



ISSN: 2230-9926

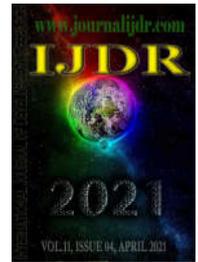
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 04, pp. 46589-46593, April, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21756.04.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOBRE SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

*Rafaella Machado Gomes, Juliana da Silva Oliveira, Julival Andrade Santos Júnior and Tatiane Oliveira de Souza Constâncio

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, s/n - Jequiezinho, 45205-490, Jequié – BA, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th January, 2021

Received in revised form

19th February, 2021

Accepted 09th March, 2021

Published online 30th April, 2021

Key Words:

Programa Mais Médicos, Condições de trabalho, Saúde do trabalhador, Estratégia de Saúde da Família, Papel do Médico.

*Corresponding author:

Rafaella Machado Gomes,

ABSTRACT

Objetivo: descrever a percepção das condições de trabalhado vivenciadas pelos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM), bem como identificar suas condições de trabalho. **Metodologia:** estudo de natureza descritiva e qualitativa, realizada por meio da entrevista semiestruturada com oito profissionais médicos vinculados ao PMM e observação sistemática realizada nas unidades de saúde. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** a partir das análises emergiram três categorias: (Des) Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos: direitos e deveres; Condições de trabalho vivenciadas pelos médicos do Programa Mais Médicos e; Limites e potencialidades do trabalho sob a ótica do profissional médico. Identificou-se o desconhecimento que o profissional médico possui acerca dos seus direitos e deveres elencados pelo PMM e pela Estratégia de Saúde da Família; as condições de trabalho não são ideais para a atuação do profissional e; o trabalho em equipe é uma ferramenta importante de potencialização do cuidado. **Conclusão:** a realidade vivenciada por esses profissionais está muito aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, predispondo os mesmos ao adoecimento e diminuição da qualidade do atendimento prestado à população.

Copyright © 2021, Rafaella Machado Gomes et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Rafaella Machado Gomes, Juliana da Silva Oliveira, Julival Andrade Santos Júnior and Tatiane Oliveira de Souza Constâncio. 2021. "Percepção dos médicos do programa mais médicos sobre suas condições de trabalho", *International Journal of Development Research*, 11, (04), 46589-46593.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), considerada como o modelo de reorientação do cuidado (MENDES, 2004), materializa-se no Brasil através da Atenção Básica (AB), e tem como diretrizes a longitudinalidade, coordenação do cuidado, atendimento integral ao indivíduo por meio do cuidado centrado na pessoa e na concepção de saúde para além do modelo biológico, sendo percebida como reflexo do bem estar físico, mental e espiritual, que sofre influência dos condicionantes e determinantes da saúde (BRASIL, 2017b). A AB tem como sua principal estratégia de reorganização e expansão a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, entre outras características, tem consonância com os princípios de integralidade, universalidade e equidade sustentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017b). Mesmo sendo escolhida como ferramenta prioritária de reorganização, até 2011 a ESF encontrava dificuldades em consolidar-se e expandir. Um dos entraves era a falta dos profissionais médicos, já que, muitos municípios, principalmente interioranos, não conseguiam atraí-los e/ou fixá-los em suas localidades e, mesmo nos grandes centros, esses profissionais não chegavam a bairros marginalizados e periféricos (PINTO et al., 2014). Em 2012 havia 1,86 médicos por mil habitantes um índice bem inferior quando comparado ao de países como Reino Unido (2,81) e Espanha (3,82), que apresentam um sistema de saúde público e universal similar ao brasileiro (OMS, 2012), (OMS, 2011). Frente à necessidade e a pressão por melhorias no âmbito da saúde exercida

pelos prefeitos, no movimento "Cadê o médico?" (FNP, 2013), e pela sociedade civil, nas jornadas de junho de 2013 (SOUZA (ORG), 2018), o Governo Federal apresenta o Programa Mais Médicos (PMM) que foi implantado pela Lei 12.871/13 cujo eixos centrais consistem no provimento emergencial de médicos para regiões desassistidas, organização da formação médica em sintonia com as necessidades do SUS, interiorização dos cursos de graduação em medicina e expansão das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2013a). Atualmente, o programa conta com 18.240 médicos, atuando em mais de 4.000 localidades e distritos indígenas, cobrindo mais de 63 milhões de brasileiros (BRASIL, 2017a). Considerado como uma das mais exitosas políticas do SUS em atingir o problema da cobertura do profissional médico dentro da AB, já que em menos de 10 meses de funcionamento conseguiu aumentar em 227% o número de médicos atuando na ESF (PINTO et al., 2014), uma das intervenções mais significativas da América Latina quando se trata de recursos humanos (HARRIS, 2016) e como uma das melhores práticas de cooperação sul-sul da Região das Américas (BASTOS; WHO, 2018). O PMM é avaliado de forma positiva no âmbito qualitativo, pois a população e os demais membros das equipes consideram que o serviço melhorou significativamente, desde o atendimento clínico até às atividades de educação em saúde, oferecendo um serviço mais elaborado, participativo e multidisciplinar (CARRAPATO et al., 2017; COMES et al., 2016). Entretanto, para o desenvolvimento de uma assistência integral e de qualidade, é necessário que o profissional tenha condições de trabalho, um ambiente em que seja possível o

exercício de sua função sem que isso produza adoecimento (SIMÕES; FREITAS, 2016). Todavia, ainda que a melhoria dos serviços seja evidenciada, há pouca literatura apontando quais as condições de trabalho vivenciadas pelos médicos do PMM. Dessa forma, esse estudo tem por objetivo descrever a percepção das condições de trabalho vivenciadas pelos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM), bem como identificar suas condições de trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem descritiva. A pesquisa qualitativa preocupa-se em explicar o porquê das coisas, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2010). Este estudo foi realizado no município de Jequié, situado no Sul do Estado da Bahia, a 364 km de Salvador, possui uma população estimada 162.209 habitantes, área 2.969,034 km², uma densidade demográfica de 47,07 hab/km² e o índice de desenvolvimento humano 0,665 (IBGE, 2018). A AB de Jequié é organizada em uma rede constituída por 18 USF, as quais possuem 27 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 18 Equipes de Saúde Bucal, 25 postos de saúde (2 localizados na sede e 23 distribuídos pela zona rural e áreas rarefeitas) e 4 Unidades Básicas de Saúde - localizadas na zona urbana da cidade (JEQUIÉ, 2012), tendo 11 médicos vinculados ao PMM. Fizeram parte deste estudo oito médicos que atuam na ESF, após esclarecimento sobre o estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os mesmos foram identificados com a letra M e o respectivo número por ordem de entrevista (M1, M2...). Utilizou-se como critérios de inclusão médicos vinculados ao PMM que atuam há no mínimo 6 meses na ESF e que não estão afastados do ambiente de trabalho. Foram excluídos médicos do PMM que não se encontravam na instituição após três visitas. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2019, na unidade de saúde que o entrevistado atuava. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas, transcritas na íntegra e em seguida comparadas com a gravação, com a finalidade de manter a fidedignidade das informações. Além disso, foi realizada a observação sistemática do ambiente de trabalho com vistas a observar a atuação e as condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais, que por vezes não são relatadas pelos mesmos (GIL, 2019). Os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Dessa forma, foi obedecida às fases da pré-análise que é a fase de organização do material e realização da leitura flutuante; exploração do material com a codificação e decomposição ou enumeração e por fim, o tratamento dos resultados obtidos, onde foram realizadas as inferências e interpretação dos dados (MINAYO, 2014). O estudo obedeceu à Resolução n.º 466/2012, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, sendo submetido e aprovado sob o parecer n. 2.852.173/2018, CAEE n.º 89451218.3.0000.0055 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por oito profissionais médicos, sendo quatro do gênero feminino e quatro do gênero masculino, com idade entre 27 e 32 anos, de cor autodeclarada parda (50%) e branca (50%). A maioria era solteiro (63%) e sem filhos (63%). O tempo de formado variou entre um ano e seis meses até cinco anos, enquanto o tempo de atuação na atual USF variou de cinco meses a 3 anos e seis meses. Predominou a existência de mais de um vínculo trabalhista (63%), que somadas à carga horária de atuação na ESF, contabilizaram cerca de 60 horas de trabalho semanais. Apenas dois médicos haviam concluído a especialização em Medicina de Família e Comunidade, enquanto os outros seis estavam em processo de conclusão. Das análises dos depoimentos, emergiram três categorias: (Des) Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos: direitos e deveres; Condições de trabalho vivenciadas pelos médicos do Programa Mais Médicos e Limites e potencialidades do trabalho sob a ótica do profissional médico.

(Des) Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos: direitos e deveres: Identificou-se através das unidades de análise que os profissionais médicos demonstram conhecimento parcial sobre o PMM.

O PMM foi criado em 2013 com o objetivo de levar médicos a locais onde à atenção básica não tinha médicos, prioritariamente a 700 municípios do Brasil que não dispõem de um médico e zonas de difícil estabilização do profissional. (M1)

O intuito do programa foi justamente suprir as necessidades da AB. (...) zonas afastadas do grande centro, zonas mais periféricas, de risco também, e consequentemente isso também acabou cobrindo zonas centrais que estava com uma deficiência de profissional também, no intuito de melhorar a assistência básica. (M5)

Ao se tratar dos direitos e deveres do profissional médico observou-se que existe pouco conhecimento, sobre o assunto. Referente ao tema direitos identificou-se uma repetição nas respostas, com assertivas generalistas e sem especificidade do que encontra determinado tanto na legislação do PMM, quanto nas diretrizes da ESF. Os direitos que foram referidos tratavam-se principalmente dos aspectos financeiros, como vencimentos, auxílios e férias.

Questão dos direitos, eu não sei se eu tenho. Na verdade, eu tenho sim, questão da carga horária semanal ser respeitada, questão das 8h de estudo, questão do auxílio moradia, auxílio alimentação, o que no caso, como eu morava aqui em Jequié eu só tenho direito ao auxílio alimentação. (M4)

[...] Os direitos seus é com relação à questão de você ter uma qualidade de trabalho (...). Além dos direitos pessoais, que é a questão da bolsa, dos auxílios que eles oferecem, moradia para quem é de fora, alimentação, essas coisas tudo, deslocamento, tudo isso são os direitos que você tem. (M7)

Referente aos deveres, os participantes citaram cumprir a carga horária, realizar o curso de pós-graduação, atender bem a população e realizar visitas domiciliares.

Cumprir minha carga horária de 40h, é [...] fazer minha pós, é [...] atender a população como um todo, abrangendo todas as áreas [...], de clínica médica, puericultura, ginecologia, pré-natal, é ter atendimento de urgência também dentro da unidade, ter atendimento de consulta marcada e demanda livre, é [...] fazer a visita domiciliar. (M6)

Atuar de forma integral aqui no posto, respeitando minha carga horária, atender os pacientes de forma digna. Realizar as atividades daqui do posto, não só os atendimentos, mas também a parte preventiva, conhecer meu território, conhecer os meus pacientes, fazer as anotações no prontuário. (M7)

Observa-se ainda, que existem profissionais que desconhecem quais são os seus direitos e deveres.

Não lembro de cabeça não, ser bem sincera. Não, a resposta é não. (M3)

Ah, de cabeça assim eu não lembro não. Tô lembrado assim não. (M8)

Os resultados demonstram o desconhecimento que o profissional médico do PMM possui acerca dos seus direitos e deveres elencados pelo programa e pela ESF. Poucos foram os ensaios que avaliaram esta temática, mas tal fato merece destaque nesse estudo, haja vista que alguns dos informantes haviam terminado a especialização em Saúde da Família ou estavam em processo de conclusão, sendo possível inferir que existe uma negligência por parte desses profissionais quanto ao tema. É possível afirmar que o desconhecimento apontado acima repercute diretamente na percepção sobre as suas condições de trabalho. Infere-se que, se o profissional não reconhece seus direitos, ele não saberá se posicionar de maneira proativa quando estes lhe forem suprimidos ou retirados. A exemplo, o vínculo empregatício proporcionado pelo programa que é algo frágil, classificando o trabalhador como bolsista e não pautado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Vínculos de trabalho frágeis produzem perdas de direito e desproteção ao trabalhador, repercutindo em maior vulnerabilidade (COSTA DIAS, 2015). Para atuar no PMM, o profissional tem a obrigação de estar regular na especialização em Saúde da Família oferecida pelo programa sendo um pré-requisito para o pagamento da bolsa-formação (BRASIL, 2013). Portanto, presume-se que a especialização pode estar sendo feita de forma mecânica e que a obrigatoriedade a torna menos atrativa, repercutindo em pouco estímulo por parte do profissional para a busca pelo conhecimento. Resultado similar foi encontrado em uma pesquisa realizada por Vila Real e colaboradores, na qual identificou que estudantes da graduação de medicina e seus professores têm um conhecimento superficial sobre o programa (VILLA REAL et al., 2017).

É válido pontuar que é previsto pelo programa que um médico atue como supervisor da atividade profissional, cabendo a este integrante a responsabilidade de comunicar ao Ministério da Saúde (MS) sobre irregularidades que afetem o pleno exercício da atuação médica (BRASIL, 2013). Evidentemente, se os médicos não sabem reconhecer quais são seus direitos, o trabalho do supervisor também será afetado, visto que não será reportada irregularidade, gerando uma subinformação quanto às condições de trabalho indevidas. A falta de conhecimento dos direitos e deveres do profissional é capaz de afetar toda a ESF. O PMM propõe o fortalecimento da AB, a qual se materializa através da ESF, que prioriza o atendimento multiprofissional, com deveres que são compartilhados por todos os trabalhadores da equipe (BRASIL, 2017b). No estudo realizado por Gonçalves e colaboradores (GONÇALVES et al., 2009) foi unânime em seus resultados o discurso de que a graduação não dava capacitação médica suficiente para o

exercício da medicina dentro da APS. Portanto, o despreparo desencadeia repercussões em todo processo de trabalho da equipe, se um desses membros não conhece seus direitos e deveres, a excelência no processo acaba sendo comprometida. Isso poderá provocar uma sobrecarga e desvio de funções nos membros da equipe, os quais são capazes de produzir adoecimento físico e/ou mental nos profissionais (SHIMIZU; JUNIOR; DE, 2012). Ademais, caso o processo de trabalho seja afetado, o atendimento de qualidade a população também ficará comprometido, descumprindo assim com um dos principais objetivos do programa, que prevê, além do provimento emergencial de médicos, o fortalecimento da prestação de serviços na AB (BRASIL, 2013).

Condições de trabalho vivenciadas pelos médicos do Programa Mais Médicos: Referente às condições de trabalho, os informantes apontaram sobre a dificuldade de acesso a alguns instrumentos necessários para a atuação profissional, como também a instabilidade de alguns insumos no PSF.

Eu acho razoável. Assim, faltam algumas coisas. Falta principalmente a organização, a parte da logística é bem debilitada mesmo, mas o básico eu tenho aqui. (M2)

Mas o que mais a gente sente falta são os materiais tanto relacionado a prática médica, como pinças, como suturas, medicamentos injetáveis, materiais de urgência e fármacos. (M5)

O fato de ter o material não significa, obrigatoriamente, que eles estarão em pleno funcionamento. Identificou-se durante a observação sistemática a existência de macas enferrujadas, balanças e negatoscópio quebrados.

A minha balança que tá quebrada, então, são algumas coisas que poderiam ser feitas pra poder melhorar minhas condições de trabalho e que a gente percebe que não estão sendo feitas. (M4)

Em decorrência a essa ausência de materiais, os médicos levam seus instrumentos pessoais para o trabalho, de modo a driblar essas dificuldades. Em suas falas, os informantes também referiram sobre a falta e a instabilidade no provimento das medicações que são enviadas às unidades.

Às vezes teve até o exame que diagnosticou uma determinada doença, mas você passa o tratamento pra essa doença e lá não tem, ou seja, quebra o processo. (M1)

Às vezes chega medicamento, às vezes falta. Às vezes tem todos os medicamentos lá na prateleira da farmácia, às vezes falta até medicamento para pressão arterial. Ai varia muito, vai depender da época do ano. (M6)

Durante a observação sistemática, muitas vezes os responsáveis pela dispensação dos remédios compareciam a sala do médico para informar que alguns medicamentos prescritos não estavam disponíveis na unidade. Além disso, observou-se que na maioria das unidades de saúde que foram realizadas a observação não havia medicamentos para situações de urgência. Em seu estudo, Lima e colaboradores (LIMA et al., 2015) evidenciaram escassez de medicamentos e materiais para realização de procedimentos nas USF, corroborando com o encontrado nesta pesquisa. A escassez de insumos, tanto para atendimento quanto para tratamento, é apontada como um fator que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde, o que reflete uma gestão inadequada dos recursos financeiros e fragiliza a confiança da população em relação a ESF, já que a resolutividade de suas demandas se torna parcial (LIMA et al., 2015). A organização e ambientes de trabalho inadequados geram desgastes nos âmbitos físico, mental e emocional, bem como propiciam insatisfação com o trabalho, ansiedade, Síndrome de Burnout (COSTA DIAS, 2015), dentre outras, tomando-se o processo de trabalho algo nocivo. A dificuldade de promover atendimento ao usuário suscita sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde (RIBEIRO; MARTINS, 2011). A consequência dessas condições inadequadas de trabalho pode gerar, além do adoecimento, uma diminuição na qualidade da assistência prestada aos pacientes, e, conseqüentemente, onera os serviços de saúde, o que irá repercutir nas instâncias institucional, individual/familiar e social (FELLI, 2012).

A indisponibilidade de profissionais especialistas, bem como o *feedback* por partes destes e a ausência de exames complementares, foi apontada como um fator que leva a descontinuidade da assistência, um dos principais pilares da AB.

A parte do município fica muito deficiente na realidade, que é a questão estrutural, a retaguarda de especialistas, a questão de exames complementares que você não tem às vezes, entendeu? Então você fica muito com o básico do básico mesmo, você não tem retaguarda, suporte do município em oferecer estrutura básica pra poder tá desempenhando um bom serviço. (M2)

Às vezes a gente precisa recorrer às unidades secundárias, terciárias, e essa ligação ainda é minha maior dificuldade, esse retorno. Às vezes eu preciso mandar para o colega, pedindo o feedback e eu não consigo nem que o paciente vá e não tenho esse feedback. (M5)

Algumas especialidades vêm uma cota de um - nós somos em duas equipes aqui, um mês é uma cota pra Equipe 1 e outro mês é outra cota pra Equipe 2. Então aí fica aquilo, enrolando. A parte nutricional também a gente tem uma debilidade muito grande, porque a gente sem nutricionista [...]. (M7)

A dificuldade em conseguir acesso a especialistas produz uma gama de consequências: é capaz de elevar os gastos em saúde, diminuir a produtividade no trabalho, permite o agravamento das morbidades, podendo até ser determinante sobre o risco de morte (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015). Analisando a perspectiva da falta de efetividade nos encaminhamentos e escasso trabalho em rede pela ótica do profissional da saúde, elas resultam em sobreposição de atendimentos, prejudicando o usuário e desgastando o profissional, em consequência à falta de apoio (RIBEIRO; MARTINS, 2011). O acesso escasso a especialistas e exames complementares aqui encontrados corrobora com o estudo de Viegas e colaboradores (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015), no qual os entrevistados relatam a grande espera por exames complementares e demora na marcação de consultas, tais lacunas foram associadas a pouca resolutividade do médico da APS, falta de especialistas e dificuldade na organização da rede municipal. Quanto à estrutura física das USF, nenhuma das localidades visitadas está organizada conforme o preconizado pelo MS no Manual de Estrutura Física da UBS. Um exemplo disso, é que foi evidenciado durante a observação sistemática que as unidades com duas eSF deveriam ter duas salas de espera, mas o encontrado na realidade foi apenas uma sala de espera, por vezes mal arejada e mal iluminada, sendo compartilhada pelas duas equipes.

Então algumas coisas que são de infraestrutura, é, que poderiam ser feitos com reparos básicos [...]. (M4)

No início a gente teve muito trabalho, por conta da estrutura, era improvisada uma sala, atendia médico, todo mundo junto, então assim, tava em reforma quando eu cheguei logo aqui. (M5)

Destaca-se ainda a rotatividade dos profissionais, que são contratados através de acordos políticos, sujeitando-os a vínculos empregatícios frágeis, repercutindo na assistência à saúde da população. A atuação dos gestores movida por fins político-partidários tem uma influência negativa no cotidiano dos profissionais entrevistados, reverberando, então, na rotatividade dos profissionais (MEDEIROS et al., 2010).

A instabilidade dos profissionais da saúde, a gente uma grande parte da folha de pessoal da SMS [Secretaria Municipal de Saúde] que são instáveis: uns são os chamados cargos comissionados, que são por indicação política, aí isso aí andam em flutuação, em dependência se o político tem estabilidade, se tem poder. Se você tem uma equipe instável, enfermeiros que tem uma troca muito contínua, técnicos... até a pessoa da limpeza, ela participa no espaço, no vínculo com a comunidade, na humanização do sistema, na qualidade do serviço, tudo isso aí quando a gente não tem na unidade, nunca pode afinizar a equipe, não pode educar a equipe, não pode resolver problemas pendentes. (M01)

A rotatividade de trabalhadores implica na perda do vínculo trabalhador-usuário. A dificuldade de fixação da mão de obra, deixam equipes incompletas e prejudicam o processo de cuidado à população, assim essa fragilidade deve ser tratada como algo urgente a ser resolvido, a fim de que se estabeleça uma APS compromissada com o cuidado continuado (ARANTES et al., 2016). A quebra do vínculo entre profissional e paciente na ESF fragiliza o processo de humanização do sistema e afeta a longitudinalidade do cuidado, diminui o grau de compreensão dos processos de saúde-doença vivenciados pelas famílias e comunidade, diminui a potencial resolutiva da AB, gerando uma assistência que não alcança as propostas da ESF. O trabalho em equipe, realizado de forma coesa e multidisciplinar foi referido como algo que afeta positivamente as condições de trabalho e contribui para a formação do vínculo com a comunidade. O reconhecimento de que não é possível trabalhar sozinho e que o paciente necessita não apenas do médico para ter suas necessidades atendidas emergiu constantemente nas unidades de análise.

A gente trabalha muito em equipe, o médico é só um pedaço dessa equipe. (M01)

Pra funcionar bem mesmo você tem que trabalhar em equipe. Juntar com suas agentes comunitárias, com sua técnica, com enfermeiro (...) E é um trabalho em equipe, porque eu preciso que os agentes fiquem indo na casa dos pacientes pra eu saber se está acontecendo alguma coisa, convidando os pacientes também pra vir para o posto. (M03)

É importante ter uma equipe coesa, uma equipe boa, que tenha desde o médico, enfermeiro, odontólogo, o técnico, trabalhando de forma conjunta, desempenham um bom trabalho e aí o paciente, o adscrito da comunidade, ele vai se sentir bem, acolhido na unidade. Então isso é importante, para você ter esse vínculo com o paciente. (M07)

Os relatos apontados acima corroboram com o encontrado na literatura (MENEZES et al., 2018; PERUZZO et al., 2018; SANTOS et al., 2016). Os profissionais da ESF percebem a importância do trabalho em equipe e consideram essenciais ferramentas como comunicação, escuta ativa e respeito às particularidades inerentes a cada profissão (PERUZZO et al., 2018). Os pesquisadores argumentam que essa colaboração multiprofissional constitui uma interface importante na realização de melhorias na qualidade da assistência oferecida aos usuários. A continuidade do atendimento só será assegurada quando a percepção da necessidade do trabalho do outro for valorizada, uma vez que o trabalho em equipe é efetivo em promover a continuação do atendimento, a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2016). As equipes que buscam a colaboração profissional são capazes de contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde (MENEZES et al., 2018).

Limites e potencialidades do trabalho sob a ótica do profissional médico:

Historicamente, o modelo biomédico hegemônico, orientado pelos curativismo, hospitalocentrismo e voltado para a consulta médica, impactou a forma de promover saúde no Brasil (FERTONANI et al., 2015). Nesse modelo de cuidado, a doença é valorizada em detrimento dos processos de saúde-doença experimentados pelo indivíduo. Nele, não há espaço para o debate sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, haja vista que ele se destina a intervir num corpo já adoecido. Nas falas dos entrevistados, a postura da gestão municipal, que estimulava o método curativista de cuidado, foi considerada como fator limitante para atuação dos profissionais médicos.

Quando eu iniciei aqui, eles [da gestão municipal] cobravam muito por produtividade, tinham um pensamento diferente da Estratégia, que é proposto mesmo pelo Ministério e pela ESF mesmo que é a questão da promoção e prevenção, tanto prevenção primária, secundária e terciária (...) Então assim, eles exigiam muito, queriam que eu atendesse 40 pacientes, 50 pacientes por dia, ou seja, ia virar um pronto atendimento, e isso não existe. Eu briguei no início, contestei isso, justamente porque desvinculava do objetivo do programa. (M07)

Outro limite apontando foi o desconhecimento da população sobre o sistema de saúde.

O pessoal não tem noção assim do SUS, não sabe como é que funciona. Então, o pessoal quer furar fila, quer entrar em demanda espontânea, não sabe como é que funciona a marcação, não sabe como que funciona a AB, não sabe como funciona os níveis de atenção, então sempre gera confusão com relação aos graus de atenção. O pessoal chega na Unidade de Saúde como se fosse uma UPA, como se fosse um hospital, não tem essa noção. (M08)

Situação similar foi encontrada na literatura (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015), em que foi apontado o desconhecimento dos usuários sobre a estrutura e aos fluxos de funcionamento do sistema de saúde. Para Lima e colaboradores (LIMA et al., 2015), as atribuições da AB estão aquém das expectativas dos usuários. Apesar da tentativa de mudança do paradigma de modelo assistencial, os usuários continuam enxergando a assistência em saúde pela ótica biomedical (MARTINS et al., 2011). Essa visão restrita da ESF pode dificultar a plena execução de suas ações, principalmente aquelas relacionadas com a sua faceta de promoção e prevenção.

Como potencialidades, as unidades de análise demonstram a importância do acolhimento para construção do vínculo com a comunidade.

Pensar que o atendimento é pra pessoa que tá aqui, que veio debilitada de alguma forma e precisa de ajuda, precisa de atendimento, então isso fortalece o vínculo do paciente, do usuário com a equipe. (M03)

[...] ter um bom acolhimento, isso é importante, tanto de todos os profissionais, independente do médico, do que seja quem está fazendo esse atendimento do paciente, acho que isso é primordial, criar uma segurança no paciente. E com isso você acaba desencadeando, desenvolvendo um trabalho, de forma naturalmente. E, além do acolhimento, a questão de você dar atenção ao paciente, acho que isso é importante também, não só fazer o tratamento medicamentoso, as vezes o paciente só quer ouvir, só quer ser escutado na realidade. (M05)

Além disso, foi também referida à importância da educação em saúde e sua capacidade de modificar a realidade da população. Tal importância pôde ser visualizada nas consultas, de modo que em sua maioria era sempre destinado

um tempo para esclarecer aos pacientes sobre suas morbidades e os cuidados em saúde, salientando quanto à responsabilidade e autonomia que o paciente deverá ter frente ao seu cuidado.

Pra mim... a mim pelo menos, pra mim, a AB é a chave de tudo. Se a gente tivesse mais postos de saúde, trabalhando da maneira adequada, acolhendo as pessoas, sem tá botando pra fora e sim botar pra dentro, os hospitais agradeceriam imensamente, as famílias perderiam muito menos pessoas. (M02)

A gente tentou e continua tentando ressuscitar os grupos de convivência aqui do bairro (...) Também tenta atuar não só nos problemas de saúde da população, mas também, questão psicossocial, de outras formas saúde, não só atendimento médico, não só passar remédio, não só tá ali fazendo consulta diariamente. (M04)

O trabalho do médico, do profissional da ESF, acho que ele tem que ser focado muito na questão da prevenção e promoção de saúde, esse que eu acho que é o foco principal (...) não é pra fazer um serviço de curativo e sim preventivo mesmo, de promoção de saúde. (M05)

A educação popular em saúde (EPS) vislumbrada pelo MS (BRASIL, 2013b), prevê a construção de um pensamento crítico e reflexivo acerca da realidade, estimulando a emancipação política e o protagonismo popular. É considerada como uma essência do cuidado na ESF (ROECKER; MARCON, 2011), pelo seu potencial de empoderar o cidadão e a comunidade quanto ao seu papel político no cuidado com a sua saúde. Entretanto, apesar de todo esse arcabouço teórico, é preciso estar atento como é manifestado no cotidiano tais postulados: algumas vezes, a utilização da educação popular em saúde se restringe às ações que visam a prevenção de doenças e agravos, como palestras educativas sobre higiene (GOMES; MERHY, 2011). Por isso, para que os fins almeçados pelo MS não se restrinjam ao campo das ideias, não é suficiente o conhecimento teórico acerca a EPS, é imprescindível que a prática diária seja resultado do constante diálogo com a comunidade, diagnóstico dos problemas e planejamento articulado de ações, buscando a sinergia e compartilhamento de objetivos entre trabalhadores, gestão e comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu a percepção dos médicos do PMM sobre suas condições de trabalho e identificou a realidade vivenciada por esses profissionais. As condições de trabalho oferecidas aos médicos do PMM estão ainda distantes do que é pautado pelo programa, principalmente quando se avalia estrutura física, disponibilidade de insumos e acesso a especialistas. Para potencializar seu trabalho e tentar superar as condições inadequadas de trabalho, os médicos apoiam-se nas tecnologias leves para, como a educação em saúde e o trabalho multidisciplinar. Entretanto, esse distanciamento entre o ideal e o real é capaz de predispor adoecimento físico e psicológico nesses profissionais. Além disso, acredita-se que proporcionar boas condições de trabalho para os profissionais do PMM, repercutem em um melhor atendimento ao paciente. Diante do atual sucateamento da saúde pública e dos vínculos trabalhistas, o conhecimento daquilo que lhe é próprio se torna o principal escudo contra tais desmantelos. Dessa forma, é importante que seja estimulado nos médicos a busca pelo conhecimento de seus direitos, bem como seus deveres, pois só assim poderão lutar contra o sistema de precarização do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L. J. et al. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016.
- BASTOS, L. F. C. S.; WHO. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Programa Mais Médicos | OPAS/OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=834>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- BRASIL. 12.871, 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. 22 out. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
- BRASIL. Programa Mais Médicos, 2017a.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 21 set. 2017 b.

- CARRAPATO, J. F. L. et al. Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. *Revista Em Pauta*, v. 14, n. 38, 30 mar. 2017.
- COMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2729–2738, set. 2016.
- COSTA DIAS, E. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev. bras. med. trab.*, v. 13, n. 2, 2015.
- FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enfermagem em Foco*, v. 3, n. 4, p. 178–181, 29 nov. 2012.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869–1878, jun. 2015.
- FNP, F. N. D. P. Movimento 'Cadê o Médico?', 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>>. Acesso em: 22 abr. 2018
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. [s.l.] PLAGEDER, 2010.
- GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Edição: 7 ed. [s.l.] Atlas, 2019.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. 7–18, jan. 2011.
- GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 382–392, set. 2009.
- HARRIS, M. Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2919–2923, set. 2016.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados - Jequié. [citado em 2018 abr 20]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>
- JEQUIÉ, S. M. DE S. Relatório Anual de Gestão. Jequié: [s.n.].
- LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 635–656, jun. 2015.
- MARTINS, P. C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1933–1942, mar. 2011.
- MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1521–1531, jun. 2010.
- MENDES, I. A. C. Development and health: the declaration of Alma-Ata and posterior movements. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 447–448, jun. 2004.
- MENEZES, E. L. C. DE et al. Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde. *Revista CEFAC*, v. 20, n. 3, p. 342–352, maio 2018.
- MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Edição: 1 ed. São Paulo : Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.
- OMS. WHO | World Health Statistics 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/>>. Acesso em: 4 fev. 2018.
- OMS. WHO | World Health Statistics 2012. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em: 4 fev. 2018.
- PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 4, 2018.
- PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. saúde debate*, p. 105–120, 2014.
- RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 2, p. 241–250, jun. 2011.
- ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 701–709, dez. 2011.
- SANTOS, R. R. DOS et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 18, n. 1, p. 130–139, 2016.
- SHIMIZU, H. E.; JUNIOR, C.; DE, D. A. The working process in the Family Health Strategy and its repercussions on the health-disease process. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 9, p. 2405–2414, set. 2012.
- SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. DE. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). *Saúde debate*, p. 47–58, 2016.
- SOUSA (ORG), C. M. DE S. Jornadas de junho: repercussões e leituras. 10 maio 2018. Disponível em: <<http://editora.ifpb.edu.br/index.php/uepb/catalog/book/160>>. Acesso em: 22 abr. 2018.
- VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. DA. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 100–112, mar. 2015.
- VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 65–78, 2015.
- VILLA REAL, G. G. DE O. et al. Estudantes e Professores da Área da Saúde Conhecem o Programa Mais Médicos? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 1, p. 110–116, jan. 2017.
