender a me adaptar a essa situação [...] Eu acho que isso tem muito a ver com a comunicação. Se dentro da equipe a gente não se comunica, não funciona. Porque às vezes você tem que abrir mão de uma coisa para tentar resolver outra [...] E você também deve se adaptar às concepções que se tem do trabalho dentro da equipe.” (MC).

“Eu aprendi a lidar com o trabalho de uma forma melhor, saber trabalhar até a minha mente. Às vezes a gente se desesperava muito com alguma coisa, com algum paciente, com alguma família. Ela conseguiu passar para a gente que não poderia ser assim, que a gente iria resolver o que pudesse ser resolvido.” (ACS-3).

Todavia, os avanços no plano individual não se perpetuaram nas relações coletivas entre a EqSF e a comunidade, uma vez que inexistem espaços para discussão, planejamento e construção conjunta de ações sobre problemas e necessidades de amplitude populacional. Inclusive, por exemplo, debater os limites e as possibilidades da EqSF para reorganizar os processos de trabalho e aprimorar a produção do cuidado à população.

Limites do estudo

Este estudo apresenta limitações que devem ser levadas em consideração. Por se tratar de um estudo de caso, o objetivo gira em torno da compreensão em profundidade de determinado fenômeno em seu contexto social. Desta forma, os resultados desta pesquisa não devem ser tomados como verdades aplicáveis de forma linear a outros contextos, embora apontem questões importantes que podem contribuir para a reflexão de distintos atores sociais envolvidos com ESF em territórios mistos (rural e urbano) de pequenos e médios municípios em situação de vulnerabilidade social, escassez de médicos e precariedade de serviços.

Outro aspecto a ser considerado é que esta pesquisa faz um movimento teórico a priori que subsidia o olhar do pesquisador, a construção dos instrumentos de pesquisa e a análise dos dados, o que condiciona a emergência de questões, a identificação de núcleos temáticos e as interpretações que são feitas dos dados produzidos. Contudo, o campo de pesquisa foi construído de forma flexível e aberto o suficiente para que as singularidades e surpresas do contexto se fizessem presentes nos resultados.

CONCLUSÃO

A análise de uma iniciativa governamental com a amplitude e a complexidade do PMM, atravessada por controvérsias e por desdobramentos ainda desconhecidos, exige dos pesquisadores olhares que não se atenham apenas aos seus resultados mais imediatos e globais, mas que também explorem questões singulares e menos visíveis, dentre as quais incluímos seus efeitos nos processos de trabalho e de cuidado na AB-ESF.

Nesse sentido, buscamos compreender como as interações entre a médica cubana, os profissionais brasileiros da equipe de ESF e os usuários influenciam na produção do cuidado integral em saúde na AB. Para isso, optamos por um estudo de caso, tipo de pesquisa que, apesar de suas reconhecidas limitações em termos de generalização de resultados, permitiu que identificássemos elementos relevantes para investigações futuras sobre o PMM.

Os resultados apontaram contribuições do PMM na ampliação, na diversificação e na continuidade de ações assistenciais na ESF, assim como no fortalecimento dos vínculos entre equipe e usuários, sobretudo no âmbito das relações médico-usuário. Entre os desafios, identificamos a necessidade de superar práticas segmentadas por categorias profissionais, subordinadas à figura e aos saberes (bio) médicos, e a limitada interação interprofissional e equipe-comunidade na construção de projetos comuns de cuidado. Desafios que envolvem questões que transcendem os próprios objetivos e ações do PMM, tais como as fragilidades na formação dos profissionais brasileiros para atuação na AB e na matriz teórico-operacional da ESF.

De modo que esperamos que esses achados estimulem novos estudos acerca do PMM no campo da Saúde Coletiva, contribuindo para o intercâmbio de conhecimentos relativos aos processos de trabalho na AB-ESF e oferecendo subsídios para o aprimoramento do cuidado em saúde no Brasil. Frisamos também a importância de que os avanços observados com a implantação do PMM sejam fortalecidos a partir de outras estratégias de qualificação da APS, tendo em vista a decisão de descontinuar o programa a partir de 2019, evitando-se retrocessos e mais fragilizações em um sistema com importantes limitações.

Contribuição dos autores

Concepção e delineamento do estudo: PAB, TDS, RCDL. Aquisição, análise e interpretação dos dados: PAB, TDS, RCDL. Redação preliminar: PAB. Revisão crítica da versão preliminar: TDS, RCDL. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016.
2. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica*. 2013 Out;29(10):1924-6.
3. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014;370(10):950-7.
4. Portela GZ, Fehn AC, Ungerer LRS, Poz MR. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(7):2237-46.
5. Pinto ICM, Nunes TCM, Belisário AS, Campos FE. De recursos humanos a trabalho e educação em saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: Paim JS, Almeida-Filho N, org. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 611-23.
6. Scheffer M, Cassenote A, Poz M, Matijasevitch A, Oliveira RA, Nunes MPT, et al. *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015.
7. Oliveira APC, Gabriel M, Dal Poz MR, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2017;22(4):1165-80.
8. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(1):221-32.
9. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(6):1869-78.
10. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(5):1499-509.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 out 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
14. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio do caminho. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2925-33.
15. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2675-84.
16. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Santos Neto PM. A ampliação das equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saude*. 2017;15(1):131-45.
17. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann HM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsabilidade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2749-59.
18. Galavote HS, Franco TB, Freitas PSS, Lima EFA, Garcia ACP, Andrade MAC, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saude Soc*. 2016;25(4):988-1002.
19. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2655-63.
20. Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2664-66.
21. Melo EA. O que pode o Mais Médicos?. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2672-4.
22. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2785-96.
23. Keck CW, Reed GA. The curious case of Cuba. *Am J Public Health*. 2012;102(8):e13-e22.
24. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR [Cadernos CEFOR – Textos 1]; 1992.
25. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

26. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009;18(Supl 2):11-23.
27. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(8):e00183415.
28. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2001;6(1):63-72.
29. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004;8(14):73-92.
30. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet].* 2012 Jan-Fev [citado 2016 Dez 20]; 20(1):[8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf
31. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
32. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(3):621-6.
33. Santos JBF, Maciel RHMO, Lessa MGG, Maia ALLN. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saúde Soc.* 2016;25(4):1003-16.
34. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(3):537-48.
35. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2014;23(3):869-83.
36. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude Soc.* 2015;24(1):165-79.
37. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(1):103-9.
38. Lima RCD. Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes; 2001.