



ISSN: 2230-9926

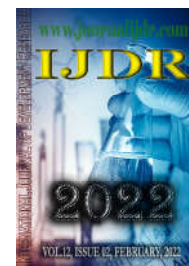
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 02, pp. 53739-53744, February, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23876.02.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ANÁLISE SOBRE AS MUDANÇAS NO TRABALHO RELATADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS ESF

Fernanda Michelle Duarte da Silva¹, Patricia Amanda Vieira¹, Geovani Gurgel Aciole da Silva², Vanessa Carreiro Paulino^{*3}, Bárbara Jeane Pinto Chaves³, Nadia Shirley Correia Sobral³, Suzanna Valéria Oliveira de Souza³, Bruna Raquel Rodrigues Araújo³ and Jéssica Viviane Silva de Moura⁴

¹Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) do Hospital Prof Dr Horácio Carlos Panepucci; ²Professor Doutor do Curso de Medicina e Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Diretor e administração, Centro de Ciência Biológicas e da Saúde UFScar Departamento de Medicina, Coordenador do Grupo QUÏRON – Estudos e Práticas em Saúde; ³Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) do Hospital Universitário Lauro Wanderley; ⁴Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) do Hospital das Clínicas da UFPE

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th November, 2021
Received in revised form
06th December, 2021
Accepted 24th January, 2022
Published online 20th February, 2022

Key Words:

Programa Mais Médicos.
Atenção Primária à Saúde. SUS.

*Corresponding author:

Fernanda Michelle Duarte da Silva

ABSTRACT

Objetivo Identificar as modificações que ocorreram no serviço de saúde com a implantação do programa mais médicos sob a ótica dos profissionais. **Materiais e Método** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, com instrumento de coleta de dados entrevista semiestruturada com os membros das equipes de Saúde da Família do município de São Carlos - SP. **Resultados** Após as transcrições e análise, os dados foram divididos na categoria Principais mudanças observadas nas Equipes e nas subcategorias: Formação, Vínculo e Co-gestão. **Conclusão** Ficou evidente que o projeto foi um marco histórico para o País, devido a quantidade de profissionais e as mudanças que ocorreram nas equipes e comunidades.

Copyright © 2022, Fernanda Michelle Duarte da Silva 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: Fernanda Michelle Duarte da Silva, Patricia Amanda Vieira, Geovani Gurgel Aciole da Silva, Vanessa Carreiro Paulino, Bárbara Jeane Pinto Chaves, Nadia Shirley Correia Sobral, Suzanna Valéria Oliveira de Souza, Bruna Raquel Rodrigues Araújo and Jéssica Viviane Silva de Moura. "Programa mais médicos: análise sobre as mudanças no trabalho relatadas pelos profissionais das esf", *International Journal of Development Research*, 12, (02), 53739-53744

INTRODUCTION

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 tornara porta de entrada resolutive do

sistema de saúde (ROSA; LABATE, 2005). Temos por parte estruturante do Sistema de Saúde a Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde - APS, segundo O Programa Nacional de Atenção Básica, 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 (BRASIL, 2011). O PMM surgiu 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 (BRASIL, 2015). O programa teve início em 2013 e, em 2018, possuía mais de 16 mil médicos ativos no país,

sendo mais de 2 mil no estado de São Paulo. Por ser uma política pública, que envolveu alto investimento, 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 alcançado bem coletivo (BRASIL, 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) 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 al*, 2018)

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. 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 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A AB é a portada 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. 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 opção por reorientar o modelo de atenção a partir de mudanças na organizadas 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). A Estratégia Saúde da Família (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 (CAMPOS; JUNIOR, 2016),

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, existiam 4.563 equipes 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; 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). Porém, devido a extensão territorial e demográfica do Brasil, além do insuficiente número de médicos atuando na AB, existem áreas e regiões que não conseguem implementar equipes de saúde por dificuldade para fixar o profissional no local (BRASIL, 2011). 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). A ausência de profissionais de saúde em determinadas localidades não é devida 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 (CAMPOS *et al*, 2010). 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). Mediante o amplo aspecto da temática que envolve o PMM, surgiu-se a seguinte questão: “quais as principais mudanças que ocorreram nas ESF após a implantação do programa Mais Médicos sob ótica dos profissionais?” Com o intuito de responder a questão, o estudo tem como objetivo Identificar as modificações que ocorreram no serviço de saúde com a implantação do programa mais médicos sob a ótica dos profissionais.

MATERIAIS E METODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa com a finalidade de construção de hipóteses buscando o aprimoramento de ideias ou a descobertas de intuições. O estudo seguiu a partir da questão norteadora: quais as principais mudanças que ocorreram nas ESF após a implantação do programa Mais Médicos sob ótica dos profissionais? Em busca de responde-lá foram elencados critérios de inclusão: que o profissional de saúde estivesse inserido em uma unidade Estratégia Saúde da Família do município

de São Carlos – SP que possuísse um profissional médico do programa há pelo menos quatro anos e que aceitem os termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa. Foram excluídos os profissionais 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. 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, onde foi solicitado, em 2018, junto a Secretária Municipal de Saúde 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. Foram identificadas um total de 22 equipes de saúde da família que juntas possuem 14 Médicos do PMM, mas apenas 06 equipes integram o PMM com 04 anos de implantação, realizado primeiro contato com as equipes por telefone. A amostra foi composta por 20 (vinte) profissionais da ESF e os supervisores do programa que atuam no município, distribuídos: 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 03 (três) Técnicos de Enfermagem e 03 (três) Auxiliares de Enfermagem, 05 (cinco) enfermeiras e 01 (um) dentista e 02 (dois) supervisores que aceitaram participar da pesquisa, após definição um participante foi excluído devido à ausência de respostas após inúmeros contatos. Nesse contexto, a opção por desenvolver a construção dos dados partiu para dois momentos: uma entrevista com os profissionais que fazem a supervisão do PMM, a partir de um questionário semiestruturado e o uso da técnica dos grupos focais, utilizando um roteiro com questionamentos pertinentes ao estudo com os demais participantes. Foi realizado agendamento prévio com os participantes, após aprovação da pesquisa e autorização da secretaria municipal de saúde.

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 PMM 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

podesse vir a responder os objetivos do estudo. 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 a 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. 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 nº 147.664. 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).

RESULTADOS

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 1. 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	37 anos	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

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

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

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

Quadro II. Principais mudanças observadas nas Equipes

Profissional	Subcategorias	Fragmento
ACS		1 – “ <i>tinha uma visão diferente, uma maneira diferente</i> ” ACS2
	1 – Formação	1 – “ <i>trouxe bastante orientação para equipe até para o próprio médico de lá e algumas coisas que eles tinham mais acesso</i> ” ACS6
		1 – “ <i>era um atendimento mais humanizado era uma formação diferenciada</i> ” ACS3
	2 – Vínculo	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
		3 – “ <i>essa médica abraçou nossa equipe, geriu nossa equipe por três anos</i> ” ACS1
	3 – Cogestão	
Profissional Nível Médio (Enfermagem)		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
		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
Profissional Nível Superior		2 – “ <i>e vai um pouco também é do perfil, né? Eles não têm vínculos</i> ” Enfer3
		3 – “ <i>a médica nunca participou da gestão</i> ”, a própria gestão orienta a gente que os MM não participam de gestão” Enfer5
Supervisor		2 – “ <i>ele era colocado em outro espaço e aí era dado preferência ao médico brasileiro, porque seja tem vínculo, uma construção de um trabalho sendo feito, porque mudar?</i> ” Sup2
		3 – “ <i>ocorreu discreta mas ocorreu, algumas unidades tiveram alguma abertura</i> ” Sup2
		3 – “ <i>eu acho que algumas unidades, sim, implantamos o atendimento avançado</i> ” Sup1

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

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:

DISCUSSÃO

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 (PEDUZZI; AGRELI, 2018). 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, né?” 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:

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

- *fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;*
- *aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;*
- *ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;*
- *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;*

promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

- *aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e*
- *estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (BRASIL, 2015)*

Conforme depreende-se do conjunto dos objetivos apontados, o PMM visa, não apenas 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. Para atingir tais objetivos se faz necessário 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 (BRASIL, 2015).

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

- *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 práticas suficiente e de qualidade para os alunos;*
- *estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e*
- *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 buscara melhoria da qualidade da atenção em saúde. 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 intenações 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 (BRUNELLO, *et al*, 2008)

“ 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 usuário espera auxílio para resolução dos seus problemas. No entanto, essa relação não deve gerar dependência, o plano de cuidado deve incentivar a tomada de decisão que vise o incentivo do autocuidado, resultando em autonomia nas ações de saúde (MENDES, 2012). A análise dos fragmentos aponta para o início do vínculo formado entre o profissional do programa e os usuários, apresentando benefícios para a assistência, como também para a equipe, através de um processo espontâneo, ainda não vivenciado pela população, principalmente sobre a maneira como foram atendidos e acolhidos durante uma consulta médica, o que restou demonstrado pela satisfação dos usuários, melhoria nos indicadores de saúde e benefícios quanto ao processo de expansão da ESF, além das melhorias advindas das novas práticas assistenciais.

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

O processo de comunicação na equipe pode interferir positivamente ou negativamente nas articulações entre a equipe e a comunidade. O trabalho em equipe quando realizado de maneira participativa, possibilita a pactuação de compromissos, permitindo que os trabalhadores desenvolvam espaços para reflexões de suas práticas resultando na consolidação da ESF, onde seus trabalhadores também são gestores e possam conduzir/reinventar seus processos de trabalhos,

de forma a garantir uma assistência ao usuário de forma equânime (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

CONCLUSION

O Programa Mais Médicos teve início como uma tentativa do governo federal buscando fortalecer o sistema de saúde, diminuindo a escassez de médicos, principalmente nas regiões de maiores vulnerabilidades, distribuindo esses profissionais de maneira mais equânime geograficamente. Com a chegada dos primeiros profissionais nas equipes contempladas, houve intensa modificação da rotina e mudanças de alguns hábitos para aceitação pela comunidade, além dos desafios da cultura, o idioma também representou um desafio para a adequação dos médicos no país. Os médicos que aqui estavam trouxeram uma nova perspectiva para os profissionais de saúde, devido a forma de construir vínculos com os usuários e da maneira como lidaram com a população menos favorecida. Os médicos do PMM marcaram as equipes com práticas inovadoras, utilizando métodos não farmacêuticos e convencionais, que provocaram 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 para substituição dos profissionais, deixando a população desassistida e os gestores em busca de atrativos para contratação de profissional médico local.

Conflito de Interesses: Os autores atestam que não existe conflito de interesses e os próprios autores financiaram o trabalho.

REFERENCES

- ALMEIDA, E. R. *et al*. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015 – 2017). Rev. Panam Salud Publica. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em 07 jun. 2019.
- ARAÚJO, E. MAEDA, A. How to recruit and Retain Health Works in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. World Bank Group Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16104>. Acesso em 11 out. de 2018.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 1977.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 06 nov. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios 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 dá

