

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Pablo de Almeida Boiteux

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA
MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO E NA PRODUÇÃO DO
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

VITÓRIA
2017

Pablo de Almeida Boiteux

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA
MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO E NA PRODUÇÃO DO
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política e Gestão em Saúde, linha de pesquisa: Política e Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Dias Sarti

VITÓRIA

2017

Ao meu pai, com carinho.
(*In memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Quando se diz “obrigado”, são ditas muitas coisas mais, que vem de muito longe e de muito perto, de tão longe como a origem do indivíduo humano, de tão perto como o secreto pulsar do coração. Essas palavras são atribuídas a Pablo Neruda, com quem compartilho o nome, mas, lamentavelmente, não o dom da escrita poética. De toda sorte, tomo emprestado de Neruda sua *Ode à Gratidão*, para agradecer *pela palavra que agradece, que suave como uma pluma clara, ou doce como pétala de açúcar*, passa através de meus lábios e viaja por um mundo que parece ameaçador, mas onde o aparecimento da palavra “gratidão” faz com que se escondam os *punhais do orgulho* e apareça *um centavo de sorriso*. Um sorriso que ofereço, em agradecido silêncio, àquelas pessoas e entidades que, distantes ou próximas a mim, contribuíram e me acompanharam na minha trajetória de vida, pessoal e profissional. E, para sempre, florescerão no secreto pulsar do meu coração:

À minha esposa, Kellen.

À minha mãe, Angela.

Aos meus familiares e amigos.

Aos meus orientadores, Prof^a Rita e Thiago.

Aos participantes desse estudo, pela generosa acolhida.

Aos meus colegas e professores do mestrado em Saúde Coletiva.

Aos meus companheiros de trabalho e de militância no SUS e na APS.

Àquelas pessoas que, diariamente, entregam suas vidas aos meus cuidados.

À CAPES, pelo apoio financeiro que permitiu a conclusão do mestrado.

*E assim como sei que toda a sua vida foi uma luta
para que ninguém tivesse mais que lutar:
assim é o agradecimento que quero te cantar, Newton, meu pai.*

“[...] E o que me parece o mais importante de tudo: ou seja, que aqueles sobre quem escreverei são seres humanos, vivendo neste mundo, inocentes quanto às convoluções que, como estas, ocorrem agora por sobre suas cabeças; e que eles acolheram, foram investigados, espionados, reverenciados e amados por outros seres humanos algo monstruosamente estranhos a eles, a serviço de ainda outros, ainda mais estranhos; e que agora estão sendo examinados por ainda outros, que apanharam suas vidas casualmente, como se fossem um livro, e que foram levados a essa leitura por diversos reflexos possíveis de empatia, curiosidade, ócio, *et cetera*, e quase certamente sem estarem cômnicos, ou conscientes, de forma minimamente adequada à enormidade do que estão fazendo”.

James Agee
Elogiemos os homens ilustres
(AGEE; EVANS, 2009, p. 30).

“Viver com o outro, com o estrangeiro, confronta-nos com a possibilidade ou não de ser um outro. Não se trata simplesmente, no sentido humanista, de nossa aptidão em aceitar o outro, mas de estar em seu lugar - o que equivale a pensar sobre si e a se fazer outro para si mesmo”

Julia Kristeva
Estrangeiros para nós mesmos
(KRISTEVA, 1994, p. 21).

RESUMO

Este estudo analisa os efeitos da inserção de uma médica cubana do Programa Mais Médicos (PMM) nos processos de trabalho de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como discute seus limites e possibilidades para a produção de mudanças no sentido da integralidade do cuidado em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, do tipo estudo de caso, realizada em um município do estado do Espírito Santo, Brasil, tendo como unidade de análise a equipe em que atua a referida médica. Também participaram do estudo uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde. Foram utilizadas como técnicas de produção de dados empíricos: a observação participante de atividades assistenciais da equipe; entrevistas em profundidade com a médica cubana e com a enfermeira; e um grupo focal, do qual participaram a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde. A análise dos dados foi fundamentada nas teorias do processo de trabalho e da produção intersubjetiva do cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. Os resultados indicam contribuições na ampliação, na diversificação e na continuidade de ações assistenciais, bem como no fortalecimento dos vínculos entre a equipe e os usuários, sobretudo nas relações médico-usuário. 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. Espera-se que este estudo estimule debates e investigações futuras acerca do PMM no campo da Saúde Coletiva e contribua para o intercâmbio de conhecimentos relativos aos processos de trabalho na Atenção Básica (AB) e no Sistema Único de Saúde (SUS), aproximando-os das necessidades da população brasileira e dos próprios trabalhadores, e oferecendo subsídios para o aprimoramento do cuidado em saúde no Brasil.

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

ABSTRACT

This study analyzes the effects of the insertion of a Cuban doctor of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program (PMM) into the work processes of a Family Health Strategy (FHS) team, as well as discusses its limits and possibilities for the production of changes towards 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, having as unit of analysis the team in which the referred doctor works. Also participating in the study were a nurse, a nursing technician and six community health agents. Empirical data production techniques were used: participant observation of the team's assistance activities; in-depth interviews with the Cuban physician and the nurse, and a focus group, in which the nursing technique and the community health agents participated. Data analysis was based on theories of the work process and intersubjective production of health care from the perspective of comprehensiveness. The results indicate contributions in the expansion, diversification and continuity of care actions, as well as in the strengthening of the links between team and users, especially in the doctor-user relationship. 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. It is hoped that this study will stimulate future debates and research on PMM in the field of Collective Health and contribute to the exchange of knowledge related to the work processes in Primary Health Care (PHC) and the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS), bringing them closer the needs of the Brazilian population and the workers themselves, and offering subsidies for the improvement of health care in Brazil.

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

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitária de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
ENF – Enfermeira
EqSF – Equipe de Saúde da Família
ES – Estado do Espírito Santo
ESF – Estratégia Saúde da Família
MC – Médica cubana
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENF – Técnica de Enfermagem
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A CRISE GLOBAL DO TRABALHO EM SAÚDE: REFLEXOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL	19
1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SINERGIAS E DESAFIOS.....	21
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL	30
3.1 MODELOS E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: PROCESSOS E TECNOLOGIAS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	31
3.2 TRABALHO EM SAÚDE E (INTER)SUBJETIVIDADE: AÇÃO PRODUTIVA E INTERAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	33
3.2 INTEGRALIDADE: NECESSIDADES, FINALIDADES, ARTICULAÇÕES E INTERAÇÕES NO CUIDADO EM SAÚDE.....	35
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	37
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	37
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
4.4 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS.....	38
4.4.1 Técnicas e instrumentos.....	38
4.4.2. Operacionalização do trabalho de campo	42
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
5 ASPECTOS ÉTICOS	45
6 RESULTADOS	47
6.1 ARTIGO - Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
8 REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL	78

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): MÉDICO(A) CUBANO(A)	80
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO-MÉDICO(A).....	83
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): USUÁRIO(A)	86
APÊNDICE E - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	89
APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	90
APÊNDICE G - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	91

APRESENTAÇÃO

“Quando uma época parece ter exaurido as promessas que a constituíram, quando as escolhas morais dos indivíduos parecem desamparadas da segurança e do conforto que lhes proporcionavam as normas que perderam legitimidade e deverão ser transgredidas [...], o Espírito tem dois caminhos, então, a prosseguir. Ou bem, corajosamente lançando-se no interior de si mesmo, busca arrancar, dos desvãos em que se tiverem perdido, os valores que à falta de objetivação convincente terão deixado de ter expressão humana, para recriá-los com base em suas raízes corrompidas, ou então cede às tentações do conservadorismo sempre à espreita e vai refugiar-se nas pseudo-éticas do irracionalismo e do pragmatismo, das quais obtém o material perverso para uma mórbida embriaguez” (MENDES-GONÇALVES, 1995, p. 13).

Quando releio as palavras de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, cada vez que me deparo com a dialética de desilusão e de esperança que emana de sua sentença, longa e preta de significados, eis que sou tomado pela convicção de que elas não foram escritas há mais de duas décadas, e sim nesse instante, no Brasil dos tempos em que vivemos: um país embriagado pelo pragmatismo econômico, refugiado no irracionalismo político, em um conservadorismo não mais à espreita, mas cujos dentes e garras já nos dilaceram, arrancando de nós aqueles valores que, outrora, legitimaram a possibilidade de constituição de outros tempos, de outros mundos. Tempos e mundos que estivessem enraizados em escolhas éticas e morais mais solidárias, capazes de proporcionar amparo e segurança para todos os seres humanos.

Refletindo sobre a mórbida embriaguez com que nosso país prossegue em um dos caminhos “profetizados” pelo autor, recordo-me da famosa sentença de abertura de *Um Conto de Duas Cidades*, escrito por Charles Dickens:

“Foi o melhor dos tempos, foi o pior dos tempos, foi a idade da sabedoria, foi a idade da tolice, foi a época da fé, foi a época da incredulidade, foi a estação da Luz, foi a estação das Trevas, foi a primavera da esperança, foi o inverno do desespero, nós tínhamos tudo diante de nós, nós não tínhamos nada diante de nós, todos nós estávamos indo direto para o Paraíso, todos nós estávamos indo direto para o caminho contrário” (DICKENS, 2008, p. 7, tradução minha).

Um caminho que somente começamos a trilhar, mas à margem do qual são plantadas promessas que já nascem com as raízes corrompidas. Raízes que poderão sepultar primaveras e mais primaveras de esperança sob o solo estéril de um inverno de desespero. Sob um inferno de privações e de desigualdades ainda não plenamente delimitáveis em suas mórbidas consequências.

Esperança que, entretanto, passo a grafar com “E” maiúsculo, tal qual fez o próprio Ricardo Bruno, por compartilhar de sua visão de que a “[...] Esperança não é um estado de espírito dogmático do qual partimos para a vida, mas um ponto de chegada em permanente fuga [...]” (MENDES GONÇALVES, 1995, p. 14). E que, portanto, não deve ser confundida com um estado de graça a ser revelado de uma vez por todas, e sim como algo que pode (e deve) ser constituído através de um processo doloroso de aquisição. Um processo de busca permanente para o qual o presente estudo se propõe a contribuir.

Nessa busca por Esperança através da recriação de valores perdidos, resgata-se a concepção de Saúde Coletiva como campo de saberes e de práticas em permanente construção (LEAL; CAMARGO JÚNIOR, 2012; OSMO; SCHRAIBER, 2015). Um campo complexo, interdisciplinar, emergente nos anos 1970, ainda no contexto da ditadura militar brasileira, mas que continua engendrando relações peculiares do Estado com a sociedade civil, entre a produção de conhecimentos científicos e de serviços de atenção à saúde, isto é, articulando “[...] ciência e política, assim como prática científica e prática profissional [...]” (SCHRAIBER, 2015, p. 35), sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Articulações que também definem a minha trajetória como trabalhador do SUS e como pesquisador do campo da Saúde Coletiva.

Essas articulações encontram suas raízes no término da minha graduação em Medicina, em 2010, quando decidi atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), mais especificamente na assistência a comunidades rurais de um município do interior do estado do Espírito Santo. Decisão que foi, em grande parte, motivada pelo desencanto com as características da minha formação profissional e das quais tentava me afastar enquanto médico rural: biologicista,

medicalizadora, centrada em procedimentos, mercantilizada e, em diversos aspectos, desumanizada e empobrecedora do cuidado em saúde.

Características que, logo pude perceber, também se reproduziam nas concepções e nas práticas dos demais profissionais que compunham minha equipe de trabalho na ESF. Como forma de lidar com as angústias suscitadas por essa constatação, e buscando caminhos para modificar o cenário em que me encontrava, realizei dois cursos de especialização – em Atenção Primária à Saúde (APS) e em ESF, respectivamente –, por meio dos quais fiz minhas primeiras incursões aos autores da Saúde Coletiva e do movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Dentre tais autores, aquele que mais dialogava com minhas inquietações de então era Emerson Merhy, sobretudo sua teorização sobre processo de trabalho, centrada na micropolítica, no trabalho vivo em ato e na produção do cuidado em saúde (MERHY, 2002).

Apesar do estímulo proporcionado por essas leituras, permanecia frustrado por não conseguir produzir transformações nos processos de trabalho da equipe em que eu atuava. Tentava, inutilmente, contagiar a equipe com meu anseio por mudanças, mas era eu quem estava cada vez mais sendo transformado pela desilusão, pela apatia e pela desesperança quanto à capacidade da micropolítica em produzir mudanças efetivas e duradouras nos serviços de saúde. Momento que culminou na minha decisão de abandonar, de forma temporária, o trabalho na ESF e ingressar no mestrado.

Com a reimersão no mundo acadêmico, ocorrida em 2015, em um contexto de instabilidade social, política e econômica no país, pude compartilhar (e atenuar) um pouco de minhas angústias com meus colegas de mestrado e, ao mesmo tempo, ampliar a diversidade de temas e de questões de meu interesse. Entretanto, por incentivo de minha orientadora, Prof^a Rita Lima, reaproximei-me, gradativamente, do tema do “trabalho médico na APS” e, por conseguinte, da principal política pública de saúde em debate na ocasião: o Programa Mais Médicos (PMM). Aproximação que, diga-se de passagem, não foi isenta de conflitos internos e de hesitações, pois me sentia inseguro quanto à minha

capacidade de tomar como objeto de estudo um programa que me despertava sentimentos contraditórios e, devo reconhecer, até certo grau de resistência.

Analisando retrospectivamente, penso que esses sentimentos contraditórios e resistências foram motivados, em parte, por minha impressão de que os objetivos e as ações do PMM não me contemplavam enquanto médico já inserido e engajado no processo de fortalecimento da APS e da ESF no país. Por outro lado, reconhecia na iniciativa um esforço genuíno para corrigir distorções históricas no acesso da população à atenção médica e para democratizar o cuidado em saúde. No plano afetivo, a hostilidade e o desrespeito com que a maioria dos médicos brasileiros encarou a chegada de profissionais cubanos me causaram decepção e repúdio para com os meus pares conterrâneos e, em contrapartida, solidariedade em relação aos estrangeiros recém-chegados.

Além disso, tomar como objeto de estudo o “trabalho médico” exigiria que eu revisitasse construções teórico-conceituais de que me afastara, acreditando que eram incapazes de transformar, de fato, os processos de trabalho na ESF. Retomando, em outros termos, as reflexões suscitadas pelas palavras de Ricardo Bruno, eis que me encontrava frente a uma encruzilhada, precisando escolher em qual dos caminhos iria prosseguir: lançar-me no interior de mim mesmo, na tentativa de arrancar, dos desvãos em que estivessem perdidas, aquelas construções teórico-conceituais cujas promessas haviam sido exauridas, e que, pelo menos aos meus olhos, haviam perdido sua legitimidade. E que deveriam ser transgredidas, recriadas com base em raízes que resgatassem, de modo convincente, sua expressão humana e a possibilidade de um novo e revigorado engajamento ético-político.

Ou, então, ceder às tentações do conservadorismo intelectual sempre à espreita, refugiando-me no pragmatismo acadêmico e no mero produtivismo científico, dos quais talvez obtivesse o material perverso para uma mórbida embriaguez, ainda que ao preço da corrupção de todas as escolhas que me haviam constituído enquanto trabalhador e, agora, como pesquisador.

Enquanto escrevia o texto que o leitor tem agora em mãos, e que serve de apresentação e de testemunho do caminho que escolhi seguir, vinham-me à memória algumas reflexões do escritor argentino Julio Cortázar. Reflexões sobre a literatura latino-americana, mas que encontram diversas conexões com a produção de saberes e de práticas da Saúde Coletiva, e por meio das quais gostaria que o leitor adentrasse no conteúdo do presente estudo.

Para Cortázar, a maioria dos leitores tende a “[...] tomar os livros como quem admira ou cheira uma flor, sem preocupar-se demais com a planta da qual foi cortada essa flor” (CORTÁZAR, 2015, p. 302). Contudo, há cada vez mais leitores para quem os livros são, ao mesmo tempo, fatos estéticos que se bastam a si mesmos, sem relações com as circunstâncias que os motivaram ou condicionaram, mas também emanções de forças, de tensões e de situações que os levaram a ser como são, e não de outra maneira. Nesse último caso, transformam-se em projeções da própria história, “[...] são como as flores de uma planta que já não pode ser ignorada, uma vez que essa planta se chama terra, nação, povo, razão de ser e destino” (CORTÁZAR, 2015, p. 303).

Aquilo que para Cortázar se refere à literatura, penso que também se aplica às produções científicas da Saúde Coletiva. Entretanto, em ligeira discordância com o autor, para quem a literatura nasceu para fazer perguntas, e não para dar respostas (tarefa que, segundo ele, caberia à ciência e à filosofia), acredito que a Saúde Coletiva demonstra a possibilidade de que a ciência, em diálogo com a filosofia e, porque não, com a literatura, possa igualmente nos inquietar, abrir nossa sensibilidade para novas perspectivas da realidade. E para o fato de que encontrar uma resposta pode ser “[...] menos importante do que o de haver sido capaz de viver a fundo a pergunta, de avançar ansiosamente pelos caminhos que [ela] tende a abrir em nós” (CORTÁZAR, 2015, p. 305).

Assim, os caminhos que escolhi para analisar o trabalho médico na APS, a partir de um olhar sobre a inserção do médico cubano, vinculado ao PMM, nos processos de trabalho na ESF, permitiram que também se abrissem novos caminhos em meu Espírito. Que eu, enfim, reconhecesse o quanto ainda poderia haver de “estrangeiro”, de estranho, de desconhecido, em minhas

concepções acerca do trabalho na APS, da figura do médico cubano, das motivações dos profissionais que atuam na ESF, e também das limitações e das potencialidades do PMM para fortalecer as práticas de APS no Brasil.

Nesses caminhos, busquei nas raízes da teoria do processo de trabalho em saúde, no pensamento pioneiro de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves – que, com enorme justiça, vem sendo resgatado pela Saúde Coletiva (AYRES; SANTOS, 2017) – e em seus desdobramentos teóricos desenvolvidos por José Ricardo Ayres, valores filosóficos e ferramentas conceituais que me permitissem compreender os efeitos da inserção do médico cubano na dinâmica de produção do cuidado em uma equipe de ESF.

Deixo a cargo do leitor o julgamento acerca do quão bem sucedidos foram os passos que me conduziram até aqui, o quão longe consegui seguir as trilhas que foram se abrindo em meu objeto de estudo, e o quanto pude amadurecer na minha caminhada enquanto pesquisador. Em minha defesa, invoco a afirmação de que a:

“[...] cada dia que passa me parece mais lógico e necessário que vamos à literatura – sejamos autores ou leitores – como se vai aos encontros mais essenciais da existência, como se vai ao amor e às vezes à morte, sabendo que fazem parte indissolúvel de um todo, e que um livro começa e termina muito antes e muito depois de sua primeira e de sua última página” (CORTÁZAR, 2015, p. 307).

Postura que também perpassa minha contribuição à Saúde Coletiva. Espero que o leitor reconheça nas páginas que se seguem a emanção de forças e de tensões de nosso tempo, e o esforço de um trabalhador-pesquisador do SUS para produzir encontros que transcendam os limites desse manuscrito. Que ele receba esse texto como se recebesse “[...] uma dessas garrafas que lendariamente se jogavam ao mar para que levassem o mais longe possível uma mensagem ou uma esperança” (CORTÁZAR, 2015, p. 303).

Uma garrafa que, lançada no imenso oceano de ignorância e de miséria em que naufragamos, talvez possa chegar ao seu destino. E ao ser recolhida e aberta, que a mensagem que ela carrega demonstre seu sentido e sua razão

de ser, oferecendo um grito de Esperança àquele (ou àquela) que a está lendo ou a lerá um dia.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CRISE GLOBAL DO TRABALHO EM SAÚDE: REFLEXOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL

Uma verdade universal: não há saúde sem uma força de trabalho (GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). *Os sistemas de saúde só podem funcionar com trabalhadores da saúde* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Extraídas de publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), essas afirmativas apontam para 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; DAL POZ, 2013; CRISP; CHEN, 2014; PORTELA et. al., 2017).

Proposições que, de certa forma, sintetizam a relevância do tema para o debate contemporâneo sobre políticas públicas de saúde. Relevância que, por sua vez, pode ser ilustrada pela inclusão de metas relacionadas ao trabalho em saúde em um dos “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável” (*Sustainable Development Goals*) da agenda pós-2015 das Nações Unidas: *assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades* (UNITED NATIONS, 2015). O que demandaria a construção da “Estratégia Global Sobre Recursos Humanos em Saúde: Força de Trabalho 2030” (*Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*), objeto de discussão na 69ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em maio de 2016 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Embora utilizem distintas nomenclaturas e perspectivas de análise – “recursos humanos em saúde”, “força de trabalho em saúde”, “profissionais de saúde”, etc. –, tais iniciativas reconhecem o papel fundamental dos trabalhadores da saúde na construção de respostas às demandas crescentes sobre as políticas públicas e os sistemas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento

(DUSSAULT; DUBOIS, 2003; ASSUNÇÃO et al., 2007; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; DAL POZ, 2013; CRISP; CHEN, 2014).

O fenômeno da globalização e seus efeitos na estrutura e na organização político-cultural da sociedade, as mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos das populações, a implementação de novos modelos de atenção e a incorporação tecnológica nos processos de trabalho tem ocasionado impactos diretos nas necessidades de pessoal dos sistemas de saúde (DAL POZ, 2013; CRISP; CHEN, 2014). Além disso, forças políticas guiadas por princípios do mercado e da justiça social, respectivamente, vem gerando tensões e ambiguidades em diversos aspectos das práticas profissionais, inclusive nas competências técnicas e nas formas de gestão do trabalho em saúde (CRISP; CHEN, 2014).

Ainda que tais questões não sejam novas, observa-se a persistência de dificuldades para seu enfrentamento em vários países, inclusive no Brasil. O reconhecimento da necessidade de políticas públicas que interfiram no número, no perfil e na distribuição dos 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 (MACHADO, 2005; BUCHAN; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2011; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; PINTO et al., 2014a).

Entretanto, ações 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 (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; SCHEFFER et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017).

No caso da Atenção Primária à Saúde (APS), seu lugar prioritário na agenda política nacional (MACHADO, 2006; MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011) não vem sendo acompanhado pela disponibilidade de médicos em quantidade suficiente e com formação adequada para desenvolver uma atenção integral à saúde da população (GIL, 2005; CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013). Condições que contribuem para que, apesar de seus inúmeros avanços, o fortalecimento da APS ainda permaneça como um dos entraves à consolidação do SUS nos dias atuais (PAIM et al., 2011).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SINERGIAS E DESAFIOS

A trajetória da APS no Brasil remonta à segunda década do século XX, quando foram criados os primeiros Centros de Saúde Escola no estado de São Paulo, os quais eram organizados segundo uma lógica de adscrição populacional, utilizavam como ação fundamental a educação sanitária, com ênfase na prevenção de doenças, e se caracterizavam por um corte nítido entre os campos da saúde pública e da atenção médica individualizada (LAVRAS, 2011; MENDES, 2012).

Nas décadas seguintes, experiências semelhantes, de amplitude municipal, foram desenvolvidas em algumas regiões do país, mas seria somente a partir dos anos 1970 (com o debate internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, promovido pela Conferência de Alma-Ata) e, sobretudo, nos anos 1980, com os processos de redemocratização nacional e de formulação do SUS, que se dariam as primeiras iniciativas para expansão da APS no Brasil (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011; MENDES, 2012). Expansão que foi marcada pela diversidade de interesses e de concepções, sem que fosse constituído um modelo nacional para a APS (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011).

Diversidade que se refletiu na própria denominação recebida pela APS no contexto brasileiro (GIL, 2006). A redefinição da APS como “Atenção Básica” (AB) foi consequência do debate travado, ao longo dos anos 1970 a 1990, entre as perspectivas seletiva e abrangente de APS (CUETO, 2004;

GIOVANELLA, 2008). Na primeira concepção, defendida por organizações internacionais como o Banco Mundial, a APS é caracterizada por pacotes mínimos de ações e de serviços de saúde voltados para populações pobres. E na segunda, como uma estratégia de organização e de coordenação de cuidados nos sistemas nacionais de saúde, visando atender integralmente às necessidades de saúde das populações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Buscando romper com a noção de APS como atenção de baixo custo, simplificada e seletiva (“atenção pobre para pobres”), o Brasil optou pela mudança de nomenclatura, considerada mais condizente com os princípios e as diretrizes do SUS (GIL, 2006; SOUSA; HAMANN, 2009). Paradoxalmente, apesar da mudança, os antagonismos entre tais concepções se perpetuaram naqueles que são considerados dois marcos fundamentais do desenvolvimento da AB no país: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), ambos implantados nos anos 1990 (GIL, 2006; SOUSA; HAMANN, 2009; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Construído a partir de resultados exitosos do PACS, focalizado em populações em situação de extrema pobreza e de vulnerabilidade social, o PSF surgiu como um “programa” do governo federal, mais tarde alçado à condição de “estratégia” – Estratégia Saúde da Família (ESF) –, uma vez que assumiria o papel de eixo estruturante para a reorganização do SUS em todo o território nacional, a partir da AB e mediante a reorientação das práticas assistenciais, que passaram a adotar uma perspectiva ampliada de saúde (BRASIL, 1997; ESCOREL et al., 2007; FERTONANI et al., 2015).

No modelo de atenção proposto pela ESF, a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença busca transcender o enfoque biomédico, no qual as práticas assistenciais tem como foco o indivíduo, desconectado de contextos socioculturais e familiares, assim como de suas escolhas e de suas vivências enquanto sujeito (FERTONANI et al., 2015). Um enfoque em que as intervenções usualmente se restringem ao corpo biológico individual, com ênfase em ações curativas e no uso de instrumentos materiais (exames,

aparelhos, medicamentos, etc.) para o diagnóstico e o tratamento de doenças e/ou de lesões orgânicas (CAMARGO JR, 2005; MENÉNDEZ, 2009).

Em contrapartida, o modelo e as práticas da ESF consideram o indivíduo em seu contexto familiar e em suas condições de vida, inclusive como membro de grupos e de comunidades socioculturais, tornando necessária a articulação de um conjunto de ações e de serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde em âmbito individual e coletivo (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; FERTONANI et al., 2015).

Em 2006, o papel central da AB no processo de reorganização do SUS e no fortalecimento de um novo modelo de atenção à saúde conduziu à formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), posteriormente atualizada em 2011 (BRASIL, 2006, 2012). No documento mais recente da PNAB, os termos “atenção primária à saúde” e “atenção básica” são considerados equivalentes, de modo que a AB passa a ser definida como:

“[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.” (BRASIL, 2012, p. 19).

A PNAB estabelece que a AB seja o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estando orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além disso, reitera-se a ESF como estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da AB (BRASIL, 2012).

Existem sólidas evidências de que a ESF tem contribuído para a expansão da oferta e do acesso da população às ações e aos serviços de saúde, para a diversidade de práticas assistenciais na AB e para a melhoria dos indicadores sanitários, assim como para o acolhimento e a construção de vínculos entre as equipes e os usuários do SUS (SCOREL et al., 2007; SOUSA; HAMANN,

2009; MENDES, 2012; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; FERTONANI et al., 2015; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Entretanto, persistem inúmeros desafios para que a ESF, de fato, reoriente o modelo e as práticas de AB: as dificuldades de superação do modelo biomédico hegemônico, visando à integralidade do cuidado; a ênfase incipiente nas necessidades de saúde, na territorialização, na participação comunitária e no enfrentamento intersetorial dos determinantes sociais da saúde; a persistência de processos de trabalho fragmentados, com relações hierarquizadas e assimétricas entre os membros das equipes; e o alcance do equilíbrio entre a abordagem individual oportuna e as intervenções de amplitude coletiva (SOUSA; HAMANN, 2009; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; TESSER; NORMAN, 2014; FERTONANI et al., 2015; NORMAN; TESSER, 2015; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Somando-se a esses desafios, também se observa alta rotatividade e insatisfação dos médicos com o trabalho na AB-ESF, motivadas por questões como: limitado retorno financeiro; planos de cargos, carreiras e salários inexistentes ou pouco atrativos; sobrecarga de trabalho decorrente de demanda excessiva por atendimento médico; problemas no relacionamento com os outros profissionais de saúde; dificuldades para referenciamento de pacientes aos demais níveis de atenção à saúde; divisão do tempo de trabalho não condizente com as necessidades de saúde da população; condições materiais precárias para a realização das atividades profissionais; falta de reconhecimento por outros profissionais de saúde e pela própria população (CAMPOS; MALIK, 2008; GONÇALVES et al., 2009; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011; NEY; RODRIGUES, 2012).

Como forma de oferecer alternativas para o fortalecimento do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), e no bojo de outras intervenções para corrigir a má distribuição de médicos no Brasil (OLIVEIRA et al., 2017), o Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 2013, a princípio através da Medida Provisória nº 621, posteriormente regulamentada pela Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013, 2015).

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 (BRASIL, 2013). Objetivos e ações que estão inseridos nos três grandes eixos que constituem o PMM: (I) provimento emergencial de médicos; (II) formação médica no país; e (III) investimento na infraestrutura da rede de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2015).

Dentre as ações do primeiro eixo do PMM, 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 selecionou profissionais brasileiros e estrangeiros para atuarem na AB (BRASIL, 2013). 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 (OPAS) e os governos do Brasil e de Cuba (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016; UNITED NATIONS OFFICE FOR SOUTH-SOUTH COOPERATION, 2016; ALVES et al., 2017; MOLINA et al., 2017).

Apesar de sua instituição em um contexto de efervescência social, decorrente das manifestações populares de junho de 2013, e sob intenso debate público entre entidades médicas, segmentos da mídia, movimentos sociais e o governo federal (WESTPHALEN; STEFANI, 2014), o PMM passou a ser considerado “[...] a mais exitosa política do SUS na superação do desafio de garantir atendimento médico às populações das localidades mais vulneráveis” (PINTO et al., 2014, p. 116).

Defende-se ainda a possibilidade de que o PMM contribua para o aprimoramento da formação médica, para o fortalecimento da AB, para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde e para a redução das iniquidades em saúde no Brasil (MOLINA et al., 2014; PINTO et al., 2014;

CYRINO et al., 2015; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015; MOLINA et. al., 2017; SANTOS et al, 2017).

Contudo, apesar dos êxitos iniciais do provimento emergencial na redução da escassez de médicos na AB (BRASIL, 2015; GIRARDI et al., 2016) e na ampliação das equipes de ESF (MIRANDA et al., 2017), o que fez com que fosse amplamente aprovado pela população (COMES et al., 2016) e por gestores municipais (GALAVOTE et al., 2016), 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 (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; SCHEFFER, 2016), bem como sua potência em promover mudanças nos processos de trabalho e na produção do cuidado na AB (MELO, 2016), sendo essa última questão ainda pouco explorada na produção científica sobre o tema (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Controvérsias à parte, concordamos com aqueles que reconhecem a impossibilidade de sintetizar, em uma única dimensão ou variável, a avaliação de um programa dessa magnitude, com tantos potenciais impactos e particularidades de implantação em diferentes realidades (TASCA; PÊGO, 2016). Assim, torna-se necessária a realização de análises múltiplas e a exploração de novos elementos que contemplem também “[...] a dimensão local, a singularidade de cada situação [...]” (TASCA; PÊGO, 2016, p. 2917), de cada unidade de saúde ou equipe onde há um médico do PMM atuando na AB.

Partindo do pressuposto de que os objetivos e as ações do PMM visam reorientar a prática médica no país e fortalecer um modelo assistencial estruturado a partir da AB-ESF, pareceu-nos relevante que o trabalho do médico estrangeiro inserido no PMM fosse tomado como objeto de estudo. Médico cujas práticas foram analisadas em sua interface com a dinâmica de trabalho dos demais membros da equipe de ESF em que esse atua, inclusive com as tensões constitutivas do modelo de APS adotado no SUS.

A escolha do trabalho do médico cubano como um dos focos centrais do estudo decorre dos princípios e das características organizacionais do sistema de saúde de Cuba, semelhantes ao brasileiro (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011; KECK; REED, 2012), assim como da formação e da experiência desses médicos em APS e, de forma específica, em medicina familiar e comunitária (DRESANG et al., 2005; MÁRQUEZ, 2009; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Elementos que, segundo alguns autores, compõem um perfil profissional capaz de beneficiar o modelo assistencial que a AB-ESF pretende consolidar no SUS (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

Dessa forma, ao examinar as práticas de um profissional que já possui ampla formação e experiência de trabalho na APS, o intuito foi compreender quais os efeitos da inserção do médico cubano 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. Retomando questionamentos de outros autores, pretendemos compreender se:

“[...] passado o tempo dos médicos nos municípios brasileiros, sobretudo os estrangeiros, as Redes de Atenção à Saúde ficaram ordenadas pela Atenção Básica à Saúde? [...] E mais, suas ações estarão orientadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social?” (SOUSA; MENDONÇA, 2014, p. 664).

Nesse sentido, também assumimos o desafio de:

“[...] compreender como se entrelaçam as determinações provenientes da implementação de políticas de desenvolvimento de recursos humanos formuladas ao nível macro e as determinações decorrentes da organização e gestão das práticas profissionais no cotidiano do trabalho em saúde” (PINTO et al., 2013, p. 1532).

Desafio que ganhou contornos ainda mais complexos em virtude da atual conjuntura econômica e política brasileira (MAGNO; PAIM, 2015; VIANA; SILVA, 2015), marcada por ameaças à efetivação do direito à saúde (CAMPOS et al., 2016; VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Inclusive com a revisão da PNAB e

eventual descaracterização do papel da AB na institucionalização da saúde como direito de todos e dever do Estado (MOROSINI; FONSECA, 2017). Conjuntura que, por outro lado, reafirma a pertinência da análise de caminhos que possam assegurar (ou não) os princípios que, mesmo presentes em nossa Constituição, ainda tentam se consolidar na disputa entre o SUS legal e o real (SANTOS, 2011, 2013).

Adotando esse recorte analítico, utilizamos uma das dimensões do PMM (provimento emergencial de médicos estrangeiros) para responder às seguintes perguntas de pesquisa:

- 1) *No que diz respeito à inserção do médico cubano na AB, quais os efeitos do PMM nos processos de trabalho de uma equipe de ESF?*

- 2) *Quais os limites e as possibilidades para que a inserção do médico cubano promova mudanças no modelo e nas práticas da AB-ESF no sentido da integralidade do cuidado em saúde?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os efeitos da inserção do(a) médico(a) cubano(a), vinculado ao PMM, nos processos de trabalho e produção do cuidado de uma equipe de ESF, em um município do estado do Espírito Santo, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de trabalho e produção do cuidado do(a) médico(a) cubano(a) vinculado ao PMM, tanto em suas interações com os usuários quanto com os demais membros da equipe de ESF;
- Compreender como as interações entre o(a) médico(a) cubano(a), os demais membros da equipe e os usuários influenciam na dinâmica dos processos de trabalho e produção do cuidado na ESF;
- Refletir sobre os limites e as possibilidades para que a inserção do(a) médico(a) cubano(a) modifique o modelo e/ou as práticas de AB-ESF no sentido da integralidade do cuidado em saúde.

3 QUADRO TEÓRICO-CONCEITUAL

A elaboração de uma pesquisa exige a definição de uma cartografia de escolhas para a abordagem da realidade, uma vez que o objeto de estudo é construído, ou seja, constitui-se em uma tradução, uma reconstrução da realidade a partir de “[...] um processo de objetivação teórico-conceitual de certos aspectos ou relações existentes no real” (DESLANDES, 2012, p. 33).

Por isso, a produção do conhecimento científico demanda a utilização dialógica e crítica de contribuições de outros autores: idéias, teorias, categorias, hipóteses e conceitos de que nos apropriamos como ferramentas para o desenvolvimento de nossa pesquisa (MATTOS, 2011).

Por outro lado, concordamos com o entendimento de que a produção de conhecimento científico, mais do que pretender encontrar respostas universais, ou descrever o que de fato acontece, deve produzir diferentes narrativas que problematizem a realidade e, dessa forma, enriquecem o debate sobre certas questões (MATTOS; BAPTISTA, 2011).

De modo que, a partir desses pressupostos epistemológicos, indicaremos as contribuições teórico-conceituais que orientaram nossa aproximação do objeto de pesquisa e as estratégias que adotamos para investigá-lo, elementos que subsidiaram a produção de narrativas que contemplassem nossos objetivos.

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 (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994), articulam reflexões sobre modelos e práticas orientados pelo princípio da integralidade da atenção à saúde (AYRES, 2009; KALICHMAN; AYRES, 2016), mediante a incorporação de aportes conceituais que reconheçam o caráter dinâmico, relacional e intersubjetivo do cuidado em saúde (AYRES, 2001, 2004; CARVALHO et al., 2012).

3.1 MODELOS E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE: PROCESSOS E TECNOLOGIAS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

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 (MENDES-GONÇALVES, 1992). 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 (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994).

Considerando que os processos de trabalho e as necessidades de saúde compõem relações recíprocas que recobrem o conjunto da vida social, ambos podem assumir características distintas conforme a circunstância histórica em que estejam sendo produzidos. Em outras palavras: cada contexto histórico-social produz necessidades específicas e, para satisfazê-las, diferentes modelos de organização tecnológica dos processos de trabalho em saúde, os quais, por sua vez, também influenciam a natureza e as características dessas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Cabe ressaltar que, na perspectiva do autor, o conceito de “tecnologia” não se restringe apenas aos instrumentos ou meios de trabalho, mas às configurações assumidas ou assumíveis pelo conjunto dos três momentos do processo de trabalho – (I) o objeto; (II) os meios ou instrumentos; e (III) o próprio trabalho –, dados seus objetivos ou finalidades (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Destaca-se, ainda, que a concepção de “modelo” citada anteriormente não assume um caráter normativo, de ideal a ser copiado, ou regra a ser seguida, e sim como uma (dentre várias) possibilidade(s) de articulação dos processos de trabalho em saúde, cujos momentos devem estar coerentemente dispostos entre si e encontrar correspondência adequada nas necessidades de saúde que buscam satisfazer (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nesse sentido, o modelo serve como balizador para a análise das situações concretas que orientam sua configuração e para a descoberta das possibilidades de mudanças nessas mesmas situações, apresentando, portanto, um potencial intrínseco para sofrer modificações à medida que se efetiva na prática, na busca de conexões entre os processos de trabalho e as necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Em direção semelhante, Ayres (2009) define “modelo de atenção” 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, haja vista que os próprios modelos nascem de experiências e de potencialidades inscritas em um conjunto de técnicas e de arranjos tecnológicos, os quais são postos em operação para produzir ações de saúde em dado contexto histórico-social. De modo que:

“[...] nessa dialética entre sua organização conforme modelos e seu operar cotidiano, as tecnologias apresentam uma inexorável abertura em seu devir prático, evidenciando alcances, limites, sinergias e tensões que nos levam a requalificar, adaptar e diversificar o seu uso, assim como a buscar novas técnicas e conceitos e/ou novos arranjos tecnológicos para sua operação. Dessa forma, são gerados novos horizontes discursivos acerca da aplicação e da gestão das tecnologias” (AYRES, 2009, p. 12-13).

Mais uma vez, essa definição não atribui ao conceito de “modelo” um sentido unificador e coercitivo de ações dirigidas a certa finalidade instrumental ou estratégica, e sim como a possibilidade de se estabelecer um diálogo produtivo entre perspectivas instrumentais e estratégicas diversas, mas que compartilham horizontes práticos de interesse comum (AYRES, 2009).

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 (KALICHMAN; AYRES, 2016). Horizonte discursivo que, ainda que instrua a ESF como modelo de organização tecnológica da AB, abre-se para possíveis

transformações em seu devir prático, isto é, no cotidiano dos processos de trabalho das equipes de AB-ESF.

3.2 TRABALHO EM SAÚDE E (INTER)SUBJETIVIDADE: AÇÃO PRODUTIVA E INTERAÇÃO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A dinâmica dos processos de trabalho em saúde (e, por conseguinte, nas equipes de ESF) pode ser apreendida mediante o reconhecimento dos aspectos dinâmicos e relacionais das práticas de saúde, construídas nas interações entre sujeitos, nos encontros entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (AYRES, 2001, 2004; CARVALHO et al., 2012).

Trabalhadores que, na condição de “sujeitos” que buscam sentido no trabalho, não devem ser encarados de forma funcionalista, como meros “recursos” (ainda que humanos) equiparáveis a outros materiais (equipamentos, insumos, etc.), e tão pouco exclusivamente como “força” produtiva, anônima, indiferenciada, subordinada a fenômenos do mundo do trabalho, tais como emprego, assalariamento, vínculo laboral, etc. (ASSUNÇÃO et al., 2007).

Esses “sujeitos-trabalhadores” nos remetem a uma determinada concepção de “subjetividade”, aqui entendida a partir das relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividades e trabalho, que cada indivíduo estabelece com a totalidade em que vem a ser, incluindo a si próprio, e que fazem dele um sujeito (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Relações por meio das quais eles se constituem enquanto seres singulares, em que a existência do indivíduo, a construção de sua própria identidade, dá-se nas vivências sociais, nos reconhecimentos e nas resistências que cada um experimenta nos encontros com outros sujeitos (AYRES, 2001, 2004). Subjetividade que, então, passa a estar atrelada a uma dimensão de construção mútua e contínua de identidades, melhor designada pela idéia de “intersubjetividade” (AYRES, 2001, CARVALHO et al., 2012).

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde apresenta uma dupla especificidade, sendo, simultaneamente, ação produtiva e interação social, na qual o cuidado é produzido a partir das interações entre trabalhadores da saúde e usuários (CARVALHO et al., 2012). Dinâmica em que:

“[...] o trabalho como ação produtiva está pautado na ação instrumental, baseada em regras técnicas com uma racionalidade dirigida a fins - a produção, mas imediatamente desdobra-se em interação social, realizando-se como ação comunicativa sobre a qual se apóia o entendimento entre os sujeitos envolvidos em diferentes momentos do processo de trabalho” (CARVALHO et al., 2012, tela 6).

Para Ayres (2001, 2009), 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.

De tal forma que em cada equipe de ESF, os trabalhadores tanto operam tecnologias de cuidado instruídas pela PNAB quanto constroem mediações entre sujeitos, adaptando as configurações tecnológicas do trabalho aos problemas e às necessidades da população do território adscrito, assim como às possibilidades da própria equipe. Tecnologias que, portanto, ao serem utilizadas na produção de ações de saúde, envolvem aspectos técnicos, de aplicação de conhecimentos científicos, mas também escolhas e decisões sobre que intervenções podem e devem ser feitas, as quais são pautadas no que querem, são e fazem os sujeitos-trabalhadores e os sujeitos-usuários a quem tais ações são dirigidas (AYRES, 2004).

Assim, em cada equipe de ESF, os trabalhadores podem atuar ora como meros instrumentos da técnica, reproduzindo as necessidades de saúde e as formas como se organizam para atendê-las, ora como sujeitos, portadores de projetos próprios, protagonistas, dotados de certa autonomia para, nas interações entre si e com os usuários, conceber novas necessidades e transformar os modos de articular os processos de trabalho e de intervir sobre os problemas de saúde (LIMA, 2001; CARVALHO et al., 2012).

3.3 INTEGRALIDADE: NECESSIDADES, FINALIDADES, ARTICULAÇÕES E INTERAÇÕES NO CUIDADO EM SAÚDE

Dentre os princípios doutrinários do SUS, o da “integralidade” talvez seja aquele que mais traduz o desafio de transportar os valores de justiça, de democracia e de efetividade do acesso à saúde, balizadores da organização do sistema, para o núcleo tecnológico das práticas de saúde (AYRES, 2009). Consubstanciada com os princípios da “universalidade”, que estabelece que todas as pessoas, sem distinções de qualquer natureza, devem ter acesso ao SUS, e da “equidade”, que exige o reconhecimento da desigualdade e da diversidade de condições de vida da população brasileira e a importância de oferecer respostas adequadas às necessidades de saúde de cada indivíduo, a “integralidade” nos impulsiona a definir “o que” e “como” pode ser feito para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009).

Dentre os diversos sentidos da integralidade como princípio norteador da organização tecnológica das ações de saúde no SUS, cuja discussão aprofundada transcenderia o escopo desse estudo, destaca-se a não fragmentação da atenção à saúde, o respeito aos sujeitos e seus direitos, o olhar às especificidades das necessidades de indivíduos e de comunidades, a busca por interações intersubjetivas democráticas e dialógicas, a interação entre saberes e práticas dos diversos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, e a articulação de diferentes profissionais, serviços e setores relacionados à construção de um cuidado efetivo em saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Sentidos contemplados, em maior ou menor grau, na PNAB, cujos princípios e diretrizes buscam a integralidade da atenção a partir das seguintes dimensões:

“[...] integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção” (BRASIL, 2012, p. 21-22).

Para Ayres (2009), qualquer tentativa de dar um sentido único à integralidade limita a diversidade de movimentos que se orientam por esse princípio, mas propõe que ela seja apreendida a partir de quatro eixos interdependentes em que é possível identificar impulsos que têm feito “[...] dialogar diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde” (AYRES, 2009, p. 14):

(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 / sofrimentos e recuperação da saúde / reinserção social, de modo a não segmentá-las 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.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Dados os objetivos e a perspectiva teórico-conceitual da pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa (DENZIN; LINCOLN, 2011; BOSI, 2012), do tipo descritivo-exploratório (TOBAR; YALOUR, 2001), considerada apropriada à nossa pretensão de compreender tanto “[...] as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 197) que os indivíduos constroem no cotidiano do trabalho em saúde. Adequada, portanto, à descrição dos processos de trabalho e de suas características em um contexto específico, assim como à interpretação dos significados que tais processos adquirem para aqueles que os vivenciam (TURATO, 2005), ou seja, para os trabalhadores que atuam na ESF.

Trata-se de um estudo de caso, método de pesquisa que foi escolhido por permitir a investigação de um fenômeno contemporâneo (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 diversas variáveis de interesse (YIN, 2015).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um município do estado do Espírito Santo (ES), Brasil. A escolha do local foi motivada pela adesão do município ao PMM ainda em 2013, assim como pelo recebimento e pela permanência de médico(s) cubano(s) desde 2014. Além disso, as características do município (pequeno porte, majoritariamente rural, situado no interior do ES), bem como seu histórico de dificuldade para a fixação e de alta rotatividade de médicos na AB-ESF (inclusive com a existência de equipes desprovidas desses profissionais por períodos que variavam de semanas a meses), eram condizentes com aquelas dos municípios prioritários para o PMM.

A unidade de análise adotada foi uma equipe de ESF em que atua uma médica cubana. Além da presença da mesma, outros critérios definiram a escolha da equipe, a saber: (I) possuir a mesma equipe mínima (à exceção do profissional médico) atuando há, pelo menos, um ano antes da inclusão da médica estrangeira; (II) território de abrangência da equipe 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 equipe de ESF.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu mediante autorização prévia do município, representado na figura do secretário municipal de saúde (APÊNDICE A).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Quanto aos participantes da pesquisa, foram selecionados todos os membros da equipe mínima de ESF em que atua a médica cubana, dentre os quais a própria profissional estrangeira, uma enfermeira (ENF), uma técnica de enfermagem (TE) e sete agentes comunitárias de saúde (ACS).

Os membros da equipe de ESF foram convidados a participar do estudo pelo pesquisador, sendo incluídos apenas após leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICES B e C). Apenas uma das ACS da equipe não foi incluída no estudo, devido a afastamento prolongado do trabalho por motivo de doença.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA PRODUÇÃO DE DADOS

4.4.1 Técnicas e instrumentos

No processo de produção dos dados empíricos, utilizamos tipos distintos de técnicas e de instrumentos, aplicados de forma isolada ou conjugada, a depender de cada objetivo específico do estudo. Nesse sentido, foram

empregadas as técnicas de *observação participante* (ANGROSINO, 2009; FERNANDES; MOREIRA, 2013), de *entrevista em profundidade* (JOHNSON, 2001; LEGARD; KEEGAN; WARD, 2003) e de *grupo focal* (BARBOUR, 2009; TRAD, 2009).

Considerando as limitações inerentes à entrevista e ao grupo focal para compreender a dinâmica de interação e de influência recíproca, nos processos de trabalho da equipe de ESF, entre a médica cubana, os profissionais de saúde brasileiros e os usuários, optamos por associá-las à observação participante, técnica que possibilita a compreensão daqueles fenômenos que não podem ser registrados apenas com o auxílio de questionários ou de outros documentos, mas que “[...] devem ser observados em sua plena realidade” (MALINOWSKI, 1978, p. 29).

Fenômenos que Malinowski (1978) denominou de *imponderáveis da vida real*, representados, em uma leitura contemporânea, por aqueles “[...] gestos que não têm concretude ou substancialidade imediata, mas que portam significados consistentes para a compreensão de aspectos culturais do grupo estudado” (FERNANDES; MOREIRA, 2013, p. 518). No caso de nossa pesquisa, podendo ser exemplificados pela forma como, durante os processos de trabalho, a médica cubana interagia com os usuários e com os demais membros da equipe de ESF. E vice-versa.

Segundo Fernandes e Moreira (2013), a observação participante pressupõe a interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto em que eles vivem (e no qual eles trabalham, pode-se acrescentar), logo, a técnica foi empreendida nos mais diversos momentos em que ocorrem os processos de trabalho da equipe de ESF, incluindo consultas médicas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, etc. Durante os períodos de observação, as impressões do pesquisador foram registradas sob a forma de notas em um diário de campo.

Para fins de direcionamento da observação, utilizou-se um roteiro baseado em elementos sugeridos por Becker (1993) e Souza et al. (2005): (I) quem são os

membros da equipe de ESF; (II) quais as práticas assistenciais desenvolvidas por cada um de seus membros, individualmente e/ou em interação com o resto da equipe; (III) como os processos de trabalho da equipe estão organizados nas unidades de saúde; (IV) quais os tipos de tecnologias predominantes nos processos de trabalho da equipe, inclusive da médica cubana; (V) como os membros da equipe se relacionam uns com os outros e com as comunidades por eles assistidas; (VI) como se caracterizam as relações hierárquicas (ex: enfermeira e médico, médico e agentes comunitários de saúde), entre pares (ex: profissionais brasileiros entre si) e entre profissionais de distintas nacionalidades nos processos de trabalho da equipe; (VII) quais as inconsistências entre o que é dito e o que é realizado (APÊNDICE E).

De acordo com Legard, Keegan e Ward (2003), as características da entrevista em profundidade, sobretudo o fato de combinar *estrutura* (determinados tópicos a serem abordados) e *flexibilidade* (maior liberdade para que entrevistador e entrevistado interajam na construção dos dados), possibilitam ao pesquisador explorar fatores subjacentes às respostas obtidas, tais como razões, sentimentos, opiniões e crenças. Assim, julgamos a modalidade mais adequada para identificar os significados atribuídos pela médica cubana aos processos de trabalho na ESF (inclusive sobre as eventuais transformações nos mesmos), quando comparada às entrevistas fechada e semiestruturada.

A entrevista foi guiada por um roteiro contendo tópicos amplos como: (I) a organização da APS no sistema de saúde cubano; (II) a formação médica em Cuba e a prioridade da medicina de família; (III) os processos e as tecnologias de trabalho médico na APS cubana; (IV) Cuba e a cooperação internacional em saúde; (V) a chegada da médica cubana no Brasil e no município em que o estudo foi realizado; (VI) a inserção da médica cubana nos processos de trabalho da equipe de ESF; (VII) as interações da médica cubana com os usuários e com os demais profissionais da equipe de ESF; (VIII) os significados atribuídos pela médica cubana aos processos de trabalho na ESF; (IX) interferência do processo de trabalho da médica cubana na equipe de ESF; e (X) interferência da equipe de ESF no processo de trabalho da médica cubana (APÊNDICE F).

Em virtude da abrangência dos tópicos e, por conseguinte, da perspectiva de longa duração da entrevista, fez-se a opção por subdividi-la em dois encontros, os quais totalizaram 01h00min41s e 48min02s, respectivamente. As falas da entrevistada foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelo pesquisador. Além disso, os tópicos do roteiro sofreram acréscimos de questões emergentes das falas da entrevistada e de observações realizadas pelo pesquisador.

Para identificarmos os significados atribuídos pelos profissionais de saúde brasileiros aos processos de trabalho na ESF e para compreendermos a influência da médica cubana nos sentidos e na dinâmica dos mesmos, complementamos a observação participante com a técnica de *grupo focal* (BARBOUR, 2009; TRAD, 2009). Para Trad (2009), por se tratar de uma forma de entrevista com grupos, baseada na comunicação e na interação entre os participantes selecionados, o grupo focal proporciona a compreensão de percepções, de crenças e de atitudes sobre o tema delimitado pelo pesquisador, o que se coaduna a esses objetivos específicos do estudo.

O grupo focal contaria com a participação dos demais membros da equipe em que atua a médica cubana (à exceção da própria médica), preferencialmente com a presença de um representante de cada categoria profissional que constitui a equipe mínima de ESF (quais sejam: enfermeira, técnica ou auxiliar de enfermagem e ACS). Reconhecendo-se a possibilidade de que nem todos os membros da equipe pudessem (ou aceitassem) participar, tal medida visava diversificar os pontos de vista em relação às questões a serem abordadas.

Entretanto, antes que o grupo focal pudesse ser realizado, a enfermeira da equipe teve seu contrato de trabalho encerrado e foi substituída por outra profissional. Considerando a importância da visão da primeira para a compreensão da dinâmica dos processos de trabalho na equipe antes e após a inserção da médica cubana (dada sua função de coordenadora do trabalho e sua longa convivência com os membros da equipe, inclusive com a profissional estrangeira), e haja vista a dificuldade para conciliar sua presença nas datas programadas para o grupo focal (o mesmo precisou ser reagendado em mais

de uma ocasião, em virtude de sua ausência), optou-se por modificar a composição original do grupo, realizando-o sem a participação dessa profissional. Com a concordância da mesma, substituímos sua participação no grupo por uma entrevista em profundidade.

De modo que o grupo focal foi composto por sete participantes (seis ACS e uma técnica de enfermagem), com duração de 48min46s. Para a condução do grupo, foi utilizado um roteiro constituído por uma pergunta-disparadora e por tópicos referentes à dinâmica de interação entre a médica, os demais membros da equipe e os usuários (APÊNDICE G), acrescidos de questões oriundas dos períodos de observação participante e da entrevista com a médica. As falas dos participantes do grupo focal foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelo pesquisador.

Finalmente, foi realizada a entrevista em profundidade com a enfermeira, em um único encontro, com duração de 29min59s, para a qual fizemos uso do mesmo roteiro orientador do grupo focal. Em conformidade com o realizado na entrevista com a médica e no grupo focal, as falas da enfermeira foram gravadas em áudio e transcritas pelo pesquisador.

4.4.2 Operacionalização do trabalho de campo

Considerando os objetivos do estudo e as técnicas empregadas durante o trabalho de campo, a produção dos dados empíricos foi operacionalizada em quatro momentos:

1ª MOMENTO – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:

Consistiu na abordagem dos membros da equipe de ESF, por meio da qual apresentei, em linhas gerais, o estudo e os convidei a participar do mesmo. Neste momento, solicitei que me autorizassem a acompanhá-los e a observá-los em suas atividades cotidianas de trabalho na ESF. Uma vez que obtive a autorização, teve início a observação participante, sendo definidos, em comum acordo com os membros da equipe de ESF, os períodos e as atividades em

que essa seria realizada. Reitera-se que a observação participante contemplou diversos momentos e locais em que ocorrem os processos de trabalho da equipe de ESF, dentro e fora da unidade de saúde, incluindo consultas médicas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, etc.

2ª MOMENTO – ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE (MÉDICA):

A partir da análise preliminar dos dados produzidos na observação participante, foi realizada a entrevista em profundidade com a médica cubana. A opção por realizar a entrevista apenas após períodos de observação participante teve como intenção enriquecê-la com situações identificadas durante as observações, as quais foram compartilhadas entre o pesquisador e a médica cubana. A entrevista ocorreu em ambiente externo à unidade de saúde, em local escolhido pela entrevistada.

3ª MOMENTO – GRUPO FOCAL:

Neste momento, a análise dos dados produzidos nas fases preliminares foi complementada com a realização do grupo focal. O grupo focal foi organizado mediante contato prévio entre o pesquisador e os profissionais envolvidos, sendo realizado fora do horário de trabalho da equipe, de modo a evitar prejuízos à assistência da população. Assim como a entrevista com a médica cubana, o grupo focal foi realizado em ambiente externo à unidade de saúde, em local definido, em comum acordo, entre o pesquisador e os participantes do estudo.

4ª MOMENTO – ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE (ENFERMEIRA):

Pelas razões expostas previamente, a entrevista com a enfermeira se constituiu na última etapa da produção dos dados empíricos. A entrevista foi organizada após contato preliminar entre o pesquisador e a enfermeira, tendo ocorrido em local escolhido pela entrevistada.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o processo de análise dos dados empíricos, adotamos uma abordagem integrada das notas do diário de campo e das transcrições das entrevistas e do grupo focal, o que exigiu conjugações e adaptações em procedimentos propostos por diferentes autores do campo da pesquisa qualitativa (BECKER, 1993a; GIBBS, 2009; MINAYO, 2012).

Prática recomendada por Gibbs (2009), a análise do material empírico ocorreu paralelamente à sua produção, de forma sequencial:

“[...] enquanto o pesquisador ainda está coletando seus dados. Isto tem duas consequências óbvias: a coleta ulterior de dados toma sua direção a partir de análises condicionais; e o montante e o tipo de análise condicional realizado são limitados pelas exigências da situação do trabalho de campo [...]” (BECKER, 1993a, p. 49).

As etapas da análise seguiram uma sequência baseada na proposta de Minayo (2012): (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 conforme as disposições da PNAB, que servissem de marcadores da organização tecnológica dos processos de trabalho da equipe: (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 quatros eixos da integralidade do cuidado em saúde propostos por Ayres (2009).

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos foram observados em todas as etapas do estudo, em concordância com as normas e as diretrizes da Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Conforme assinalado anteriormente, o início da pesquisa dependeu de aceitação prévia por parte da gestão municipal e a inclusão dos participantes esteve condicionada à aceitação e à assinatura de TCLE. Garantiu-se o anonimato e a confidencialidade aos participantes da pesquisa, sendo adotados pseudônimos quando foram feitas quaisquer referências a pessoas e/ou a lugares.

Como forma de diminuir os riscos de que os envolvidos nas atividades observadas fossem submetidos a constrangimentos e/ou a coerções de quaisquer naturezas, o pesquisador apenas acompanhou os profissionais de saúde em seus processos de trabalho, sem interferência direta ou participação ativa, sempre com a anuência – através de leitura e de assinatura de TCLE – dos mesmos (APÊNDICES B e C) e também dos usuários (APÊNDICE E) assistidos pela equipe de ESF durante as referidas atividades.

As entrevistas e o grupo focal foram realizados resguardando a privacidade dos profissionais de saúde, através da utilização de salas privativas, em ambiente externo às dependências da unidade de saúde, em locais escolhidos pelos respectivos participantes. Além disso, foram realizados fora do horário de trabalho da equipe de ESF, de modo a evitar prejuízos na assistência à população. Em relação à logística para realização das entrevistas e do grupo focal, deu-se preferência a locais próximos ao serviço de saúde e/ou às residências dos profissionais envolvidos, sendo que os ônus de deslocamento foram assumidos integralmente pelo pesquisador. Quanto às gravações em áudio das entrevistas e do grupo focal, foram destruídas após transcrição pelo pesquisador.

O projeto de pesquisa que originou esta dissertação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo aprovado com nº CAAE 60943416.1.0000.5060/2016.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO - 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.

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 um município do estado do Espírito Santo, Brasil, mediante utilização de observação participante, de entrevistas em profundidade e de 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.

Palavras-chave: 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 of the data was based on theories of the work process and the intersubjective production of health care. The 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.

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

INTRODUÇÃO

A “Estratégia Global Sobre Recursos Humanos em Saúde: Força de Trabalho 2030”, produzida pela Organização Mundial da Saúde¹, representa o marco mais 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 desenvolvimento²⁻⁴.

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 Coletiva⁵.

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 país⁸⁻¹⁰.

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 Brasil⁷, 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 AB¹². 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 AB¹³.

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 AB¹². 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 Cuba¹⁴.

Contudo, apesar dos êxitos iniciais do provimento emergencial na redução da escassez de médicos na AB^{13,15} e na ampliação das equipes de ESF¹⁶, o que

fez com que fosse amplamente aprovado pela população¹⁷ e por gestores municipais¹⁸, 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 AB²¹, sendo essa última questão ainda pouco explorada na produção científica sobre o PMM²².

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}, mediante a incorporação de aportes conceituais que reconheçam o caráter dinâmico, relacional e intersubjetivo do cuidado em saúde²⁸⁻³⁰.

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-social²⁴. 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 necessidades²⁴. 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 mesmo²⁵.

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 saúde²⁷. Horizonte discursivo que, ainda que instrua a ESF como modelo de organização tecnológica da AB, abre-se para possíveis transformações em seu devir 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 saúde²⁸⁻³⁰.

Reconhecendo a diversidade de sentidos da integralidade como princípio norteador da organização tecnológica das ações de saúde no SUS²⁷, apreendemos a produção do cuidado integral na ESF a partir de quatro eixos interdependentes propostos por Ayres²⁶:

(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 / sofrimentos e recuperação da saúde / reinserção social, de modo a não segmentá-las 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.

METODOLOGIA

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 interesse³¹. 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 uso das técnicas de observação participante, de entrevista em profundidade e de grupo focal. Foram observadas e registradas em um diário de campo, aproximadamente, 60 horas de atividades dos membros 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. 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.

Tanto as entrevistas quanto o grupo focal foram guiados por roteiros contendo tópicos sobre a inserção da MC e as mudanças na organização e na dinâmica dos processos de trabalho na EqSF, acrescidos de questões identificadas durante a observação. As falas oriundas das entrevistas e do grupo focal foram gravadas em áudio e transcritas pelo pesquisador.

As etapas da análise seguiram uma sequência baseada na proposta de Minayo³²: (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 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 quatros eixos da integralidade do cuidado em saúde propostos por Ayres²⁶.

Os princípios éticos foram observados em todas as etapas do estudo, conforme a Resolução Nº 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 nº CAAE 60943416.1.0000.5060/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território adscrito à EqSF abrange uma população de, aproximadamente, 2.500 habitantes, distribuídos em pequenas comunidades de produtores rurais, sobretudo famílias de descendência alemã. Apenas uma pequena porção do território fica localizada no perímetro urbano central do município; a maior parte é constituída por comunidades rurais, dispostas em um espaço geográfico montanhoso e acesso exclusivamente por estradas sem pavimentação.

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

Conforme já assinalado, todas as componentes da EqSF (inclusive a ACS que não participou do estudo e a própria MC) são do sexo feminino, com idades entre 24 e 49 anos, e tempo de atuação na APS superior a um ano (a maioria com mais de cinco anos de experiência). Dentre as ACS, todas realizaram curso de treinamento para a função, três possuem escolaridade de nível superior (enfermagem, administração e serviço social), uma com pós-graduação em APS e quatro com formação técnica em enfermagem. No caso da MC, esta possui pós-graduação em APS (em Cuba denominada de “Medicina Geral e Integral”), tempo de atuação profissional superior a dez anos e experiência prévia em missão médica na Venezuela, onde permaneceu durante cinco anos, exercendo funções de assistência à população, de reorganização do sistema de saúde e no treinamento de médicos locais para o trabalho na APS.

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.

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 população³³.

“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 madrasta. A madrasta 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 madrasta 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 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 coletivo¹¹, 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 o desenvolvimento de respostas adequadas às mesmas.

Uma das possíveis justificativas para esse cenário é a limitação de espaços instituídos na EqSF para discussão e planejamento de ações que integrem os saberes e as práticas dos diferentes profissionais em torno de projetos assistenciais comuns, tanto aqueles de amplitude coletiva quanto de casos específicos que necessitem de cuidados singulares. Planejamento em saúde que tem sido apontado como uma tecnologia fundamental para a qualificação do trabalho na ESF³⁴.

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 de que 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 Norman³⁵, 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 equipe³⁶.

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 PNAB¹¹, 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 grande parte do seu tempo com questões administrativas e restringe o potencial cuidador inerente à profissão³⁸. Mas também à 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 ESF⁹.

“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 PNAB¹¹

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 saúde⁸⁻¹⁰.

“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 saúde²⁹.

“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 usuários²⁹.

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 profissionais²⁸. Dinâmica que, mesmo baseada em relações horizontais e cordiais, como na EqSF, exige negociações e a busca por consensos entre os profissionais³⁰.

“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 onde trabalhadores e usuários possam discutir, planejar e construir, conjuntamente, 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de uma iniciativa governamental de tamanha amplitude e complexidade como o 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 busquem também explorar questões mais singulares e menos visíveis, dentre as quais incluímos os efeitos do programa nos processos de trabalho e de cuidado na AB-ESF.

Nessa direção, o presente estudo se propôs a analisar, a partir de um dos eixos do PMM (provimento emergencial de médicos), limites e possibilidades para que os médicos cubanos contribuam para o enriquecimento das práticas de cuidado integral nas equipes de ESF. Contudo, por se tratar de um enfoque ainda pouco explorado na produção científica sobre o tema, optamos por um estudo de caso único, tipo de pesquisa que, apesar de suas reconhecidas limitações em termos de generalização de resultados, possibilitou a identificação de questões relevantes para reflexões e investigações futuras.

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.

Esperamos que esses resultados estimulem novos estudos acerca do PMM no campo da Saúde Coletiva, contribuam para o intercâmbio de conhecimentos relativos aos processos de trabalho na AB-ESF e ofereçam subsídios para o aprimoramento do programa e do cuidado em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(10):1924-1926.
3. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014; 370(10):950-957.
4. Portela, GZ, Fehn, AC, Ungerer, LRS, Dal Poz, MR. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(7): 2237-2246.
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, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 611-623.
6. Scheffer M, coordenador. *Demografia Médica no Brasil 2015*. 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):1165-1180.

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):221-232.
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):1869-1878.
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):1499-1509.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 21 out 2011.
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*, 23 out 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: MS; 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):2925-2933.
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):2675-2684.
16. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, Neto, PMS. A ampliação das equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab. Educ. Saúde.* 2017; 15(1):131-145.
17. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann HM, Bargioni F, Ramirez L et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2749-2759.
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. *Saúde 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):2655-2663.
20. Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2664-2666.
21. Melo EA. O que pode o Mais Médicos? *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2672-2674.
22. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(9):2785-2796.

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; 1992. [Cadernos CEFOR – Textos 1]
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. *Saude 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. *Cienc Saude 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* [periódico na Internet]. 2012 jan-Fev [acessado 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. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):621-626.
33. Santos JBF, Maciel RHMO, Lessa MGG, Maia ALLN. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saude Soc*. 2016; 25(4):1003-1016.
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):537-548.
35. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc*. 2014; 23(3):869-883.
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):165-179.
37. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-109.
38. Lima RCD. Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes; 2001.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“[...] Se a um novo modelo se vier a aderir, por suas potencialidades, será apenas em sua dimensão de utopia produtiva, projeto concebido a partir das características objetivas do presente, onde convivem o futuro, enquanto potencialidade imanente, e o passado, enquanto inércia produtiva. [...] Nesse sentido preciso, um ‘modelo’ é um ideal, mas um frágil ideal que se burocratiza e esteriliza quando tecnicamente despolitizado, quer por seus opositores, quer sobretudo por seus defensores” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 365).

Os caminhos a que fui conduzido pela análise do PMM que agora concluo, de certa forma, colocaram-me na interseção de reflexões que transcenderam, inclusive, os eixos e as ações contemplados pelo programa. Embora os objetivos do estudo fossem analisar a inserção do médico cubano na ESF e seus efeitos nos processos de trabalho e na produção do cuidado integral em saúde, essas questões também me levaram a refletir sobre o real alcance da matriz teórico-operacional do nosso modelo de AB.

Em outras palavras: ao realizar um recorte analítico de uma das dimensões do PMM (provimento emergencial de médicos estrangeiros), acabei por identificar no médico cubano (ou, no caso em questão, na médica cubana) uma figura que, direta ou indiretamente, aglutina em torno de si algumas das tensões e dos desafios que se apresentam ao “modelo” (no sentido defendido por Mendes-Gonçalves e Ayres) de AB materializado na ESF.

Se por um lado, parecem inquestionáveis os avanços proporcionados pelo PMM na redução da escassez de médicos na AB, na distribuição mais equânime de profissionais nas diversas regiões geográficas do país e na ampliação das equipes de ESF, por outro, os elevados graus de satisfação da população e de gestores municipais com o programa não devem ser encarados como indicadores absolutos de seu sucesso. E, por conseguinte, de que o PMM se encontre imune a um escrutínio crítico que busque identificar fragilidades que comprometam tanto o alcance de seus objetivos quanto suas sinergias com os princípios e as diretrizes da ESF, da PNAB e do próprio SUS.

Nesse sentido, embora não seja minha intenção questionar os méritos do PMM como estratégia de expansão da disponibilidade e da acessibilidade à assistência médica no SUS, e tão pouco tenha a pretensão de, a partir de um estudo de caso, esgotar discussões e oferecer respostas que se apliquem aos diferentes contextos e realidades em que o programa foi implantado, parece-me que os resultados desta pesquisa apontam algumas questões que merecem análises mais amplas e aprofundadas.

Considerando o recente processo de revisão da PNAB (ainda não concluído no momento em que escrevo estas linhas), realizado em um contexto socioeconômico e político de deterioração das condições de vida dos brasileiros e de fragilidade do SUS (e de outras políticas sociais), torna-se fundamental compreender até que ponto a mera ampliação do número de médicos (brasileiros e/ou estrangeiros), mesmo que amplamente qualificados para atuação na AB (caso dos médicos cubanos, por exemplo), é suficiente para que a AB-ESF alcance, de fato, a integralidade do cuidado em saúde.

Os achados do estudo indicam que, ainda que a presença da médica cubana na AB tenha proporcionado avanços na ampliação, na diversificação e na continuidade de ações assistenciais, bem como no fortalecimento dos vínculos entre equipe e usuários, sobretudo das relações médico-usuário, persistem 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. Características que, em conjunto, restringem ainda mais a perspectiva da integralidade na AB.

Além disso, no caso analisado, a inserção do médico cubano não conseguiu impedir que os processos de trabalho da equipe de ESF apresentassem uma postura meramente reativa às demandas da população. O que pode ser atribuído, em parte, ao dimensionamento territorial e populacional da equipe, mas também à virtual inexistência de ações que buscassem reconhecer os problemas e as necessidades de saúde mais prevalentes no território e, assim, planejar e desenvolver respostas adequadas às suas especificidades.

Cabe ainda ressaltar que, embora sejam aspectos alheios aos objetivos e às ações do PMM, foi possível identificar que a formação inadequada dos profissionais não médicos para o trabalho na AB, o relativo isolamento da AB em relação aos demais níveis de atenção à saúde e a inexistência de políticas públicas intersetoriais que incidam sobre determinantes e condicionantes do processo saúde-doença também representam fatores limitantes do cuidado integral em saúde na ESF.

Espero que este estudo estimule reflexões e investigações futuras, sugerindo “[...] caminhos para discutir e implantar mudanças nos processos de trabalho, de tal modo que essa prática fundamental, o trabalho, possa fundamentar objetivamente as opções de militância que o homem se coloca para a vida” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 373). Caminhos que possam, também:

(I) ampliar o debate sobre o PMM no campo da Saúde Coletiva, aproximando-o do cotidiano dos trabalhadores de saúde e da sociedade brasileira em geral;

(II) contribuir para o intercâmbio de experiências e de conhecimentos acerca dos processos de trabalho na AB-ESF, de forma a promover seu alinhamento às necessidades da população brasileira e dos próprios trabalhadores; e

(III) discutir os limites e as possibilidades do PMM para reorientar a prática médica e para fortalecer a AB no SUS, oferecendo subsídios para o aprimoramento do programa e da produção do cuidado em saúde no Brasil.

“Estou só, arrumo a flor de cinzas
no vaso cheio de maduro negrume. Boca-irmã,
falas uma palavra que sobrevive diante das janelas,
e escala muda o que sonhei, em mim.

Eis-me na flor da hora murcha
e poupo uma resina para um pássaro tardio:
ele traz o floco de neve na pluma vermelho-vida;
um grãozinho de gelo no bico, e atravessa o verão”.

Paul Celan
Estou Só
(CELAN, 1999, p. 39).

9 REFERÊNCIAS

AGEE, J.; EVANS, W. **Elogiemos os homens ilustres**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ALVES, S. M. C. et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2223-2235, 2017.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa)

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ASSUNÇÃO, A. A. et al. Recursos humanos e trabalho em saúde: desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, p. S193-S201, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, sup. 2, p. 11-23, 2009.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Org.). **Saúde, Sociedade e História**: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa)

BECKER, H. S. Observação social e estudos de caso sociais. In: BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1993, p. 117-133.

_____. Problemas de inferência e prova na observação participante. In: BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1993a, p. 47-64.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde na Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

_____. 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.

_____. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 27 mar. 2006. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>.

Acesso: 2 jun. 2016.

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies of health: lessons from Brazil. **Human resources for Health**, v. 9, n. 17, 2011. Disponível em: <<https://human-resourceshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-9-17>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

CAMARGO JR, K. R. A Biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, sup. 15, p. 177-201, 2005.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 641-642, 2015.

CAMPOS, G. W. S. et al. Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 261-266, 2016.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CELAN, P. **Cristal**. São Paulo: Iluminuras, 1999.

COMES Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. s7-s27, 2008.

CORTÁZAR, J. **Aulas de literatura**: Berkeley, 1980. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CRISP, N.; CHEN, L. Global supply of health professionals. **N. Engl. J. Med.**, Massachusetts, v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am. J. Public Health.**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

CYRINO, E. G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 5-6, 2015.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction - The discipline and practice of qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **The SAGE Handbook of qualitative research**. 4. ed. Thousand Oaks, California: SAGE, 2011, p. 1-19.

DESLANDES, S. F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, p. 31-60.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-223.

DICKENS, C. **A Tale of Two Cities**. Oxford: Oxford University Press, 2008. (Oxford World's Classics)

DOMÍNGUEZ-ALONSO, E.; ZACCA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud Publica Mex.**, v. 53, sup. 2, p. s168-s176, 2011.

DRESANG, L. T. et al. Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. **J. Am. Board. Fam. Pract.**, v. 18, n. 4, p. 297-303, 2005.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Human resources for Health**, v. 1, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC166115/>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica / Pan. Am. J. Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

GALAVOTE, H. S. et al. A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa)

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A universal truth: no health without a workforce**. Geneva: World Health Organization, 2013.

GONÇALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, v. 33, n. 3, p. 382-392, 2009.

JOHNSON, J. M. In-depth interview. In: GUBRIUM, J. F.; HOLSTEIN, J. A. (Ed.). **Handbook of interview research: context and method**. Thousand Oaks, California: SAGE, 2001, p. 103-119.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016.

KECK, C. W.; REED, G. A. The curious case of Cuba. **Am. J. Public Health**, v. 102, n. 8, p. e13-e22, 2012.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 22785-2796, 2016.

KRISTEVA, J. **Estrangeiros para nós mesmos**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEAL, M. B.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 16, n. 40, p.53-65, 2012.

LEGARD, R.; KEEGAN, J.; WARD, K. In-depth interviews. In: RITCHIE, J.; LEWIS, J. (Ed.). **Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers**. Thousand Oaks, California: SAGE, 2003, p. 138-169.

LIMA, R. C. D. **Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: Edufes; 2001.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACHADO, M. H. Os trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N. T. (Org.). et al. **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 257-281.

MAGNO, L. D.; PAIM, J. S. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. **RECIIS - Rev. Eletron. de Comun. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1-14, 2015.

MALINOWSKI, B. K. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. 2. ed. São Paulo: Abril-Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores)

MÁRQUEZ, M. Health-workforce development in the Cuban health system. **The Lancet**, London, v. 374, n. 9701, p. 1574-1575, 2009.

MATTOS, R. A. Ciência, metodologia e trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ENSP/FIOCRUZ, 2011. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?page_id=346>. Acesso em: 2 jun. 2016.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ENSP/FIOCRUZ, 2011. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?page_id=346>. Acesso em: 2 jun. 2016.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos? **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2672-2674, 2016.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1)

_____. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Org.). **Saúde, Sociedade e História**: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 298-374.

_____. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “razão e planejamento”. In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 13-31.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2016.

MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.

MOLINA, J. et al. O Programa Mais Médicos e as redes de atenção à saúde no Brasil. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 190-201, 2014.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016.

MOLINA, J. et al. More Doctors Programme and the strengthening of Primary Health Care in Brazil: reflections from the monitoring and evaluation on the More Doctors Cooperation Project. **Qual. prim. care**, v. 25, n. 2, p. 50-54, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-4, 2017.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, A. P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, sup. 1, p. 205-218, 2015.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, 2014.

PINTO, I. C. M. et al. De recursos humanos a trabalho e educação em saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014a, p. 611-623.

PORTELA, G. Z. et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017.

SANTOS, J. B. F. et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003-1016, 2016.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: toward universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Org.**, v. 95, n. 2, p. 103-112, 2017.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 356-365, 2011.

_____. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHEFFER, M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 637-640, 2015.

_____. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, 2016.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. 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.

SCHRAIBER, L. B. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (Org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 33-57.

SILVA; L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Mais equipe de saúde no Brasil. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora, 2014, p. 629-668.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 133-156.

TASCA, R.; PÊGO, R. A. Entrevista: avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2917-2918, 2016.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNITED NATIONS. **Sustainable Development Goals - 17 Goals to Transform Our World**, 2015. Disponível em: <<http://www.un.org/sustainabledevelopment/>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

UNITED NATIONS OFFICE FOR SOUTH-SOUTH COOPERATION. **Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable**

Development. Disponível em: <http://ssc.undp.org/content/ssc/library/publications/books/good_practices_in_south_south_and_triangular_cooperation_for_sustainable_development.html> Acesso em: 7 ago. 2016.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 1494-1504, 2011.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. A política social brasileira em tempos de crise: na rota de um modelo social liberal privado? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2471-2474, 2015.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

WESTPHALEN, A. C.; STEFANI, S. D. More Doctors: thoughts about a controversial health care policy. **Value in Health Regional Issues**, v. 5, p. 75-77, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2006** – Working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: World Health Organization, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL

Vitória - ES, ____/____/____.

Aos responsáveis,

Vimos, por meio desta, solicitar a autorização dos gestores municipais para a realização da pesquisa intitulada **“O Programa *Mais Médicos* e os processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso”** (em anexo), a ser desenvolvida com uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município que conte com médico cubano vinculado ao Programa *Mais Médicos* (PMM).

Esclarecemos que a pesquisa será desenvolvida pelo mestrando Pablo de Almeida Boiteux, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima e do Prof. Dr. Thiago Dias Sarti, ambos vinculados à referida universidade.

A pesquisa tem como objetivo analisar os efeitos do PMM nos processos de trabalho de uma equipe de ESF, em um município do estado do Espírito Santo, Brasil.. Conforme destacado no projeto, o estudo envolve a realização de entrevistas (individual e em grupo) com os profissionais de saúde da equipe, assim como acompanhamento e observação dos processos de trabalho dos mesmos, atividades que serão realizadas de modo a minimizar quaisquer interferências no funcionamento dos serviços de saúde e na rotina de trabalho dos mesmos.

Neste sentido, solicitamos apenas que o pesquisador tenha acesso às dependências das unidades de saúde onde atuam a equipe e que possa acompanhar os profissionais durante a realização de suas atividades rotineiras na ESF, tais como consultas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, etc.

Destacamos, ainda, que a autorização municipal é condição imprescindível para que a referida pesquisa seja submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES, e que somente será realizada após a aprovação do mesmo.

Caso necessário, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos, agradecendo desde já a atenção e a colaboração.

Atenciosamente,

Pablo de Almeida Boiteux
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE): MÉDICO(A) CUBANO(A)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e caso aceite participar do estudo, assinarei no final deste documento, que possui duas vias: uma delas será minha e a outra será do pesquisador responsável. Se houver dúvidas sobre as informações presentes no documento, poderei solicitar esclarecimentos a qualquer momento da leitura.

Título da pesquisa

O Programa *Mais Médicos* e os processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.

Instituição Proponente da Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Pablo de Almeida Boiteux

Justificativa

O estudo se justifica pela possibilidade de contribuir para o intercâmbio de experiências e de conhecimentos relativos ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a promover seu alinhamento às necessidades da população brasileira e dos próprios trabalhadores, assim como para a melhoria do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo

Analisar os efeitos do PMM nos processos de trabalho de uma equipe de ESF, em um município do estado do Espírito Santo, Brasil.

Duração, procedimentos e local da pesquisa

Minha participação no estudo ocorrerá nos meses de janeiro a março de 2017, tendo como procedimentos: 1) observação de meu trabalho na equipe de ESF, através de acompanhamento de atividades realizadas na unidade de saúde (ex: consultas médicas, grupos terapêuticos, atividades de educação em saúde, reuniões de equipe, etc.) ou fora da mesma (ex: visitas domiciliares, atividades junto à comunidade, etc.), em dias previamente combinados com o pesquisador; e 2) entrevista individual, a ser realizada em ambiente externo às dependências da unidade de saúde, em local de minha preferência, com duração estimada de duas a quatro horas, fora do meu

horário de trabalho, de modo a evitar prejuízos na assistência à população. As falas durante as entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas pelos pesquisadores, sendo que os arquivos gravados serão destruídos após a transcrição. Em relação às observações dos pesquisadores, serão registradas em diário de campo.

Direito de recusa

Fui esclarecido(a) de que minha recusa não trará nenhum prejuízo à instituição e que tenho o direito de interromper livremente a minha participação ou retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização. Também fui esclarecido(a) de que, caso decida retirar meu consentimento, o pesquisador não terão mais qualquer contato comigo.

Autonomia

Estou ciente de que minha participação é livre e espontânea, portanto, posso me recusar: 1) a permitir a observação de determinadas atividades; e/ou 2) a responder a qualquer pergunta ou questão que achar (in)conveniente.

Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade

Fui esclarecido(a) de que as informações fornecidas ao pesquisador têm caráter confidencial, e de que ele se compromete a preservar minha identidade e o meu anonimato durante todas as fases da pesquisa, inclusive após sua publicação.

Beneficência

Os benefícios relacionados à minha participação na pesquisa são contribuições para o conhecimento e para a melhoria dos processos de trabalho e do cuidado em saúde no SUS. Além disso, os resultados estarão disponíveis e serão apresentados à equipe em que trabalho, podendo contribuir para a melhoria da atenção à saúde em nível local.

Risco/desconforto

Estou ciente de que esta pesquisa pode trazer como inconvenientes a ocupação de parte do meu tempo, para fins de que eu seja entrevistado(a). Na entrevista, serei convidado(a) a responder a perguntas e/ou refletir sobre questões que podem me ocasionar algum impacto emocional/psicológico. Neste sentido, caso necessário, a entrevista será interrompida (temporariamente ou em definitivo) e serei encaminhado(a) para atendimento por psicólogo disponível no município. Também estou ciente de que meu cotidiano de trabalho será observado pelo pesquisador, processo que ocorrerá com a minha anuência, sem que haja interferência direta ou participação ativa do pesquisador em minhas atividades na ESF.

Ressarcimento

Fui esclarecido(a) de que esta pesquisa não implica em despesas e também de que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Esclarecimentos de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa:

Rita de Cássia Duarte Lima: (27) 99961-1658 - ritacd@uol.com.br
Thiago Dias Sarti: (27) 99992-6884 - thiagosarti@yahoo.com.br
Pablo de Almeida Boiteux: (27) 99291-9662 - paboiteux@hotmail.com

Caso não consiga, poderei entrar em contato com o próprio Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Telefone: 3335-7211 – Endereço: Av. Marechal Campos, nº 1468, Maruípe, Vitória/ES – www.ccs.ufes.br/cep.

Conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o TCLE é emitido em duas vias, ficando uma em posse do participante e a outra em posse do pesquisador.

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados e me sinto esclarecido(a) a respeito da pesquisa, e é por minha livre vontade que aceito participar e autorizo a divulgação dos resultados, nos termos dispostos acima.

Vitória, ____ de _____ de ____

Participante da Pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “O PROGRAMA *MAIS MÉDICOS* E OS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO”, eu, PABLO DE ALMEIDA BOITEUX, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pablo de Almeida Boiteux
Mestrando em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Orientadora

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Coorientador

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE): PROFISSIONAL DE SAÚDE NÃO-MÉDICO(A)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e caso aceite participar do estudo, assinarei no final deste documento, que possui duas vias: uma delas será minha e a outra será do pesquisador responsável. Se houver dúvidas sobre as informações presentes no documento, poderei solicitar esclarecimentos a qualquer momento da leitura.

Título da pesquisa

O Programa *Mais Médicos* e os processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.

Instituição Proponente da Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Pablo de Almeida Boiteux

Justificativa

O estudo se justifica pela possibilidade de contribuir para o intercâmbio de experiências e de conhecimentos relativos ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a promover seu alinhamento às necessidades da população brasileira e dos próprios trabalhadores, assim como para a melhoria do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo

Analisar os efeitos do PMM nos processos de trabalho de uma equipe de ESF, em um município do estado do Espírito Santo, Brasil.

Duração, procedimentos e local da pesquisa

Minha participação no estudo ocorrerá nos meses de janeiro a março de 2017, tendo como procedimentos: 1) observação de meu trabalho na equipe de ESF, através de acompanhamento de atividades realizadas na unidade de saúde (ex: grupos terapêuticos, atividades de educação em saúde, reuniões de equipe, etc.) ou fora da mesma (ex: visitas domiciliares, atividades junto à comunidade, etc.), em dias previamente combinados com o pesquisador; e 2) entrevista em grupo (grupo focal), a ser realizada na companhia de meus colegas de equipe, à exceção do(a) médico(a) cubano(a), com duração estimada de duas horas, em ambiente externo às

dependências da unidade de saúde (em local a ser definido, em comum acordo, entre eu, os pesquisadores e os demais participantes do estudo), fora do meu horário de trabalho, de modo a evitar prejuízos na assistência à população. As falas durante a entrevista em grupo serão gravadas em áudio e transcritas pelo pesquisador, sendo que os arquivos gravados serão destruídos após a transcrição. Em relação às observações do pesquisador, serão registradas em diário de campo.

Direito de recusa

Fui esclarecido(a) de que minha recusa não trará nenhum prejuízo à instituição e que tenho o direito de interromper livremente a minha participação ou retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização. Também fui esclarecido(a) de que, caso decida retirar meu consentimento, o pesquisador não terá mais qualquer contato comigo.

Autonomia

Estou ciente de que minha participação é livre e espontânea, portanto, posso me recusar: 1) a permitir a observação de determinadas atividades; e/ou 2) a responder a qualquer pergunta ou questão que achar (in)conveniente.

Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade

Fui esclarecido(a) de que as informações fornecidas ao pesquisador têm caráter confidencial, e de que ele se compromete a preservar minha identidade e o meu anonimato durante todas as fases da pesquisa, inclusive após sua publicação.

Beneficência

Os benefícios relacionados à minha participação na pesquisa são contribuições para o conhecimento e para a melhoria dos processos de trabalho e do cuidado em saúde no SUS. Além disso, os resultados estarão disponíveis e serão apresentados à equipe em que trabalho, podendo contribuir para a melhoria da atenção à saúde em nível local.

Risco/desconforto

Estou ciente de que esta pesquisa pode trazer como inconvenientes a ocupação de parte do meu tempo, para fins de que eu participe do grupo focal. No grupo focal, serei convidado(a) a responder a perguntas e/ou refletir sobre questões que podem me ocasionar algum impacto emocional/psicológico. Neste sentido, caso necessário, a entrevista será interrompida (temporariamente ou em definitivo) e serei encaminhado(a) para atendimento por psicólogo disponível no município. Também estou ciente de que meu cotidiano de trabalho será observado pelo pesquisador, processo que ocorrerá com a minha anuência, sem que haja interferência direta ou participação ativa do pesquisador em minhas atividades na ESF.

Ressarcimento

Fui esclarecido(a) de que esta pesquisa não implica em despesas e também de que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Esclarecimentos de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa:

Rita de Cássia Duarte Lima: (27) 99961-1658 - ritacd@uol.com.br

Thiago Dias Sarti: (27) 99992-6884 - thiagosarti@yahoo.com.br

Pablo de Almeida Boiteux: (27) 99291-9662 - paboiteux@hotmail.com

Caso não consiga, poderei entrar em contato com o próprio Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Telefone: 3335-7211 – Endereço: Av. Marechal Campos, nº 1468, Maruípe, Vitória/ES – www.ccs.ufes.br/cep.

Conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o TCLE é emitido em duas vias, ficando uma em posse do participante e a outra em posse do pesquisador.

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados e me sinto esclarecido(a) a respeito da pesquisa, e é por minha livre vontade que aceito participar e autorizo a divulgação dos resultados, nos termos dispostos acima.

Vitória, ____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “O PROGRAMA *MAIS MÉDICOS* E OS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO”, eu, PABLO DE ALMEIDA BOITEUX, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pablo de Almeida Boiteux
Mestrando em Saúde Coletiva

Profª. Drª. Rita de Cássia Duarte Lima
Orientadora

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Coorientador

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE): USUÁRIO(A)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e caso aceite participar do estudo, assinarei no final deste documento, que possui duas vias: uma delas será minha e a outra será do pesquisador responsável. Se houver dúvidas sobre as informações presentes no documento, poderei solicitar esclarecimentos a qualquer momento da leitura.

Titulo da pesquisa

O Programa *Mais Médicos* e os processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.

Instituição Proponente da Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Pablo de Almeida Boiteux

Justificativa

O estudo se justifica pela possibilidade de contribuir para o intercâmbio de experiências e de conhecimentos relativos ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), de modo a promover seu alinhamento às necessidades da população brasileira e dos próprios trabalhadores, assim como para a melhoria do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo

Analisar os efeitos do PMM nos processos de trabalho de uma equipe de ESF, em um município do estado do Espírito Santo, Brasil.

Duração, procedimentos e local da pesquisa

Minha participação no estudo se restringirá a permitir que o pesquisador acompanhe o trabalho do(a) médico(a) da equipe de ESF durante minha consulta na unidade de saúde. Fui esclarecido(a) de que o pesquisador apenas observará a consulta, sem qualquer participação ativa e/ou interferência direta na mesma, sendo que o foco do estudo é o trabalho do(a) médico(a), e não o meu comportamento e/ou as minhas necessidades enquanto paciente/usuário do SUS.

Direito de recusa

Fui esclarecido(a) de que minha recusa não trará nenhum prejuízo à instituição e que tenho o direito de interromper livremente a minha participação ou retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização. Também fui esclarecido(a) de que, caso decida retirar meu consentimento, o pesquisador não terão mais qualquer contato comigo.

Autonomia

Estou ciente de que minha participação é livre e espontânea, portanto, posso me recusar a permitir a observação de minha consulta, se assim o desejar.

Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade

Fui esclarecido(a) de que as informações obtidas pelo pesquisador têm caráter confidencial, e de que ele se compromete a preservar minha identidade e o meu anonimato durante todas as fases da pesquisa, inclusive após sua publicação.

Beneficência

Os benefícios relacionados à minha participação na pesquisa são contribuições para o conhecimento e para a melhoria dos processos de trabalho e do cuidado em saúde no SUS. Além disso, os resultados estarão disponíveis e serão apresentados à equipe em que trabalho, podendo contribuir para a melhoria da atenção à saúde em nível local.

Risco/desconforto

Estou ciente de que esta pesquisa pode trazer como desconforto que eu tenha que expor questões relativas à minha intimidade e/ou à minha saúde na presença de outra pessoa (o pesquisador), além do próprio(a) médico(a). Neste sentido, caso assim o queira, poderei solicitar que o pesquisador interrompa a observação e se retire (temporariamente ou em definitivo) da sala, inclusive após o início de minha consulta.

Ressarcimento

Fui esclarecido(a) de que esta pesquisa não implica em despesas e também de que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Esclarecimentos de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa:

Rita de Cássia Duarte Lima: (27) 99961-1658 - ritacd@uol.com.br

Thiago Dias Sarti: (27) 99992-6884 - thiagosarti@yahoo.com.br

Pablo de Almeida Boiteux: (27) 99291-9662 - paboiteux@hotmail.com

Caso não consiga, poderei entrar em contato com o próprio Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Telefone: 3335-7211 – Endereço: Av. Marechal Campos, nº 1468, Maruípe, Vitória/ES – www.ccs.ufes.br/cep.

Conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o TCLE é emitido em duas vias, ficando uma em posse do participante e a outra em posse do pesquisador.

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados e me sinto esclarecido(a) a respeito da pesquisa, e é por minha livre vontade que aceito participar e autorizo a divulgação dos resultados, nos termos dispostos acima.

Vitória, ____ de _____ de ____

Participante da Pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “O PROGRAMA *MAIS MÉDICOS* E OS PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO”, eu, PABLO DE ALMEIDA BOITEUX, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pablo de Almeida Boiteux
Mestrando em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Orientadora

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Coorientador

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- I. Organização da APS no sistema de saúde cubano;
- II. Formação médica em Cuba e a prioridade da medicina de família;
- III. Processos e tecnologias de trabalho médico na APS cubana;
- IV. Cuba e a cooperação internacional em saúde;
- V. Chegada do(a) médico(a) cubano(a) no Brasil e no município;
- VI. Inserção do(a) médico(a) cubano(a) nos processos de trabalho da equipe de ESF;
- VII. Interações do(a) médico(a) cubano(a) com os usuários e com os demais profissionais da equipe de ESF;
- VIII. Significados atribuídos pelo(a) médico(a) cubano(a) aos processos de trabalho na ESF;
- IX. Interferência do processo de trabalho do(a) médico(a) cubano(a) na equipe de ESF;
- X. Interferência da equipe de ESF no processo de trabalho do(a) médico(a) cubano(a).

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

- I. Quais os membros da equipe de ESF;
- II. Quais as práticas assistenciais desenvolvidas por cada um dos membros da equipe (individualmente e/ou em interação);
- III. Como os processos de trabalho da equipe estão organizados nas unidades de saúde;
- IV. Quais os tipos de tecnologias predominantes nos processos de trabalho da equipe, inclusive do(a) médico(a) cubano(a);
- V. Como os membros da equipe se relacionam uns com os outros e com a população;
- VI. Como se caracterizam as relações hierárquicas, entre pares e entre indivíduos de diferentes nacionalidades nos processos de trabalho da equipe;
- VII. Quais as inconsistências entre o que é dito e o que é realizado.

APÊNDICE G - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

PERGUNTA-DISPARADORA:

Como foi a chegada do(a) médico(a) cubano(a) na equipe?

TÓPICOS:

- I. Comunicação com o(a) médico(a) cubano(a);
- II. Interação do(a) médico(a) cubano(a) com a equipe e com os usuários;
- III. Processos de trabalho do(a) médico(a) cubano(a);
- IV. Mudanças nos processos de trabalho da equipe.