



Max Felipe Vianna Gasparini

**Avaliação em Saúde:
Longitudinalidade e integralidade no
Programa Mais Médicos**

 **Atena**
Editora
Ano 2021



Max Felipe Vianna Gasparini

**Avaliação em Saúde:
Longitudinalidade e integralidade no
Programa Mais Médicos**



Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

iStock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

O autor

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaió – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenología & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Prof. Me. Marcos Roberto Gregolin – Agência de Desenvolvimento Regional do Extremo Oeste do Paraná
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Dr. Sullivan Pereira Dantas – Prefeitura Municipal de Fortaleza
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Universidade Estadual do Ceará
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Avaliação em saúde: longitudinalidade e integralidade no programa mais médicos

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Maiara Ferreira
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: O autor
Autor: Max Felipe Vianna Gasparini

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G249 Gasparini, Max Felipe Vianna
Avaliação em saúde: longitudinalidade e integralidade no programa mais médicos / Max Felipe Vianna Gasparini. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-308-5
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.085211607>

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de programas. 3. Programa Mais Médicos. 4. Integralidade em saúde. 5. Continuidade da assistência ao paciente. 6. Estudos de casos. I. Gasparini, Max Felipe Vianna. II. Título. CDD 330

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao manuscrito científico publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção do respectivo manuscrito, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o manuscrito científico publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Em memória de Benedito Gasparini e Maria Gasparini.

APRESENTAÇÃO

Em 2013, o governo federal brasileiro lançou o programa Mais Médicos, direcionado ao problema de provimento e distribuição de profissionais médicos no País. O lançamento do programa imediatamente provocou as mais diversas reações da sociedade brasileira em diversos segmentos, como a grande mídia, a classe médica, partidos e movimentos políticos, a academia e o campo da Saúde Coletiva. Muitas foram as reações políticas e eminentemente ideológicas acerca do programa, tendo em vista a participação de médicos cubanos, que dominaram as manchetes de jornais e os editoriais de periódicos, marcados sobretudo pela disseminação de opiniões. A academia e o campo da Saúde Coletiva gradativamente passou a direcionar um olhar crítico para o programa e algumas questões de pesquisas passaram a ser feitas. Dentre essas questões, precipitou-se saber se o provimento de médicos nas equipes de Saúde da Família contribuiu para o fortalecimento de aspectos da Atenção Básica que vão além da assistência, se os demais atributos que caracterizam este nível de atenção, integrando as diretrizes para o modelo de atenção pautada pela atenção primária em saúde, foram afetados pelo advento do Programa Mais Médicos. Essas foram as indagações que no contexto de debates e inquietações da sociedade brasileira e seus diversos segmentos nos levaram a empreender a investigação que resultou na presente obra.

Abordar o Programa para além dos indicadores de acesso e cobertura constituiu nosso principal objetivo, no âmbito de uma dissertação de mestrado realizada entre 2014 e 2017 no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP¹, por um lado devido à proximidade do orientador com o programa, por conta de sua inserção institucional à época. Por outro lado, nossa experiência como avaliador no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos trouxe uma série de questões que contribuíram para a construção do caminho que elaboramos para esta pesquisa. Tratou-se de um período marcado por um rico e intenso trabalho de campo, no qual foi realizada coleta de informações com profissionais da Atenção Básica, majoritariamente inseridos no Programa Saúde da Família. Entrevistas com enfermeiras, médicos, gestores e usuários de inúmeros serviços de saúde localizados no Estado de São Paulo, em diferentes regiões, influenciou nosso interesse pelo tema da avaliação de programas na Atenção Básica.

Algumas inquietações surgiram no processo de trabalho de coleta de informações juntos aos trabalhadores da saúde distribuídos entre as mais de cinquenta unidades de saúde visitadas. A primeira delas foi em relação à forma fechada e distanciada pela qual os dados eram reunidos. Questionários fechados preenchidos pelo avaliador em aparelho eletrônico (*tablet*) faziam do momento das entrevistas espaços frios, excessivamente formais e não dialogados, onde o encontro entre duas pessoas era elemento secundário; o aparelho eletrônico mediava aquela relação de forma demasiada objetiva e desumana. Não

¹ Gasparini, Max Felipe Vianna. Longitudinalidade e integralidade no programa Mais Médicos: avaliação a partir de um estudo de caso / Max Felipe Vianna Gasparini. -- São Paulo, 2017. Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. Orientador: Juarez Pereira Furtado.

havia espaço para o verdadeiro encontro.

Diante deste contexto, sempre buscamos dotar estes encontros de sentido, preocupando-nos em criar canais de diálogo, afeto e valorizando os saberes, vivências, preocupações e anseios destes profissionais que tanta experiência tinham acumulado, mas que não eram convidados a compartilhar. O modelo de avaliação proposto pelo PMAQ constituiu desafio, nos levando a explorar referenciais que pudessem considerar os sujeitos implicados em determinado contexto pesquisado ou avaliado. Esta questão se tornou mais do que um requisito metodológico e técnico, tornou-se um princípio ético e político.

A proposta de um desenho metodológico para a avaliação do PMM emerge assim a partir destas inquietações, somados às características dos próprios pesquisadores, que acumulavam experiência e saberes no campo da pesquisa qualitativa. O referencial da avaliação de quarta geração, formulado por Guba e Lincoln, e os trabalhos a respeito da Avaliação Participativa constituíram os principais pontos de partida para formulação do projeto de pesquisa, que foi se adaptando aos desafios encontrados no campo referentes à realidade institucional dos serviços. Por sua vez, a proposta epistemológica em torno do construtivismo e da dialética, a abertura para incorporar questões advindas dos grupos de interesse e a metodologia do círculo hermenêutico foram orientadoras do percurso teórico-metodológico desta avaliação, ainda que esta tenha adquirido características específicas.

O estudo de caso a partir da abordagem etnográfica se mostrou a forma mais adequada para compreender o conjunto de aspectos relacionados às perspectivas dos agentes, os desafios locais e a forma como as pessoas envolvidas com o Programa concebiam esta intervenção no âmbito das equipes de Saúde da Família. Mais do que ouvir estas pessoas e construir informações, nos interessava imergir nestes contextos, experienciar o cotidiano dos médicos e das equipes na perspectiva de triangular aquilo que ouvimos com aquilo que vimos e constituir quadros interpretativos que subsidiariam a avaliação. Uma avaliação que perpassa a subjetividade de agentes envolvidos com o programa e a do próprio avaliador, e que admite como premissa ontológica a indissociabilidade entre texto e contexto, entre a análise da política e sua vivência prática na realidade, entre a intencionalidade do avaliador e seu objeto de pesquisa. Por isso mesmo demanda cuidados analíticos, de modo a buscar sempre evitar cumplicidades que possam afetar a percepção, o julgamento e o próprio conhecimento, sem, no entanto, adotar uma postura artificial de neutralidade.

Esta proposta de avaliação que vimos descrevendo situa-se entre os chamados enfoques emergentes da avaliação em saúde, cuja base epistemológica e metodológica se dá a partir da constatação dos limites dos modelos tradicionais, fortemente fundamentados no paradigma positivista, ou pós-positivista. A oposição crítica à concepção científica de que haveria uma realidade externa ao agente do conhecimento, passiva de ser decodificada a partir de instrumentos de mensuração e controle constitui ponto de partida ao conjunto de produções em torno dos enfoques emergentes de avaliação, notadamente a partir das produções acerca do contexto latino-americano. São características deste tipo de avaliação a busca por agregar as percepções e valores oriundos dos participantes enquanto norteador da formulação do julgamento, as preocupações referentes à contribuição da avaliação em

relação à justiça social em suas mais distintas dimensões e a implicação do avaliador enquanto agente político.

Ressaltar os aspectos dos chamados enfoques emergentes da avaliação de programas e serviços em saúde não corresponde a defender de forma intransigente seus postulados metodológicos, teóricos e políticos. Da mesma forma, a escolha por esta abordagem não nega de forma alguma a importância dos diferentes ramos da avaliação e seus pressupostos filosóficos que, embora distintos no plano epistemológico, podem ser combinados para uma compreensão mais completa dos entes avaliados. Na verdade, cada vez mais temos visto a confluência de abordagens avaliativas cujos paradigmas científicos são distintos, como os Pós-positivistas, os Pragmáticos, os Construtivistas e os Transformadores².

Todas as abordagens de investigação do real apresentam limitações diversas, e a avaliação em saúde enquanto campo em construção no Brasil necessariamente irá produzir embates internos e dissensos, inclusive disputas políticas por acúmulo de capital simbólico para manutenção das relações de poder. Tendo clareza deste contexto, o presente trabalho posiciona-se nesta disputa no interior do campo da avaliação em saúde no País, sem perder de vista o objetivo principal que é contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Desta forma, buscamos responder perguntas formuladas neste estudo por meio do contato direto com os agentes envolvidos com o Programa em seus contextos específicos, investindo na construção de relações que pudessem nos aproximar do cotidiano destas pessoas e assim construir informações válidas para o julgamento dos aspectos relacionados ao alcance dos atributos definidos. A observação participante constituiu-se como a principal estratégia metodológica deste estudo, tendo sido os outros instrumentos subsidiários desta. A riqueza de informações possíveis de serem captadas durante meses de participação no cotidiano de trabalho das equipes de saúde extrapolam os próprios limites definidos no escopo da proposta da avaliação. São abundantes as experiências possíveis de serem categorizadas e analisadas à luz dos objetivos definidos, e a relação direta com as pessoas no campo tornou o processo avaliativo uma experiência de aprendizado da própria equipe e do avaliador.

À luz de critérios que permitiram a identificação de práticas pautadas pelos princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado, os resultados obtidos indicam a existência de uma série de desafios para que as equipes de saúde alcancem em seu processo de trabalho estes princípios, a despeito da importância da inserção de médicos nas equipes. A efetivação dos princípios do SUS, que se materializam no dia a dia das unidades de saúde justamente na relação entre trabalhadores e destes com a população atendida, demanda um esforço coordenado para que se possa atingir todas as profissões de saúde. A valorização destes trabalhadores, no que tange a seus vínculos empregatícios, remuneração adequada, planos de carreiras, formação continuada e a oferta de boas condições trabalho são medidas que podem contribuir para a alcance do modelo técnico

2 Mertens, D. M. Philosophical assumptions and program evaluation. Spazio Filosofico, 13, 75- 85. 2015.

assistencial da atenção básica. Aliado a isso, e de forma mais ampla, resta-nos ainda enquanto agentes inseridos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o enfrentamento dos recentes golpes políticos que tem afetado a sustentabilidade do SUS e ameaçado o avanço e consolidação dos princípios da universalidade, equidade, acesso e integralidade do cuidado.

Por fim, os resultados alcançados neste processo de aprendizagem nos mostraram as diversas possibilidades da avaliação de programas em saúde, e o desafio em produzir um conhecimento capaz de agregar sensivelmente as características dos contextos específicos e dos agentes que ali dão sentido às práticas em saúde. Para o campo da avaliação em saúde segue ainda os desafios postos aos chamados enfoques emergentes, os quais a presente obra busca somar esforços teóricos e metodológicos e ampliar suas práticas e reflexões para o campo da Saúde Coletiva no Brasil.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	1
RESUMO	3
ABSTRACT	4
CAPÍTULO 1.....	5
O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	
Introdução	5
O advento do SUS e a problemática do trabalho médico	8
O Programa Mais Médicos para o Brasil.....	10
CAPÍTULO 2.....	14
ATRIBUTOS PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	
Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	14
Longitudinalidade e integralidade	15
CAPÍTULO 3.....	18
QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO	
Objetivos da pesquisa e critérios para a avaliação	18
A avaliação de programas	18
Enfoques emergentes de avaliação de programas de saúde.....	22
Avaliação de quarta geração	24
Estudo de caso	27
Modelos Lógicos na Avaliação em Saúde.....	29
Caracterização das atividades de campo.....	30
Análise do material construído no campo	31
CAPÍTULO 4.....	33
RESULTADOS E DISCUSSÃO	
Análise lógica do PMM	33
Descrição densa: unidades de saúde e território	35
USF 1: O município de Cubatão.....	35
USF 2 e 3: O município de Santos	36
Atributo de longitudinalidade	39

Seguimento e responsabilização.....	39
Criação de vínculo terapêutico	40
Interação com o território e visitas domiciliares.....	41
Grau de satisfação da população com a constância do atendimento	42
Atributo de Integralidade.....	43
Relações interpessoais.....	43
Disputas ideológicas e implicações na integralidade do cuidado	45
Resposta às necessidades da população adscrita	46
Desenvolvimento de prevenção, promoção e assistência.....	47
Ações conjunta com profissionais de outras profissões e setores	48
Relação com as equipes de matriciamento.....	49
Questões, preocupações e reivindicações.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
SOBRE O AUTOR.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DRS	Diretoria Regional de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Grupo Focal
ICSAP	Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações em Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF	Programa Saúde da Família
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

RESUMO

Neste trabalho investigamos possíveis influências do programa Mais Médicos sobre os atributos de longitudinalidade e integralidade, considerando a estratégia de provimento de médicos nas equipes de Saúde da Família. Foi realizado um estudo de caso em dois municípios paulistas, a partir de abordagem etnográfica, entrevistas e grupos focais, em 2016. Os resultados indicam efeitos positivos em relação ao atributo de longitudinalidade, com destaque para a boa relação dos médicos com usuários de saúde, acolhimento humanizado, criação de vínculo terapêutico, disponibilidade para realizar visitas domiciliares e apoiar a equipe no acompanhamento dos casos. Apesar dos médicos do programa reconhecerem a importância do princípio da integralidade, é restrita a contribuição dos mesmos ao alcance deste atributo dado o excesso de atendimentos diários, conflitos de perspectivas com outros trabalhadores e limites da estrutura e modo de funcionamento da rede de saúde. Conclui-se que o provimento de médicos nas unidades de saúde contribui para o alcance da longitudinalidade, mas não garante atenção com integralidade, sendo necessário investir na formação contínua das equipes e na reorganização do trabalho.

PALAVRAS - CHAVE: Avaliação de programas; programa Mais Médicos; integralidade em saúde; continuidade da assistência ao paciente; atenção primária a saúde; estudos de casos.

ABSTRACT

We investigated possible influences of the “Mais Médicos” program on the attributes of longitudinality and integrality, considering the strategy of providing doctors in Family Health teams. A case study was carried out in two São Paulo municipalities, based on an ethnographic approach, interviews and focus groups, in 2016. The results indicate positive effects related to the longitudinality attribute, with emphasis on the good relationship of doctors with users, humanized care, creation of a therapeutic’s bond, availability to perform home visits and support the team following-up cases. Although the program’s doctors recognize the importance of the integrality principle, they have a limited contribution to the achievement of this attribute, given the excess of daily attendance, conflicts of perspectives with other workers and limits of the structure and organization of the health network’s functioning. The conclusion is that the provision of physicians in the Family Health’s team contributes to the achievement of longitudinality, but does not ensure attention with integrality, and it is necessary to invest in the continuous training of the teams and the reorganization of work.

KEYWORDS: Program evaluation; “Mais Médicos” program, integrality, continuity of patient care, primary health care, case studies.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

INTRODUÇÃO

Instituído pela lei número 12.871 de 22 de outubro de 2013, o programa federal Mais Médicos (PMM) insere-se no contexto de iniciativas voltadas à superação da escassez de profissionais médicos em determinadas regiões brasileiras, tendo como objetivos diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS, aumentar e distribuir vagas para formação médica e residência e fortalecer a educação permanente pela integração ensino-serviço (Brasil, 2013). O Programa pretende também reorganizar a distribuição e impulsionar a formação médica, qualificando-a de acordo com as necessidades do SUS no que tange ao fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2013).

A curto prazo, a principal estratégia do Programa concentra-se em seu eixo de provisão emergencial de profissionais médicos em regiões com vazios assistenciais, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). São localidades prioritárias aquelas caracterizadas por um baixo desenvolvimento social e econômico, como regiões periféricas de grandes cidades, regiões interioranas – sobretudo das regiões Norte e Nordeste –, populações indígenas e ribeirinhas (Brasil, 2016).

A partir de uma apreensão histórico-estrutural acerca da problemática em torno da fixação de médicos em regiões remotas e com maior grau de vulnerabilidade social¹, é possível situar o PMM no âmbito de estratégias de intervenção do Estado na dinâmica de mercado do trabalho médico. A escassez de profissionais médicos no país torna-se questão estratégica no momento em que agravos sanitários emergem enquanto entraves para o desenvolvimento econômico, ainda no contexto da colonização portuguesa. Ainda no século XVI, diante do grave quadro sanitário produzido a partir da chegada dos exploradores portugueses no país, que colocava em risco o projeto colonizador, são criados os cargos de físico-mor e cirurgião-mor como estratégia para enfrentar as várias doenças infectocontagiosas que dizimava grande parte da população (Rosenberg, 2013). Entretanto, a criação destes cargos não foi o suficiente para atrair médicos europeus para atuarem no país, de modo que em 1746, havia apenas seis médicos graduados na Europa para cobrir todo o território nacional (Ibid., 2013). A primeira escola médica do Brasil foi criada durante o período da América Portuguesa, em Salvador, no início do século XIX, mas o número de médicos no país só alcançou níveis significativos cem anos mais tarde (Maciel Filho e

¹ Vulnerabilidade social aqui entendida como sendo um complexo conjunto de fatores que incidem, em variados graus, na exposição de indivíduos e grupos a determinados riscos sociais, que podem ser de naturezas diversas, como econômicas, culturais, sociais e, neste último aspecto, englobar a saúde. Neste sentido, “atuar com vulnerabilidades significa reduzir fragilidades e capacitar as potencialidades” (Sposati, 2009, p. 35).

Branco, 2008).

Esta primeira forma de apreensão histórica da problemática na qual o PMM se insere remete à relação entre as ações do Estado, em suas diferentes formatações políticas e econômicas, e as estratégias em torno da saúde pública. Conforme nos mostra Merhy (2014), é no processo de desenvolvimento da estrutura econômica e das relações sociais capitalistas que se acentua as práticas sanitárias assumidas pelo Estado para a reprodução dos espaços urbanos e da classe trabalhadora (Ibid., 2014, p.89). Neste contexto, as concepções médicas e sanitárias presentes nos diversos grupos que constituíam o campo sanitário são marcadas pelos avanços no campo da bacteriologia, aliada à perspectiva política e ideológica do integralismo da nação brasileira (Mota, 2005). Os discursos advindos destas concepções direcionavam as ações em saúde para a assistência de seguimentos da população economicamente estratégicas para o desenvolvimento capitalista nacional (Mota, 2005). O centralismo institucional das ações sanitárias que marcaram este período baseava-se no discurso da competência técnico-científico do Estado em relação aos municípios, tendo maior capacidade de desenvolver ações de cuidado para as populações assoladas pelas doenças infectocontagiosas, marcadamente por meio de estratégias campanhistas (Ibid., 2005).

Estas intervenções também respondiam à dinâmica que as diferentes forças sociais adquiriram nesta formatação social (Merhy, 2014), de tal maneira que a partir da década de 1930 houve uma maior demanda e pressão por formação médica superior, o que criou as condições necessárias para a instalação de novas faculdades voltadas a formação de profissionais liberais (Bulcão *et al.*, 2007) na esteira do crescente processo de urbanização e mudanças no padrão sanitário, que fundamentaram a necessidade social da formação médica.

O papel do Estado e a organização do trabalho incidem assim na consolidação da oferta de assistência médica, uma vez que o alcance dos benefícios previdenciários – entre eles a assistência médica – se dava mediante vínculo trabalhista formal. A expansão das escolas médicas só apresentou crescimento expressivo a partir da década de 1960, devido a dois fenômenos principais: a ampliação do mercado de trabalho em virtude da expansão da rede assistencial da medicina previdenciária e os intentos do Estado e da sociedade em democratizar o ensino no país (Maciel Filho e Branco, 2008, p. 29). No interior deste processo histórico, a profissão médica passa por transformações que incidem na formatação de uma categoria de trabalhadores assalariados, tendo o Estado exercido papel regulador central ao responder à questão social da assistência médica com a criação dos seguros sociais (Bulcão *et al.*, 2007).

O avanço da modalidade de trabalho assalariado entre os médicos no período posterior à Segunda Guerra Mundial provocou reações no interior desta categoria frente à perda da autonomia da clínica particular. Reinvidicações a respeito dos ganhos salariais, condições de trabalho e a necessidade de múltiplos empregos ganharam força na década de 1950, ao mesmo tempo em que o discurso liberal que reclamava da falta de liberdade se consolidava já na década de 1960 (ibid., 2007).

É oportuno destacar a concepção que emerge neste contexto, sob a perspectiva liberal do trabalho médico:

[...] logicamente a intervenção do Estado na assistência médica era atacada, repudiando-se tanto a socialização da medicina quanto a perda do caráter liberal da profissão e a impossibilidade de os profissionais, em trabalho isolado ou em grupos, competirem com os institutos e caixas. E já era possível, no início dos anos 50, embora de forma ainda tímida, identificar a proposta de organização da livre escolha do paciente e do atendimento médico privatizado, e a defesa do estabelecimento de pagamento tabelado a médicos escolhidos por seus pacientes (Bulcão *et al.*, 2007, p. 474).

A maior intervenção do Estado no que se refere as demandas individuais por assistência médica se dá a partir do processo de industrialização do país, momento em que a formação do sistema previdenciário impulsionará o desenvolvimento de um complexo médico-industrial (Maciel Filho e Branco, 2008). O Estado passa a tomar para si grande parte do consumidor potencial dos serviços médicos, marcando definitivamente o processo de superação da medicina liberal como forma dominante de organização desta categoria, para um modelo de trabalho assalariado (Schraiber, 1993).

Trata-se de um contexto marcado pela expansão do setor privado na área da saúde, desenvolvendo-se enquanto organismo dependente da ação do Estado, por meio de relações de cumplicidade nos mais variados níveis. O caráter privado com que foi tratada as questões relacionadas à assistência médico-hospitalar no Brasil, criando relações contraditórias com as ações de saúde pública desde suas origens, fez emergir ao longo do século XX um amplo setor de oferta de serviços privativos que variou de acordo com as conjunturas políticas e econômicas. O resultado dos diversos arranjos de financiamento e provisão de serviços de saúde consolidaram no país um sistema de saúde extremamente fragmentado (Gerschman, 2008).

É desta forma que, desde a transição da medicina liberal para a medicina empresarial associada ao crescente papel do Estado na dinâmica do mercado por meio da aquisição de serviços privados e o crescimento deste último por intermédio de mecanismos previdenciários, o setor se vê respaldado por várias medidas de incentivo, como renúncias fiscais, liberação do pagamento de impostos, recebimento de subsídios diretos e indiretos e financiamento público dos serviços prestados (Paim, 2009). O papel desempenhado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ao realizar convênios públicos com serviços privados para assegurar a assistência médica aos trabalhadores formais é duplamente marcante para o incremento do setor privado, seja pela prevalência da contratação dos serviços médicos hospitalares em detrimento do investimento público na construção de uma rede de serviços, seja pela cobertura limitada aos trabalhadores com carteira assinada, relegando grande contingente da população às alternativas filantrópicas e privadas, esta última somente destinada aqueles que possuíam condições financeiras para pagar pelos serviços.

O desenvolvimento das empresas de seguro saúde na passagem da década de

1970 para a de 1980 consolidou a formação de um padrão de empresariado privado em saúde no Brasil (Paim, 2009). Este setor irá ganhar grande impulso e se expandir de modo desordenado no fim dos anos 1980 e início dos 1990 (Bahia e Scheffer, 2010), estando seu crescimento relacionado às características conjunturais da econômica e ao papel desempenhado pelo Estado na regulação da vida social e política do país. A promulgação da Constituição de 1988, que traz a estruturação do Sistema Único de Saúde, irá balizar decisivamente a relação entre o setor privado e as atribuições públicas do Estado no tocante ao direito de Saúde, presente na Seguridade Social.

O advento do SUS e a problemática do trabalho médico

As mudanças do modelo assistencial de saúde a partir do final da década de 1980 incidiram no aumento exponencial dos postos de trabalho, derivado da expansão da atenção básica ao longo do desenvolvimento do SUS. A implementação da Estratégia de Saúde da Família (Girardi *et al.*, 2011) foi fator central neste processo, de modo que a temática da formação e do trabalho passou a se tornar eixos estratégicos para o desenvolvimento deste sistema (Carvalho e Souza, 2013).

Do ponto de vista do funcionamento do SUS, há a compreensão de que problemas em torno da concentração geográfica desigual dos profissionais de saúde impedem a materialização de seus princípios elementares, como a universalização, a integralidade e a descentralização (Maciel Filho, 2007), além de expor um grave problema de governabilidade em torno das responsabilidades do Estado em relação à saúde pública conforme orientada pela Constituição de 1988 (Girardi *et al.*, 2011).

Para Dal Poz (2013), há uma crise global da força de trabalho em saúde, determinada pelas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, incorporação crescente de tecnologias e uma restrição de investimentos em saúde a partir da década de 1980, por pressão dos organismos multilaterais de financiamento. Tal crise tem induzido a migração de médicos e enfermeiros para áreas com mercado de trabalho mais atrativa economicamente, promovendo uma distribuição desigual de profissionais em escala global (Dussault e Dubois, 2003).

Carvalho e Souza (2013) apontam que as iniciativas brasileiras para enfrentar o problema de provimento e fixação de profissionais médicos remonta à época da ditadura militar, inicialmente por meio do Projeto Rondon (1968), seguida por outras iniciativas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), proposto em 1993 e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), implementado pelo Ministério da Saúde já nos anos 2000 (Maciel Filho, 2007). O PITS foi uma estratégia que objetivou o provimento de profissionais de enfermagem e medicina nas áreas desprovidas de PSF, por meio da oferta de bolsa federal e formação profissional (Carvalho e Souza, 2013; Maciel Filho, 2007). A proposta deste programa serviria de modelo para seu sucessor, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) formulado em 2011.

O PROVAB tem como proposta a criação de medidas que intercedam na valorização do trabalho realizado pelas equipes de atenção básica, por meio da oferta de melhores condições de trabalho e investimento na formação em serviço (Cruz, 2013). Em análise feita sobre as condições de trabalho das equipes de Saúde da Família, Capozzolo (2003) aponta, entre outros fatores, a insegurança advinda da falta de capacitação apropriada para exercer a prática generalista de atenção à saúde, sendo este fator determinante para a alta rotatividade dos médicos (Carvalho e Souza, 2013).

Outro estudo, realizado em conjunto pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) aponta para os equívocos em torno da discussão sobre o “falso dilema” em torno da escassez ou excesso de médicos no Brasil (Scheffer, 2011, p. 13). Neste trabalho é apontado o fato de que nos últimos anos a densidade de médicos teve aumento exponencial, enquanto a distribuição e até a falta de médicos em algumas localidades chama a atenção. Quanto a esta última questão, o relatório da pesquisa “Demografia Médica” de 2015 (Scheffer, 2015) traz vários dados que ratificam a disparidade na distribuição de profissionais médicos no país.

Consta no relatório que dos 1.247 municípios de até 5 mil habitantes, onde vivem 2,1% da população total do país, estão apenas 0,2% do conjunto de médicos; por sua vez, nos 39 municípios com mais de 500 mil habitantes, onde vivem 29,4% dos brasileiros, atuam 60,9% de total de médicos do país (Scheffer, 2015, p. 54). Outro exemplo se reflete no fato de que a região Sudeste concentra 55,3% dos médicos e uma população de 42% do país, e a região Nordeste possui 17,4% dos médicos brasileiros, tendo 27,8% do total da população do país (Ibid., p.47).

Além da disparidade entre as regiões Sul-Sudeste e Norte-Nordeste, o estudo aponta ainda para as diferenças entre a oferta de médicos nas capitais e nas demais regiões, sendo a oferta nestas últimas localidades muito menor (Scheffer, 2011; 2015). Conforme dados do relatório “as capitais das 27 unidades da federação reúnem 55,24% dos registros de médicos, mas a população dessas cidades representa apenas 23,80% do total do país” (Ibid, 2015, p. 50). Todas as regiões interioranas, por sua vez, “tem 44,76% dos médicos enquanto sua população soma 76,2% do total nacional” (Ibid., 2015).

A taxa de crescimento do número de médicos no Brasil vem crescendo nas últimas décadas em um ritmo mais elevado do que a taxa de crescimento populacional (Ibid., 2015). Conforme o autor

Em todos os quinquênios, a taxa de crescimento do número de médicos é aproximadamente duas vezes superior à da população. Em 2014, por exemplo, enquanto a taxa de crescimento dos médicos chega a 14,9%, a da população é de 5,4%. (Scheffer, 2015. p. 36)

Mesmo apresentando crescimento Martins *et al.* (2013) afirmam, a partir de estudos de projeções da oferta de profissionais médicos para atender a demanda nacional, que “o número de médicos existentes no Brasil é insuficiente para atender às necessidades de assistência à saúde de nossa população” (Martins *et al.*, 2013, p. 98). Os autores apontam

ainda para o fato de que somente a ampliação das vagas nos cursos de medicina não terão impactos significativos a curto e médio prazo no número de médicos (Martins *et al.*, 2013). Em consonância com o argumento que aponta para a necessidade de aumento do efetivo de profissionais médicos, estudo publicado na revista *The Lancet* demonstra a correlação positiva entre a densidade de médicos e resultados positivos nos níveis populacionais de saúde, como redução da taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, e mortes antes dos cinco anos de idade (Chen *et al.*, 2004, p. 1985).

As mudanças no modelo de assistência à saúde no Brasil, no sentido de reorganização dos serviços priorizando a atenção básica, se constituíram por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, e sua importância pode ser constatada na expansão do número de equipes do PSF e o aumento de sua cobertura (Teixeira e Solla, 2006). Conforme esta estratégia de reorientação do modelo de saúde foi sendo implementada, vários desafios de ordem distintas se apresentaram de forma contínua, sendo a fixação de profissionais médicos nas regiões que agora dispunham de serviços de atenção básica questão estratégica para consolidação das propostas dos PSF (Carvalho e Souza, 2013).

O Programa Mais Médicos para o Brasil

Cercado por uma série de debates, críticas e resistência por parte principalmente de organizações da categoria médica, a implantação do PMM foi seguida por uma ampla cobertura midiática cujos conteúdos majoritariamente negligenciaram aspectos ligados aos objetivos expressos na proposta do Programa, conforme aponta estudo conduzido por Luz *et al.* (2015). Os autores analisaram um conjunto de reportagens sobre o PMM publicados por um jornal de grande circulação e demonstraram que a cobertura midiática não utilizou termos chaves presentes no texto da lei que regulamenta o Programa, priorizando elementos que não seriam centrais no que se refere aos seus objetivos, o que na perspectiva dos autores contribuiu pouco para o debate e entendimento acerca da saúde pública e do programa (Luz *et al.*, 2015).

O primeiro ano desde o lançamento do Programa foi marcado ainda por limitado número de publicações em revistas científicas, as quais ocuparam espaços de opinião em sua maioria com proposições críticas acerca de um ou vários aspectos do Programa (Ribas, 2013; Salles e Srougi, 2013; Lopes, 2013; Caramelli, 2013; Ribeiro, 2015). Algumas publicações associavam o advento do PMM à uma manobra política do governo da época para responder às demandas das manifestações que marcaram o período de junho de 2013 (Ribeiro, 2015). Entretanto, elementos contextuais que marcaram a implantação do Programa já estavam presentes na campanha “Cadê o Médico?”, de iniciativa da Frente Nacional de Prefeitos durante um encontro de prefeitos realizado em Brasília, em janeiro de 2013 (Oliveira *et al.*, 2015).

Até setembro de 2016, o PMM contava com mais 18.000 médicos atuando em 4.058 municípios brasileiros e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Facchini *et al.*, 2016). Do total de 2.246 médicos brasileiros que concluíram um ano de trabalho em 2016, 56% (1.266 médicos) irão continuar no Programa por até três anos (Brasil, 2016a).

Inicialmente as vagas do Programa foram destinadas preferencialmente a profissionais brasileiros, sendo disponibilizadas a seguir para brasileiros com diplomas no exterior, estrangeiros em geral e em última fase preenchidas por profissionais cubanos, a partir da cooperação internacional mediada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o governo cubano (Pereira *et al.*, 2015). Em 2013 os médicos estrangeiros ocuparam 85% das vagas solicitadas pelos municípios; em 2015, 100% das vagas ofertadas pelo Programa foram preenchidas por médicos brasileiros (Brasil, 2015b). A estratégia do governo federal que tomou o poder a partir de 2016 consistia em realizar a substituição dos médicos cooperados de nacionalidade cubana por médicos com registro no Brasil. No primeiro trimestre de 2017, consta que a renovação de 1.390 postos do programa, dos quais 900 eram preenchidos por médicos cubanos, foram preenchidos por 1.378 médicos com registro no País (Brasil, 2017).

O estado de São Paulo liderou as demandas por profissionais médicos no primeiro mês de adesão dos municípios ao PMM. Quarenta e oito por cento dos municípios paulistas aderiram ao programa na ocasião de seu lançamento, somando 2.197 vagas para médicos, aproximadamente 45% do total disponível para a região Sudeste do Brasil à época (Cosemssp, 2014). A demanda apresentada pelo mais populoso e mais rico estado da federação demonstra que a distribuição de médicos não é uniforme nem mesmo ao interior dos estados e suas sub-regiões, variando consideravelmente (Brasil, 2013).

O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou, em 2015, investigação acerca dos efeitos do programa com linha de base no período imediatamente anterior à sua implementação. As informações contidas no relatório do TCU apontaram para questões diversas, que incidem em várias etapas e estratégias do programa. No que tange aos resultados, houve incremento no processo de trabalho da atenção básica por meio da elevação em 32% no número de visitas domiciliares em municípios que receberam médicos do programa e 28% na quantidade de consultas médicas realizadas, além de constatar que aproximadamente 90% dos usuários dos serviços entrevistados afirmaram que houve diminuição na espera para atendimento médico (Brasil, 2015a). Há ainda uma série de problemas referentes à algumas atividades do programa, como falhas na supervisão dos médicos e na tutoria acadêmica, fragilidades na etapa de acolhimento dos profissionais, falhas na distribuição dos médicos, entre outros, apontados pela mesma investigação (Brasil, 2015a).

Publicada de setembro de 2016, a edição especial da revista Ciência e Saúde Coletiva traz resultados de pesquisas e debates sobre a relação do programa com o provimento de médicos no interior do SUS em diferentes regiões do país. Dentre eles, consta o impacto causado na escassez de médicos na atenção primária, com alcances positivos em relação à estratégia de provimento emergencial, cujos efeitos são significativos nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios de pequeno porte (Giradi *et al.*, 2016). Mesmo tendo alcançado resultados importantes, persistem desigualdades distributivas, além de um quadro de insegurança assistencial devido à dependência ao programa, uma vez que muitos municípios substituíram profissionais médicos já alocados pelos profissionais do

PMM (Girardi et al., 2016). Nogueira et al. (2016) aponta para a persistência de iniquidades em relação à distribuição de médicos no Nordeste brasileiro, cujo aumento na taxa geral foi de apenas 0,11 (Nogueira et al, 2016).

Além de resultados imediatos, como o aumento de procedimentos de rotina e aprovação dos usuários, há elementos que apontam que o efeito relativo à presença de profissionais do PMM tem sido mais sensível em regiões com baixo desenvolvimento social (Lima et al., 2016a). Silva et al. (2016a) demonstraram que a estratégia de provimento emergencial está relacionada a um aumento do número de consultas, visitas domiciliares e atuação com grupos populacionais em região de alta vulnerabilidade social no estado de São Paulo, relacionando os dados oriundos de análise transversal coletados em bases de dados com o alcance do atributo de integralidade. Esta análise, porém, não considera a dimensão das práticas profissionais no interior destas equipes, estabelecendo conclusões dedutivas a partir do incremento quantitativo de procedimentos.

A questão em torno da participação de municípios tidos como não prioritários, a partir dos critérios estabelecidos pelo programa, identificados como “demais municípios”, é apontado por Oliveira, Sanchez e Pacheco (2016) enquanto um fator que limitou o alcance da distribuição de médicos nas regiões mais necessitadas. O estudo demonstra que, entre os 699 municípios prioritários, 22,7% do total de 2.377 municípios elegíveis, não foram alcançados pelo Programa dado seu caráter voluntário de adesão (Oliveira, Sanchez e Pacheco (2016).

Constatou-se alta satisfação dos usuários o atendimento dos médicos, ressaltando aspectos de humanização do atendimento, escuta atenta e vínculo, além de apontarem a importância da continuidade do PMM (Comes, et al. 2016a; Comes, et al. 2016b; Silva, 2016b). Em relação a vinda de médicos cubanos, estudo de Terra et al. (2016) aponta que o advento do PMM criou possibilidades de reflexão crítica acerca do modelo biomédico de trabalho em saúde dada as características de sua formação e sua relação com o território e com os demais profissionais da saúde. Resultados similares foram encontrados por (Lima, et al., 2016b) ao envolverem tutores acadêmicos em pesquisa sobre os sentidos éticos e políticos do PMM. Os trabalhadores participantes do estudo ressaltaram o valor da solidariedade presente na formação dos médicos cubanos, que contribui para uma atuação humanista, de modo que as trocas culturais estabelecidas com o advento do Programa poderiam atuar enquanto dispositivo de qualificação do trabalho das equipes (Lima, et al., 2016b).

Um dos trabalhos presentes na edição da revista se propôs a investigar aspectos relacionados ao atributo de integralidade e o PMM de forma central (Comes, et al., 2016b). O trabalho em questão aponta para a existência de “traços” de integralidade na prática das equipes de saúde que receberam médicos do programa, a partir da análise de entrevistas semiestruturadas realizadas com 78 profissionais de saúde não médicos em 32 municípios das cinco regiões do país. A abordagem metodológica utilizada neste trabalho, a qual os autores declaram tratar-se de um estudo de caso descritivo, não deixa claro se houve aprofundamento analítico que sustente de forma contundente os resultados do estudo.

O trabalho ainda trata do conceito de acessibilidade e acesso restringindo-os à presença do médico nas unidades de saúde, sem considerar a complexidade deste conceito, que contempla dimensões econômicas, técnicas, políticas e simbólicas (Giovanela e Fleury, 1996). O atributo da longitudinalidade é limitado no texto enquanto um componente da integralidade, e não é caracterizado a partir de fundamentação teórica (Comes, et al., 2016b). Embora relacionado com outros atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), a longitudinalidade apresenta características que a definem e tornam possível uma análise específica. Por fim, a construção das informações considerou somente os relatos dos profissionais coletados em entrevistas semiestruturadas com duração média de vinte minutos, sem ponderar os limites que esta técnica pode impor aos resultados defendidos, sobretudo se tratando do discurso de trabalhadores que podem sofrer inúmeras influências contextuais (Comes, et al., 2016b).

Estudo realizado por Miranda et al (2017), buscou relacionar as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAPS) e a ampliação das equipes de saúde da família entre os períodos de 2012 e 2015 com a implantação do PMM. O estudo aponta para a diminuição de ICSAP em todo o período estudado, com um incremento nesta taxa entre os anos de implantação do PMM, sugerindo o impacto do programa neste indicador. Houve ainda uma retomada no ritmo de ampliação das equipes de ESF com o advento do PMM, sendo que em 2015 o incremento foi 15.000 médicos no SUS e, conseqüentemente, 6.000 novas equipes foram implantadas (Miranda et al., 2017).

De modo geral, o Programa buscou ampliar o acesso da população ao atendimento médico no nível primário de atenção realizado nas unidades básicas de saúde. Buscou ainda ampliar a cobertura da atenção básica no país a partir da inserção de profissionais médicos nas equipes de Saúde da Família e investir recursos financeiros na adequação e construção de estruturas físicas. Segundo publicação do Ministério da Saúde, foram investidos mais de R\$5 bilhões de reais na melhoria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo Brasil, com participação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC (Brasil, 2015b, p.12).

O conjunto de pesquisas revisadas neste estudo apontam para inúmeros resultados do PMM desde sua implementação. Há, entretanto, uma ênfase em aspectos relacionados à mensuração dos resultados no que tange ao acesso e à cobertura da estratégia de provisão de médicos, o que pode levar a uma compreensão parcial do alcance do PMM. Faz-se necessário, portanto, aprofundar a análise acerca das possíveis mudanças produzidas no interior do trabalho em saúde das equipes, uma vez que não há consideração do conjunto de interações que permitem compreender de que forma a estratégia produz determinados efeitos. Se tratando de uma intervenção no âmbito da atenção básica, cujos princípios ganham concretude na prática cotidiana do cuidado, faz-se necessário compreender as relações que se estabelecem no processo de implementação do PMM, o que pode colaborar para qualificar o tipo de acesso e cobertura alcançados com o a estratégia de provimento.

ATRIBUTOS PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Declaração de Alma-Ata constitui referência nos estudos acerca da Atenção Primária à Saúde (APS), ocupando papel norteador no avanço desta modalidade de atenção à saúde a partir do fim dos anos 1970. Realizada em 1978, sob o título de “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde”, na cidade de Alma-Ata, localizada no território da então URSS (Lavras, 2011) o encontro produziu o documento que define a APS como a assistência sanitária ofertada a todos os membros de determinada comunidade, prevendo sua plena participação a um custo suportável para a própria comunidade e para o país (Andrade *et al.*, 2012). A Declaração é muito específica quanto ao conjunto de elementos envolvidos na APS que devem ser articulados entre si para que se efetive as ações de saúde. São estes elementos relativos à oferta e atenção em saúde nas áreas de educação, alimentação, saneamento, acompanhamento materno-infantil, imunizações, prevenção de endemias, atenção a doenças/traumatismos e garantia de fornecimento de medicamentos (Brasil, 2002).

A partir de estudos empíricos e avaliativos, Barbara Starfield (2002) aponta quatro atributos fundamentais da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato define-se pelo grau de acesso e utilização de determinado serviço por parte da população. Esta alicerçado na acessibilidade e efetivo uso que as pessoas fazem dos serviços de atenção à saúde, não sendo possível sua definição sem a percepção factual dos usuários quanto ao pleno acesso e utilização dos serviços (Starfield, 2002). Por longitudinalidade entende-se a existência de uma fonte regular e duradoura de cuidado, fortemente pautada pelos vínculos da população com a equipe de atenção à saúde e a cooperação entre usuários da saúde e profissionais que nela atuam (Ibid., 2002).

O atributo de integralidade implica na oferta de todos os tipos de serviços de atenção à saúde por parte da atenção primária, ainda que alguns não sejam oferecidos em seu interior. Neste caso, inclui-se nas atividades da atenção primária os encaminhamentos para os outros níveis de atenção, além do reconhecimento dos diversos problemas de saúde que ocorrem num determinado ambiente social (Ibid., 2002). Por fim, o atributo de coordenação está relacionado às formas de continuidade das atividades de atenção, com o propósito de organizar o trabalho e dotá-lo de maior racionalidade quanto às informações e o reconhecimento dos problemas, considerando o caráter processual do trabalho em saúde (Ibid., 2002).

As contribuições de Starfield ocupam lugar de destaque nos estudos que evidenciam a eficácia e a efetividade da APS. Um dos trabalhos mais reconhecidos constitui-se do estudo comparativo entre 12 nações ocidentais, visando analisar a relação entre a prioridade dada às estratégias em torno da APS e os níveis de saúde da população, além dos custos da atenção em saúde nestes países (Andrade *et al.*, 2012; Starfield, 2002).

Os sistemas de saúde embasados na APS foram implementados em vários países do mundo, impulsionados pela constatação do seu êxito quanto à melhora de vários indicadores de saúde e de gestão. No Brasil, as concepções de APS inspiraram a implantação dos serviços municipais de saúde no início da década de 1980, e, posteriormente, com o desenvolvimento do SUS a partir dos anos 1990, passa a ser conhecida como Atenção Básica em Saúde (Gil, 2006). O contexto no qual tais experiências emergem são atravessados pelas estratégias de rearranjo institucional em torno do papel do Estado, numa conjuntura de crise monetária internacional que redefiniu estratégias reguladoras e reformadoras dos sistemas de saúde (Gil, 2006).

Os atributos de longitudinalidade e integralidade irão compor neste estudo os parâmetros para avaliação do PMM, a partir da compreensão práticas em saúde no interior das equipes de saúde da família que receberam médicos. A definição destes dois atributos para a avaliação do PMM está relacionada à importância que adquirem no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde centrado na atenção básica, em oposição à fragmentação da atenção à saúde e a ênfase na assistência que marcaram o período anterior à implementação do SUS. O advento deste sistema enquanto diretriz organizativa e técnico-operativa voltada à superação deste arranjo institucional não foi o suficiente para modificar a lógica das práticas em saúde dos serviços, de modo a articular prevenção e assistência, expandir a compressão do processo saúde-doença-cuidado e alargar as bases democráticas das práticas conforme o texto constitucional (Mattos, 2004).

Longitudinalidade e integralidade

A partir de revisão da literatura sobre os diferentes termos utilizados para avaliação do atributo, Cunha e Giovanella (2011) propõem o uso da expressão “vínculo longitudinal”, considerado-o como mais adequado para o contexto brasileiro, relacionando-o à capacidade das equipes em desenvolver relações duradouras e de responsabilização com a população atendida, de modo a garantir a continuidade das ações de saúde. São três dimensões apontadas como imprescindíveis para constituição deste atributo: a) o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados em APS; b) o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre usuários do serviço e equipe de profissionais; e c) continuidade informacional (Cunha, 2009, p. 67).

Em sua dimensão prática, a longitudinalidade traduz-se pela importância da criação de vínculo terapêutico, baseado na afetividade e confiança, contribuindo para o processo de humanização do trabalho em saúde (Cunha, 2009). O atendimento a este atributo está diretamente relacionado aos resultados positivos da atenção à saúde e a efetividade de suas ações, assim como o aumento da satisfação do usuário com o serviço de saúde

(Ibid., 2009). A longitudinalidade contribui ainda para a criação de corresponsabilização entre profissionais e usuário ao longo do tempo, além de carregar em si um componente terapêutico (Brasil, 2002).

O atributo de integralidade implica a oferta mais ampla possível de serviços de atenção à saúde por parte da atenção primária, ainda que alguns destes não sejam oferecidos em seu interior (Starfield, 2002). Neste caso, inclui-se nas atividades da atenção primária os encaminhamentos para os outros níveis de atenção, além do reconhecimento dos diversos problemas de saúde que ocorrem num determinado ambiente social (Starfield, 2002). Compreendida enquanto um horizonte de práticas a ser alcançado pelo sistema de saúde, a integralidade apresenta inúmeros sentidos e está intimamente ligada ao contexto e aos atores em suas práticas cotidianas (Mattos, 2001). Os sentidos da integralidade são convergentes à medida em que são compartilhados pelos mais diversos agentes em contextos distintos, que buscam transformar suas práticas de saúde por meio de valores entendidos como desejáveis (Mattos, 2001). Do ponto de vista do SUS, a coordenação da integralidade é responsabilidade do nível primário de atenção, sendo caracterizada por meio da integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação entre ações de promoção, prevenção e reabilitação, trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, pressupondo o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos para o usuário, tendo a dimensão ética como imperativa na organização do trabalho (Brasil, 2012).

Ayres *et al* (2012) sistematiza quatro eixos que auxiliam na compreensão deste princípio, considerando sua complexidade e seu sentido prático, sendo estes eixos: a) **eixo das necessidades**: relacionado à capacidade e sensibilidade em compreender a demanda de atenção à saúde, de modo a responder de forma mais ampla possível; b) **eixo das finalidades**: refere-se à oferta de ações integradas entre diferentes níveis do cuidado, que busquem ofertar uma atenção sinérgica, resolutiva e ao mesmo tempo eficiente; c) **eixo das articulações**: diz respeito ao trabalho interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, no sentido de ofertar respostas mais efetivas às diferentes necessidades de saúde; e d) **eixo das interações**: refere-se à construção de relações intersubjetivas de qualidade, que se desenvolvem no cotidiano do trabalho em saúde e que tem no diálogo fator essencial para a relação entre os diversos agentes envolvidos no processo de atenção à saúde. Este último eixo é apontado como essencial para o alcance dos demais (Ayres *et al.*, 2012, p. 69). Em sua dimensão prática, a integralidade se manifesta na capacidade e sensibilidade de compreensão por parte das equipes das diferentes necessidades de saúde da população e dos sujeitos, assim como a percepção dos momentos mais adequados para a oferta de determinada ação (Mattos, 2004).

Entendido enquanto um princípio do SUS que guarda potencialidades para o diálogo com premissas mais amplas, como a democratização das práticas e gestão em saúde e o comprometimento ético-político de centralidade da pessoa no cuidado, a integralidade constitui eixo central por meio do qual é possível constatar o alcance do modelo teórico de atenção à saúde proposto pelo SUS. Um dos mais importantes desafios para construção deste modelo de atenção guiado pelo princípio da integralidade e da longitudinalidade

encontra-se justamente na distância entre as propostas formuladas no plano político e sua realização efetiva (Kalichman e Ayres, 2016).

A longitudinalidade do cuidado tem como principal característica a relação de confiança construída entre usuários e equipe de saúde, de modo a permitir a continuidade da atenção à saúde ao longo do tempo. Para autores que se debruçaram no estudo deste atributo, a longitudinalidade está relacionada à uma boa relação médico-paciente, ou no caso do PSF, da relação entre profissionais de saúde-paciente (Cunha e Giovanella, 2011). Desta forma, considerando a característica do PMM que trata justamente de inserir médicos no interior das equipes de saúde, é necessário compreender o quanto tal intervenção tem afetado este atributo tão sensível, que prioriza sobretudo as relações interpessoais, além de estar relacionado com menores taxas de intenção por condições crônicas, redução na taxa de atendimentos de emergência, melhor comunicação e adesão aos cuidados preventivos e maior satisfação do paciente (Cunha e Giovanella, 2011). Ainda em relação a estratégia do PMM, é importante ressaltar que o alcance da longitudinalidade está relacionado à oferta adequada de serviços de atenção primária e à fixação do profissional nas unidades de saúde (ibid., 2011).

Há um expressivo aumento no número de trabalhos científicos direcionados ao PMM e ao PMMB, conforme pode ser observado em banco de publicações especialmente organizado para disponibilizar estudos acerca do Programa (Abrasco, 2016).

Neste estudo optamos por selecionar o atributo de integralidade e longitudinalidade enquanto componentes basilares para aferição do mérito do PMMB. A escolha destes atributos se dá devido a amplitude dos dois conceitos e o grau de importância na oferta da atenção básica à saúde, sendo aspectos que caracterizam o Programa e podem interferir consideravelmente em seu processo de implantação. Definido o foco da avaliação, que neste caso se situa nos possíveis efeitos produzidos pelo Programa em relação a estes dois atributos, interessa-nos responder se os atributos de longitudinalidade e integralidade foram afetados a partir da inserção dos profissionais do programa Mais Médicos nos serviços de saúde.

OBJETIVOS DA PESQUISA E CRITÉRIOS PARA A AVALIAÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo realizar pesquisa avaliativa do projeto federal Mais Médicos para o Brasil (PMMB), inserido no PMM, a partir de um estudo de caso em dois municípios paulistas. Interessava-nos avaliar o papel que o referido projeto exerce na atual oferta de atenção básica à população. Neste sentido investigamos e avaliamos se dois aspectos da APS desenvolvidos por Starfield (2002), longitudinalidade e integralidade, foram afetados pelo advento dos profissionais oriundos do Mais Médicos. De forma geral, procura-se contribuir para as iniciativas de produção de conhecimento e aprimoramento da atenção básica em saúde no Brasil, por meio da avaliação de programas de saúde.

Foram definidos critérios para avaliação dos atributos a partir da literatura específica sobre o tema, sendo estes: longitudinalidade: a) desenvolvimento de relações que permitam o seguimento e responsabilização de pacientes; b) criação de vínculo terapêutico; c) perspectiva da população com a constância do atendimento. Em relação à integralidade foram definidos os seguintes critérios: a) criação de relações intersubjetivas entre membros da equipe e destes com usuários; b) sensibilidade da equipe de saúde em reconhecer e responder de forma ampliada as necessidades da população adscrita; c) desenvolvimento de prevenção, promoção e assistência; d) desenvolvimento de ações conjunta com profissionais de outras profissões e setores.

A partir do referencial da avaliação de quarta geração (Guba e Lincoln, 2011), para além das características centrais que configuravam práticas pautadas pela integralidade e longitudinalidade serão incorporados ao estudo o conjunto de reivindicações, questões e preocupações que os agentes envolvidos possam trazer como subsídio para avaliação.

A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Neste trabalho partimos da definição de que avaliar é produzir um julgamento de valor acerca de determinada intervenção, a partir da definição de critérios, lançando mão de informações construídas ou já disponíveis com vias à tomada de decisão (Furtado, 2012). Mais especificamente, tratamos aqui da chamada avaliação de programas e serviços, entendendo programas enquanto “a articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com base em decisões eminentemente políticas, para operar modificações em uma dada situação problema” (Ibid., 2012, p. 767). Num contexto mais amplo, os

programas estão inseridos entre várias práticas sociais, mais ou menos sistematizadas, nas quais é possível emitir um julgamento de valor (Vieira-da- Silva, 2014).

Uma forma pela qual podemos classificar as diferentes abordagens da avaliação consiste em delimitarmos quatro gerações, apontando suas principais características e os enfoques privilegiados. Conforme proposta de Guba e Lincoln (2011) a primeira geração, fortemente pautada na mensuração, baseava-se, entre outros fatores, na ascensão das Ciências Sociais, na emergência do gerenciamento científico nas empresas e também na prática de testes escolares e seleção para o serviço militar durante o período da Primeira Guerra Mundial. Na segunda geração de avaliadores a descrição se torna o aspecto central das avaliações, mais focadas em identificar e descrever os processos, visando verificar como determinada atividade atinge ou não seus resultados (Furtado, 2001). Tem-se nessa geração um importante expoente da avaliação, Ralph W. Tyler, reconhecido mais tarde como o “pai da avaliação” (Guba e Lincoln, 2011).

A terceira geração caracteriza-se pela manutenção da mensuração e da descrição, porém o avaliador emite julgamentos sobre os méritos dos objetos avaliados a partir de referenciais exteriores (Furtado, 2001). A quarta geração de avaliadores, alternativa aos modelos das gerações anteriores é chamada de *responsive constructivist evaluation ou avaliação construtivista e responsiva* (Guba e Lincoln, 2011). Características desta quarta geração de avaliadores seriam os enfoques inclusivos e participativos, além das críticas em relação às gerações anteriores em relação à primazia da perspectiva positivista (Furtado, 2001).

Estas quatro gerações demonstram como a área da avaliação foi se aprimorando ao longo de sua história sem necessariamente uma geração substituir a outra. Na verdade, algumas abordagens coexistem, abrindo margem para um pluralismo de práticas que deve ser alvo de atenção por parte dos pesquisadores e avaliadores. Embora seja comum utilizar este tipo de exposição histórica das quatro gerações de avaliadores quando se pretende expor seus diferentes momentos, corre-se o risco de inferir em um erro analítico, pois conforme aponta Furtado e Vieira-da-Silva (2014)

a periodização proposta configura-se como um artifício ao pressupor homogeneidade em cada uma das fases ou gerações e desconsidera o papel das instituições e dos agentes individuais nesse percurso. (Furtado e Vieira-da-Silva, 2014, p. 44)

Uma alternativa à concepção proposta por Guba e Lincoln (2011) é formulada por Vedung (2010), ao propor que o panorama da área da avaliação atualmente é moldado por quatro “ondas” diferentes, representando as diferentes tendências da avaliação em seus movimentos de ascensão, destaque e esvaecimento, deixando, contudo, “sedimentos” que seriam características remanescentes que se agregam à novas ondas. Seriam estas ondas: a) aquela cuja avaliação é orientada por uma racionalidade científica radical (*The Science-driven Wave*), onde as decisões políticas dependem de avaliações cientificamente validadas, a partir de um enfoque experimental, antes de serem implementadas; b) a onda

de avaliações orientadas pelo diálogo (*The Dialogue-Oriented Wave*), que emergem a partir das críticas aos enfoques da avaliação orientada pela racionalidade científica radical e a verticalidade de seus processos, que envolviam somente administradores superiores e especialistas ligados à academia em detrimento de outros públicos interessados nas intervenções avaliadas. Esta “onda” de avaliação tem nas formulações de Guba e Lincoln (2011) sua principal vertente.; c) onda neo-liberal (*The Neo-Liberal Wave*), que marca uma tendência geral da época (fim da década de 1970) à retomada do discurso sobre a eficiência do mercado, sobrepujando as características democráticas em favor da “descentralização, desregulamentação, privatização, a sociedade civil e, em particular, orientação para o cliente” (Ibid. p.270), sob égide da Nova Gestão pública. Por fim, teríamos: d) a onda de avaliação baseada na evidência (*The Evidence Wave*), onde é dada ênfase nas informações que geram melhores resultados. Tais resultados alcançados são tidos como evidências que devem subsidiar as intervenções; a evidência só se constitui enquanto tal após passar por criterioso exame científico, onde os experimentos randomizados e quase- experimentais são classificados enquanto meios mais eficazes para se produzir informações, enquanto a opinião do usuário, por exemplo, seria menos eficaz (Vedung, 2010).

As contribuições deste autor se aproximam do esforço analítico acerca da história da avaliação destacando suas diferentes características ao longo do século XX, assim como as formulações de Guba e Lincoln (2011) e Marvin C. Alkin (2004). No entanto, a metáfora utilizada por Vedung (2010) é interessante justamente por destacar a relação complexa entre rupturas e permanências de cada uma das quatro “ondas” de avaliação, superando assim, parcialmente, os riscos analíticos apontados por Furtado e Vieira-da-Silva (2014).

Ainda no contexto de críticas aos enfoques tradicionais, House (2004) irá problematizar o papel do avaliador em um contexto onde as premissas da avaliação são cada vez mais normatizadas por interesses políticos. A tendência da avaliação baseada em evidências e no pensamento neoliberal, conforme Vedung (2010), priorizam os métodos científicos mais tradicionais sob o argumento de que tais métodos seriam mais objetivos. A esse respeito, House (2004) chama a atenção para o fato de que os avaliadores devem estar atentos para as implicações e pressões políticas sobre os processos avaliativos, mas que a independência do avaliador em relação aos interesses dos gestores ou demais grupos envolvidos é fator fundamental para se produzir avaliações de caráter democrático e participativas (House, 2004, p. 13).

O autor formula uma proposta de avaliação pautada em um processo dialogado, que busque balancear os diferentes interesses e valores de todas as partes envolvidas numa determinada intervenção (House, 2004). A chamada Avaliação Democrática Deliberativa (*Deliberative Democratic Evaluation*) é fundamentada em três princípios gerais: 1) a inclusão de todas as informações relevantes e opiniões dos stakeholders, seus valores e interesses na avaliação; 2) extenso diálogo entre avaliadores e demais stakeholders, buscando o entendimento entre todos; e 3) deliberação feita por todas as partes para ajudar a alcançar conclusões válidas (House, 2004, p.12).

No que concerne à avaliação em saúde, há a compreensão de que a área se

estruturou em diferentes segmentações e especializações, inserindo profissionais em espaços específicos e com formações próprias, conforme nos mostra Novaes (2000)

Com atividades de avaliação em programas, serviços e tecnologias de saúde, podem atualmente ser identificadas diferentes “comunidades” de profissionais, inseridos em setores diversos e mais identificados com referenciais político-ideológicos e teórico- metodológicos específicos, geralmente vinculados a associações científicas e/ou profissionais que os representam. Entre as mais atuantes serão destacadas aquelas que desenvolvem práticas denominadas de “avaliação tecnológica em saúde”, “avaliação de programas” e “avaliação, gestão e garantia de qualidade”. (Novaes, 2000, p. 551)

Tais vertentes são originárias principalmente dos Estados Unidos e estruturaram-se no contexto dos anos 1960 a 1970, onde tal segmentação é mais perceptível do que nos chamados países em desenvolvimento (Nemes, 2001). Ainda segundo a autora, a prática da avaliação em saúde apresentou distinta trajetória histórica no Brasil, o que explicaria o fato de não haver se constituído entre nós um campo profissional para o avaliador (Ibid. p.08).

No que concerne à avaliação em saúde no Brasil, este espaço encontra-se em constante processo de construção de conceitos e abordagens metodológicas (Castanheira *et al.*, 2014). Enquanto espaço social constituído de relações entre agentes interessados em avaliar programas de saúde, Furtado e Vieira-da-Silva (2014) apontam três processos sociais que, concomitantemente, constituíram este espaço: a organização e estruturação do sistema público de saúde, o SUS; a constituição do espaço da Saúde Coletiva e a indução exercida por instituições internacionais de financiamento que exigiam processos avaliativos de projetos apoiados no país (Furtado e Vieira- da-Silva, 2014, p. 2647).

O advento do SUS e a reorganização do modelo de atenção pautada na APS, vem demandando um grande esforço no sentido de aferir a qualidade dos serviços (Castanheira *et al.*, 2014). A avaliação da qualidade de uma intervenção é uma entre diversas possibilidades de delimitação do foco de uma avaliação (Vieira-da-Silva, 2009). Entre as abordagens direcionadas a avaliar a qualidade destaca-se as formulações de Avedis Donabedian, originalmente concebidas para aferir a qualidade da assistência médica no nível médico- paciente (Donabedian, 2005). O processo assistencial é formulado por Donabedian enquanto um *continuum* composto de estrutura, processo e resultado, sendo que o maior conhecimento acerca da relação entre esta tríade confere maior validade ao juízo formulado (Donabedian, 2001). Para este autor, a qualidade é um conceito de difícil definição, mas estaria estruturada a partir de dois fatores: a tecnologia do cuidado médico, derivado do conjunto de conhecimentos técnicos advindos da ciência, e a aplicação destas técnicas na prática concreta, pautada sobretudo pelas relações interpessoais (Donabedian, 1980 *apud* Vieira-da-Silva, 2009).

Entre os esforços em se avaliar a qualidade da APS no Brasil destaca-se a diretriz presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que passa a adotar um componente de qualidade com o qual busca efetuar repasse de recursos a partir do

desempenho das equipes de atenção básica. O chamado Componente de Qualidade (CQ) é criado neste contexto enquanto indutor para o incremento de recursos em função do alcance de resultados contratualizados com equipes e municípios, tendo como base padrões de acesso e qualidade (Carvalho, 2003).

No âmbito da estratégia denominada “Saúde Mais Perto de Você”, este componente de qualidade modifica a forma de realizar os repasses financeiros federais para as equipes de saúde, condicionando seu incremento ao alcance das metas de qualidade. Para a mensuração dos resultados e avaliação do acesso e da qualidade, a PNAB define como estratégia principal o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB).

O incremento de recursos financeiros por meio da aferição dos resultados do PMAQ é apresentado enquanto estratégia do Ministério da Saúde para induzir “a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população” (Brasil, 2012, p. 97). Desta forma, a busca pela melhoria destes componentes da atenção primária, assim como o acompanhamento das ações das equipes de saúde por meio do monitoramento e avaliação, encontra-se imbricado com o repasse de recursos, em uma lógica onde o estímulo financeiro serve como indutor de uma padronização do modelo de atenção. Em relação a esta padronização, a criação da figura das Equipes de Atenção Básica (EAB) e sua inserção no PMAQ acaba permitindo a indução da qualidade para as equipes não organizadas enquanto Saúde da Família, conforme observa Fontenelle (2012).

Ainda que seja crescente o número de trabalhos e publicações que tratam da importância da avaliação, ainda é pouco comum encontrar sistemas rigorosos e sistemáticos de avaliação incorporados aos processos de tomada de decisões (Mokate, 2002). É ainda comum associar a avaliação a práticas autoritárias e como meio de controle, o que pode causar uma série de resistências quanto a sua realização (Furtado, 2006). Daí a importância de uma busca contínua pelo aprimoramento dos processos avaliativos, a fim de contribuir para o movimento de conversão da avaliação enquanto “*El mostruo*” para uma aliada de qualidade e valor para gestores e demais setores sociais interessados (Mokate, 2002).

Enfoques emergentes de avaliação de programas de saúde

Os enfoques emergentes de avaliação de programas em saúde vêm se consolidando enquanto alternativas aos modelos tradicionais e hegemônicos, a partir de um conjunto de críticas de caráter epistemológico, metodológico, ético e político (Mercado e Bosi, 2006). A abertura propiciada pela avaliação responsiva desenvolvida por Robert Stake (1975) foi essencial para o desenvolvimento de abordagens avaliativas centradas nas preocupações e nos problemas dos grupos participantes. O autor enfatiza a importância da avaliação se estruturar a partir da interação e comunicação com o público interessado, no sentido de propiciar uma compreensão ampliada do ente avaliado por seu público (Stake, 1975; Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004).

Guba e Lincoln (2011) criticam os modelos centrados no enfoque positivista ao denunciarem aspectos como a descontextualização dos objetos avaliados em nome de uma pretensa neutralidade ou do controle de variáveis, a dependência exagerada da mensuração quantitativa formal sob o argumento de maior rigidez dos dados levantados, a crença na confiabilidade dos instrumentos de avaliação que gerariam verdades indiscutíveis, a falta de abertura para outras alternativas metodológicas de compreensão do real e a noção de isenção de valores e posicionamentos políticos, que liberavam o avaliador de qualquer responsabilidade moral ou política (Guba e Lincoln, 2011, p. 46).

No Brasil e na América Latina, a profusão de diferentes enfoques emergentes da avaliação de programas de saúde vem acompanhada do uso de diferentes nomenclaturas, como participantes, democráticas, críticas, qualitativas, de baixo para cima, colaborativas, deliberativas, dialógicas, entre outras (Mercado e Bosi, 2006). O referencial teórico da avaliação de quarta geração tem sido utilizada no campo da saúde, como atestam trabalhos publicados na área da saúde mental (Kantorsky *et al.*, 2011; Wetzel, 2005; Onocko Campos, 2009; Schneider, 2009). A despeito do crescente interesse e desenvolvimento destas abordagens, ainda persistem desafios de distintas ordens no que concerne à avaliação sob os enfoques emergentes, como analisado por Mercado *et al* (2006). O referido estudo aponta desafios a serem superados no que tange à dimensão teórico-conceitual, política, metodológica e ao uso dos resultados das avaliações, além de uma falta de cruzamento entre os referenciais locais, mantendo uma dependência com outros autores, principalmente os anglo-saxões (Mercado et al, 2006).

Neste estudo, a avaliação é concebida enquanto construção social que envolve o diálogo constante com os agentes inseridos em determinados programas, considerando os aspectos contextuais e históricos que dão significado ao objeto-sujeito avaliado (Guba e Lincoln, 2011). Do ponto de vista metodológico, o referencial da avaliação de quarta geração propõe um processo de construção das informações baseado em constante diálogo, considerando o processo cumulativo em torno da participação de *stakeholders*, enquanto busca construir consensos temporários acerca da problemática que se pretende avaliar. Trata-se de um processo de construção compartilhada de informações a partir de um movimento de encontros e reencontros com os atores envolvidos na intervenção avaliada, de modo a constituir um movimento contínuo que agrupe o máximo de perspectivas possíveis (Guba e Lincoln, 2011).

As análises empreendidas neste estudo estão estruturadas na combinação dessas abordagens, que resultam em um processo investigativo caracterizado pela inserção, convivência e diálogo constante do pesquisador no contexto onde se desenvolve a prática dos agentes envolvidos com o Programa. Tratou-se de realizar imersão no cotidiano destes agentes, com o intuito de construir interpretações acerca dos significados atribuídos à sua prática, de modo a produzir quadros compreensivos que se aproximem das chamadas perspectivas nativas destes agentes. A partir desta categorização, empreendemos diálogo com os referenciais definidos neste estudo enquanto critérios para a avaliação, quais sejam: as características das práticas que conformam os atributos de integralidade e

vínculo longitudinal na atenção primária em saúde (Ayres, 2012; Brasil, 2012, Cunha, 2009; Mattos, 2004; Starfield, 2002; Cunha e Giovanella, 2011), tendo como aspecto central o papel exercido pelos profissionais oriundos do PMM.

Avaliação de quarta geração

Formulada por Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln (2011), a avaliação de quarta geração, ou avaliação construtivista e responsiva, emerge a partir das críticas destes autores aos modelos tradicionais de avaliação de gerações anteriores, pautados predominantemente pelo paradigma positivista da realidade. Todas as gerações anteriores de avaliadores incorporaram o paradigma científico enquanto norteador de suas investigações, produzindo algumas análises e resultados tidos como “lastimáveis” (Guba e Lincoln, 2011, p.44).

Entre os equívocos produzidos pela predominância do enfoque positivista das três primeiras gerações de avaliadores (aquelas cujo enfoque predominante foi a mensuração, descrição e julgamento) estão a descontextualização dos objetos avaliados em nome de uma pretensa neutralidade ou de um controle das variáveis; a dependência exagerada da mensuração quantitativa formal sob o argumento de maior rigidez dos dados levantados; a crença na confiabilidade dos instrumentos de avaliação que gerariam verdades indiscutíveis, apontando os resultados como “as coisas certas a se fazer” (Ibid. p.45); a não abertura para outras alternativas metodológicas de compreensão do real e a noção de isenção de valores e posicionamentos políticos, que libera o avaliador de qualquer responsabilidade moral ou política (Ibid. p. 46).

Grande parte das críticas destes autores concentra-se em questões epistemológicas fundamentais do paradigma positiva quanto à investigação científica, como a crença em uma realidade objetiva externa ao sujeito e indiferente a seus interesses. À ciência caberia a tarefa de descrever tal realidade externa e revelar suas leis de funcionamento, e para isso, é necessário o controle, manipulação e o distanciamento por parte do investigador.

Em contraposição à esta concepção predominante no campo da avaliação os autores desenvolvem uma proposta que se estrutura a partir de uma compreensão construtivista e dialética da realidade, onde a avaliação é tida enquanto uma construção social que envolve o diálogo constante com os agentes inseridos em determinados programas, considerando os aspectos contextuais e históricos na medida em que busca construir consensos em torno do objeto-sujeito avaliado. O referencial da avaliação de quarta geração propõem um modelo dialético de construção das informações, considerando o processo cumulativo em torno do diálogo com diferentes participantes no sentido de construir um consenso temporário acerca da problemática em questão.

Para tanto, os autores deste enfoque avaliativo propõem a figura do círculo hermenêutico dialético enquanto um referencial para o trabalho de campo. A imagem abaixo ilustra o processo de construção das informações a partir de um movimento de encontros e reencontros com os atores envolvidos na intervenção avaliada, de modo a constituir um movimento circular e contínuo que agrupe o máximo de perspectivas possíveis.

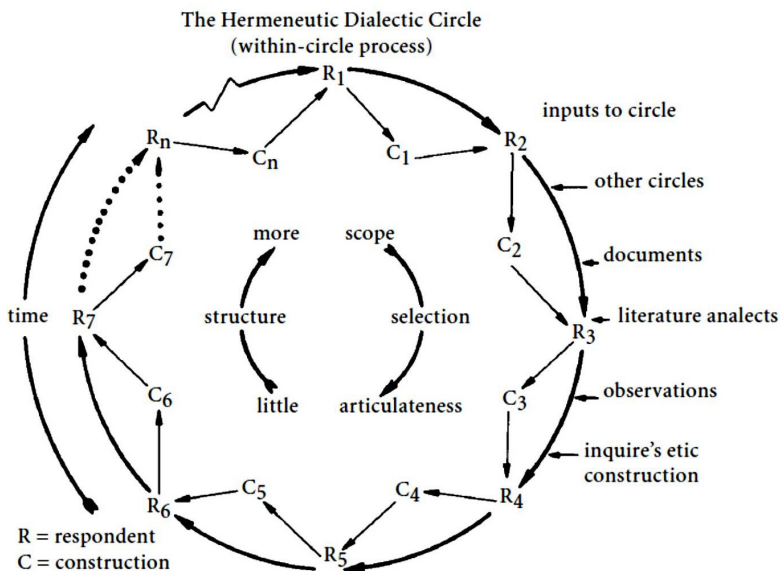


Figura 1. Círculo hermenêutico dialético. Guba e Lincoln, 2011.

A premissa que sustenta este paradigma alternativo ao paradigma científico é o de que “não existe nenhuma realidade única e real, mas apenas múltiplas realidades construídas pelos seres humanos” (Ibid. p.74). A ontologia realista é assim substituída pelo paradigma relativista, que acolhe múltiplas construções. Deste ponto de vista, a realidade ou a natureza não existe por si, mas é antes construída e vista por um determinado horizonte impregnado de valores (Ibid. p.76). Os autores avançam em suas reflexões no que se refere à relação entre sujeito e objeto, argumentando que o conhecimento é fruto de uma interação entre os seres humanos ou entre seres humanos e objetos, sendo portanto os resultados de uma investigação construídos por meio desta relação.

O enfoque da avaliação de quarta geração estrutura-se, portanto, a partir da problematização das concepções positivistas da realidade e suas limitações, a partir da adesão à uma ontologia relativista (Ibid. p.98). As construções humanas seriam concebidas por indivíduos que dão sentido as suas ações, no sentido de uma racionalidade hermenêutica a partir das diversas interpretações subjetivas que cada ator em determinado contexto constrói e atribui sentido à sua existência.

O trabalho de Guba e Lincoln representa um avanço inegável quanto as discussões de natureza ontológica e epistemológica para o campo da avaliação. Suas formulações em torno da avaliação de quarta geração tem problematizado os limites e vieses produzidos por gerações anteriores e atuais de avaliadores que, sustentados pelo paradigma positivista, produziram trabalhos cujos enfoques pavimentaram um *modus operandi* no campo da avaliação que predomina até hoje, a despeito do avanço dos chamados enfoques emergentes (Mercado e Bosi, 2006), que podem ser notados a partir de trabalhos que utilizam o referencial teórico da avaliação de quarta geração no campo da saúde, sobretudo

na área da saúde mental (Kantorsky *et al.*, 2011; Wetzell, 2005; Onocko Campos, 2009; Schneider, 2009) e também na área da educação (Oliveira, 2001).

No entanto, as reflexões dos autores acerca das relações entre subjetivismos e objetivismo dão ênfase à dimensão subjetiva de construção e interpretação das informações, a partir da relativização de diferentes perspectivas dos indivíduos. A ênfase na interpretação hermenêutica dos significados que os sujeitos atribuem às situações em que estão imersas se coaduna com a tendência dicotômica apontada por Pierre Bourdieu no interior das Ciências Sociais de forma geral, onde o mundo social é reduzido às representações destes sujeitos. Neste sentido, caberia aos pesquisadores ou avaliadores o papel de produzir uma “explicação da explicação” (Bourdieu, 1983, p.150). É neste sentido que defendemos aqui que as formulações de Bourdieu podem agregar elementos para esta discussão, no sentido de ampliar a base conceitual da avaliação de quarta geração a partir dos conceitos de *habitus* e campos.

Na terceira parte do livro “Coisas Ditas”, intitulado “Espaço Social e Poder Simbólico”, Bourdieu discorre sobre aquele que seriam os princípios teóricos de seu pensamento, ou o “rótulo” que melhor se adequaria a seu trabalho: o construtivismo estruturalista. A dimensão estruturalista de seu pensamento, conforme discorre o autor francês, advém do pensamento de Ferdinand de Saussure e de Claude Lévi-Strauss e se refere a existência de “estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, as quais são capazes de orientar ou coagir suas práticas e representações” (Bourdieu, 1990, p. 149).

Bourdieu posiciona-se de contra à dicotomia entre as esferas subjetivas e objetivas, ou entre as estruturas e as representações que permeia a trajetória histórica das Ciências Sociais. Seu conceito de *habitus* agrega tantos elementos estruturais, que estão na base da constituição subjetiva dos agentes e são forjados ao longo de uma trajetória histórica que carrega as marcas e disposições oriundas de determinados campos sociais, quanto representações simbólicas estruturantes destes campos. Essa relação dialética confere ao mundo social dimensões distintas, mas complementares, que dão significado à realidade a partir das interações objetivas cujas posições no espaço social variam de acordo com o acúmulo e reconhecimento do capital simbólico.

Desta forma, podemos considerar que a concepção teórica da avaliação de quarta geração complementa-se ao agregar a concepção bourdieusiana em torno da relação entre as estruturas e as representações simbólicas que configuram os diferentes campos sociais e suas regras. O conjunto de críticas dos formuladores da avaliação de quarta geração aos vícios da abordagem científica gerou no âmbito teórico uma ênfase no relativismo e na interpretação simbólica dos diferentes pontos de vistas dos sujeitos imbricados com determinada intervenção alvo de um processo avaliativo. Tal postura guarda méritos inegáveis quanto ao avanço da incorporação da dimensão ética e política na avaliação, que o paradigma positivista afastou de suas principais preocupações, no momento em que buscou incorporar a participação e a democracia enquanto componentes essenciais da avaliação.

No entanto, flerta com concepções demasiadas subjetivistas ao não tratar, ao menos de forma central, das relações entre estruturas objetivas e a subjetividade dos agentes. As formulações de Bourdieu dão conta de expandir as bases analíticas em torno da construção de informações acerca da realidade social para a avaliação de quarta geração, convertendo-se em um recurso de complementariedade teórica para esta abordagem.

Neste trabalho o referencial da avaliação de quarta geração subsidiará a definição de um paradigma construtivista, onde as informações são construídas a partir de um processo dialógico, não estando disponíveis *a priori* para “coleta”. As percepções, opiniões, reivindicações, preocupações e questões mais gerais advindas do diálogo com as pessoas envolvidas com o Programa serão a base para construção da avaliação, em um sentido responsivo. Como discutido anteriormente, não abriremos mão do recurso a dados e informações de natureza quantitativa, entendendo a complementariedade existente entre tais dimensões da realidade, mas preservando o enfoque qualitativo enquanto principal norteador metodológico tanto para a construção das informações, quanto para a análise.

Estudo de caso

Neste estudo abordamos o PMM por meio de uma compreensão em profundidade do contexto nos quais os agentes se relacionam e materializam a estratégia do programa. Para tanto, será utilizada a abordagem etnográfica, que pressupõe “descrição densa”, no sentido de que os dados não são apenas apreendidos, mas interpretados, para que os vários significados atribuídos a experiências concretas possam ser revelados (Geertz, 1989). É preciso ressaltar que essa busca dos significados da experiência humana não se refere apenas ao “objeto” de pesquisa, mas envolve, também, o pesquisador, numa relação entre diferentes subjetividades (Lévi-Strauss, 1993, p. 19).

Este estudo baseia-se em metodologias qualitativas de pesquisa, entendida enquanto um enfoque científico que lida diretamente com o universo de significados, motivos e aspirações, assim como do conjunto de crenças, valores e atitudes das pessoas, individualmente ou em grupos (Minayo, 2009). Trata-se de abordagem cujo objetivo é compreender em profundidade o fenômeno no qual nos debruçamos, neste caso, a relação entre o PMMB e os atributos de longitudinalidade e integralidade, tendo o referencial qualitativo enquanto base ontológica, epistemológica e metodológica (Furtado, 2013).

A ênfase predominante no método, em prejuízo à realidade que se pretende investigar, levou autores como Demo (2006) a criticar o que chamou de “ditadura do método” para se referir a enfoques exageradamente quantitativos e objetivistas. A perspectiva qualitativa, por sua vez, caracteriza-se pelo reconhecimento da subjetividade e da dimensão simbólica enquanto partes integrantes da realidade social, aspectos estes dificilmente captados a partir de instrumentos fechados (Minayo, 2014).

Entretanto, a partir do pressuposto de que a realidade se constitui de uma dimensão extensiva, passiva de ser captada por meio de padronizações, frequência e ocorrência de determinados ações, conferindo linearidade e certa previsibilidade aos fenômenos, e uma dimensão intensiva, no sentido de profundidade de significados e concepções, sendo

acessada por intermédio do diálogo e da relação humana direta, é possível afirmar que entre enfoques qualitativos e quantitativos não existe dicotomia, e sim complementaridades (Demo, 2006, p. 8).

Mais precisamente, abordaremos um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, no qual as fronteiras entre objeto de estudo e contexto não são claramente evidentes e cuja aproximação requer a utilização de múltiplas fontes (Yin, 2001). A abordagem de estudo de caso faz uso, entre outras técnicas, da entrevista e da observação enquanto formas de construção das informações (Ibid. 2001). Neste estudo realizamos entrevistas semiestruturadas que, segundo Minayo (2014), permite a coleta de informações por meio de um discurso livre do participante acerca da temática da pesquisa. As questões presentes no roteiro da entrevista têm o propósito de nortear o diálogo, mas não se presta ao cerceamento da fala dos participantes, de modo que as perguntas feitas pelo entrevistador apresentam a função de aprofundar determinadas reflexões sobre o objeto pesquisado (Ibid., 2014).

No que se refere à observação participante, trata-se de uma técnica de aproximação e compreensão da realidade empírica, componente da abordagem etnográfica, na qual o pesquisador tem a oportunidade de relativizar seu próprio espaço social e se posicionar a partir do ponto de vista de outros sujeitos, ou buscar “se colocar no lugar do outro” (Minayo, 2014. p.274). A observação possibilita que o pesquisador transmita aquilo que viu e vivenciou e o que lhe foi dito e evidenciado pela experiência de campo no processo de aproximação com o sujeito pesquisado (Caiafa, 2007).

Neste estudo, a observação variou de uma observação assistemática nos primeiros contatos com o campo, cujo objetivo foi registrar fatos da realidade sem o recurso de técnicas especiais, de forma a estabelecer uma relação mais próxima da realidade do trabalho nas unidades de saúde, para uma observação participante (Boni e Quaresma, 2005). Esta última técnica foi utilizada como estratégia de imersão ao contexto onde se desenvolve as ações em torno do trabalho dos médicos do PMMB, tendo sido realizado esforço para que houvesse uma integração entre pesquisador e grupo pesquisado de forma ativa (Ibid., 2015.) Aspectos como impressões pessoais, conversas, dinâmicas de comportamentos e relações, dentre outros aspectos foram registradas em diário de campo (Minayo, 2009), de modo a compor a base para análise e interpretação das informações construídas.

Somadas a estas técnicas já elucidadas como componentes do estudo de caso, realizamos ainda grupos focais (GF). A premissa da técnica de GF é a de que os dados coletados a partir de interações grupais constituem importante meio na construção de informações, desde que seja possível a criação de um ambiente favorável à discussão, onde os participantes possam externar suas percepções e opiniões (Trad, 2009).

Modelos Lógicos na Avaliação em Saúde

O uso de modelos lógicos ou teóricos na avaliação em saúde apoia-se na convicção da importância em se elucidar a teoria das intervenções enquanto etapa essencial da avaliação, sustentada amplamente por meio da constatação dos limites da chamada avaliação de “caixa preta”. Para Medina *et al* (2005) a ausência da teoria na avaliação de programas resultou em avaliações do tipo insumos/produtos, insensíveis aos diferentes contextos políticos e organizacionais, mais centrado na mensuração dos efeitos em detrimento da descrição dos vínculos complexos entre os recursos, as atividades e os efeitos esperados (Champagne *et al.*, 2011). Desde a publicação dos primeiros artigos a respeito, datados do fim dos anos 1980, a modelização das intervenções tem ganhado importância, atestando assim o valor da perspectiva teórica na avaliação de programas (Ibid., 2011).

Autores que se dedicaram muito a este tema, como Huey-tsyh Chen, estabelecem uma distinção entre teoria do programa e modelo lógico, ao passo que outros autores utilizam essas expressões indiferentemente (Champagne *et al.*, 2011). Estes autores apontam ainda que a construção de modelos lógicos pode ser mais complexa ou mais simples, a depender da necessidade e da utilização da avaliação, estando aberto a um refinamento maior ou a focalização de determinados níveis do programa.

Na prática, o uso de modelos lógicos emerge enquanto uma proposta de organização das atividades componentes de uma determinada intervenção de forma articulada aos resultados esperados, onde as hipóteses e as ideias subjacentes ao sentido da intervenção possam ser apresentadas (IPEA, 2010). O modelo lógico auxilia ainda na descrição da intervenção a ser avaliada de modo a facilitar o planejamento e a comunicação sobre o que se pretende alcançar com a intervenção e qual a lógica de funcionamento esperada (Kellogg Foundation, 2004). A ideia de modelo lógico enquanto uma forma de antecipar e esclarecer os caminhos que deverão ser seguidos para uma determinada intervenção alcançar seus objetivos, tal qual um mapa (Kellogg Foundation, 2004), resume bem a concepção acerca dos potenciais usos desta ferramenta.

Ao estabelecer o modelo lógico de uma intervenção o avaliador avança no sentido de tornar inteligível as intenções subjacentes a uma determinada ação, os recursos necessários para iniciar esta ação, as atividades a serem desenvolvidas, seus resultados e impactos esperados. Trata-se, portanto, de um exercício essencialmente teleológico, onde o real e o ideal são transmutados e evidenciados a partir de imagens, fluxos e componentes causais. Diferentemente de outras teorias sociais, a teoria na avaliação de programas tem como elemento fundamental sua característica prescritiva, ou seja, além de descrever determinada intervenção deve também apontar sugestões acerca do que deve ser feito para tornar algo melhor ou atingir determinados objetivos (Chen, 1990 p. 8). Este autor, tido como aquele que provavelmente mais desenvolveu a técnica de modelização (Champagne *et al.*, 2011) irá defender que a construção da teoria do programa deve agregar tanto as perspectivas, ideias e expectativas dos principais interessados na avaliação, quanto a consulta e análise de todo

o conhecimento disponível sobre o programa avaliado, assim como a observação direta de seu funcionamento (Chen, 1990). Esta proposta de construção da teoria do programa que busca incorporar tanto os saberes científicos (provenientes das ciências sociais) quanto os saberes dos grupos implicados na avaliação (Medina *et al*, 2005) constitui-se enquanto uma abordagem integrativa, no sentido do termo atribuído por Chen (1990).

Ainda que a metodologia de modelos teóricos não faça parte do conjunto de procedimentos da avaliação orientada pela quarta geração, sua elaboração aumenta a compreensão do avaliador e dos participantes acerca do processo de operacionalização de um Programa (Furtado, 2006). Neste trabalho a elaboração do modelo lógico do PMM compôs a fase de aproximação com o Programa, e foi útil na elucidação dos componentes gerais de sua proposta assim como as hipóteses subjacentes que justificam sua implementação.

Caracterização das atividades de campo

Em fase exploratória para preparação da proposta do estudo, foram feitas imersões junto a um grupo com mais de 700 médicos oriundos de Cuba recém-chegados ao Brasil, em fase de acolhimento e preparação técnica para assumirem os postos nos municípios designados. Foram acompanhadas aulas com médicos brasileiros sobre as questões epidemiológicas do País, protocolo de atendimento às principais doenças e agravos e língua portuguesa, durante o período de uma semana, em abril de 2014. Ainda em fase exploratória, foi possível realizar dois grupos focais com aproximadamente 20 médicos, no contexto de uma pesquisa acerca do curso de Saúde da Família ofertado aos participantes do PMM. Estas experiências serviram para aproximar o pesquisador do objeto geral de pesquisa, permitindo a identificação de possíveis questões a serem exploradas na proposta da avaliação.

O estudo de caso compreendeu dois municípios da região metropolitana da Baixada Santista no estado de São Paulo, selecionadas a partir de amostragem intencional que seguiu os seguintes critérios: indicação da gestão municipal, pactuado em reuniões prévias; unidades com médicos do Programa localizadas em regiões periféricas e com baixo desenvolvimento social e a viabilidade de acesso do pesquisador ao cotidiano das equipes. Três unidades de saúde, uma no município de Cubatão e duas no município de Santos constituíram os casos acompanhados (quadro 1). No total, quatro médicos oriundos do Programa estiveram envolvidos neste estudo: USF1 - uma médica cubana; USF2 - um médico brasileiro com formação em Cuba (M1); USF3 – uma médica cubana e um médico boliviano (M2, M3).

Cubatão	Santos	
USF 1	USF 2	USF 3
Grupo Focal (GF1) com agentes comunitários de saúde	Observação participante no período de julho a setembro de 2016 (aprox. 100 horas)	Observação participante no período de julho a setembro de 2016 (aprox. 100 horas)
Entrevistas semiestruturadas com: chefe da divisão de atenção básica (E1), duas assessoras que atuam no acompanhamento do PMM(E2, E3), chefe da divisão de atenção à saúde(E4), enfermeira (E5), duas ACS (E6,E7), e gestora da unidade (E8)	Oficina de validação das informações com médico do PMM (OF1:M1)	Oficina de validação das informações com ACS (OF2) Oficina de validação com dois médicos do PMM (OF3:M2,M3)

Quadro 1. Cidades, unidades de saúde, participantes e estratégias de construção das informações.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo sido a realização do campo precedida por distribuição de termos de consentimento livre e esclarecido a todos os participantes.

Análise do material construído no campo

Durante a observação buscou-se participar do maior número de atividades cotidianas realizadas pelas equipes de saúde e pelos médicos, como visitas domiciliares, grupos de promoção e educação em saúde, consultas clínicas individuais, reuniões de equipe e encontros de matriciamento. Além destas atividades específicas, foi dada especial ênfase na criação de uma relação de confiança com as equipes de saúde, criando inúmeros espaços de diálogo e aproximação com a rotina dos serviços de saúde.

As informações construídas na interação com os participantes foram sistematizadas e colocadas em debate à medida que havia envolvimento de outros agentes de interesse, de modo a validá-las e atingir consensos entre os participantes, a partir da metodologia do círculo hermenêutico dialético (Guba e Lincoln, 2011). Os espaços para esta etapa foram as oficinas de validação das informações realizadas com médicos do programa e ACS (OF1, OF2 e OF3). Tais construções ganharam mais consistência e validade à medida em que eram discutidas juntos a estes diferentes agentes de interesse.

Durante todo o processo, foram elaborados diários de campos com notas intensivas e descritivas acerca da experiência etnográfica. Posteriormente foram feitas as transcrições das entrevistas, grupos focais e oficinas realizadas. A análise do material elaborado nas

entrevistas, observação e grupos focais teve como categorias os critérios referentes às práticas de longitudinalidade e integralidade organizados a partir da literatura específica. Foi adotado o processo de “análise de campo”, no qual os diários de pesquisa eram frequentemente revistos, de modo a realizar os aprofundamentos necessários, bem como elaborar conclusões provisórias para posterior verificação (Worthen, Sanders, Fitzpatrick, 2004).

Impressões pessoais, conversas, dinâmicas de comportamentos, relações, dentre outros aspectos, foram registradas em diário de campo de modo a compor a base para análise e interpretação das informações construídas (Minayo, 2014). O material empírico foi organizado e submetido a uma pré-exploração de seu conteúdo, fase de impregnação e compressão do material na qual aspectos importantes foram organizados de forma não estruturada para fases posteriores da análise e interpretação (Minayo, 2014).

A interpretação dos dados envolveu a atribuição de valor e julgamento do objeto avaliado por parte do avaliador, que buscou estabelecer relações conceituais das categorias analíticas com o material empírico para emissão das conclusões (Worthen, Sanders, Fitzpatrick, 2004). As interpretações oriundas desta relação buscaram manter coerência com o que foi produzido na convivência com os participantes, de modo a preservar os significados atribuídos pelos agentes à relação com os médicos do Programa e seu trabalho no interior das equipes. Por fim, a interpretação das informações construídas na relação direta com os trabalhadores das unidades de saúde serviu como base para responder a seguinte questão avaliativa: a vinda dos médicos do PMM afetou os atributos de integralidade e longitudinalidade na prática das equipes de Saúde da Família?

ANÁLISE LÓGICA DO PMM

O conjunto de recursos, estratégias e objetivos esperados foram extraídos e sistematizados dos documentos acerca da proposta do programa para elaboração de um modelo lógico operacional (Imagem 1), que estabelece a estratégia para operacionalizar o programa, por meio da organização e relação entre os recursos, as atividades desenvolvidas e os efeitos esperados

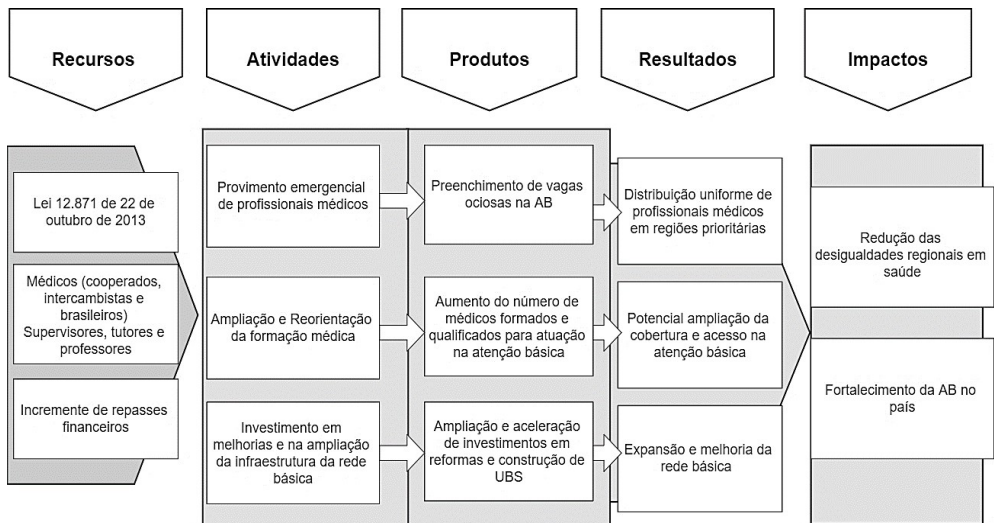


Figura 2. Modelo Lógico Operacional do Programa Mais Médicos

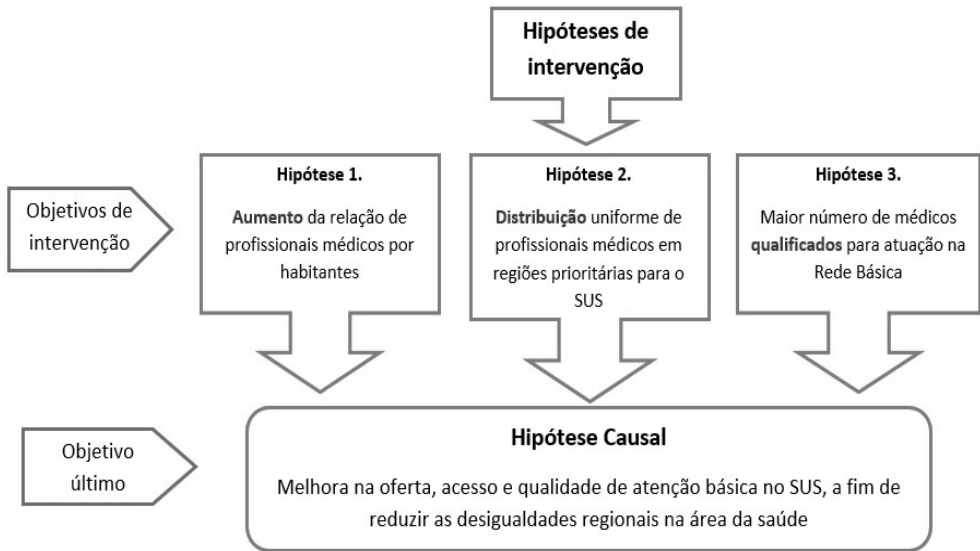


Figura 3. Modelo Teórico - Hipotético do Programa Mais Médicos

Com base nos modelos acima, é possível compreender que o PMM se baseia na premissa de que a distribuição de médicos em regiões prioritárias para o SUS pode reverter o quadro de desigualdade na assistência à saúde na atenção básica, ampliando a cobertura e o acesso da população em municípios e regiões com baixa oferta de médicos. O eixo de reorientação da formação aparece relacionado à qualidade da atenção ofertada à população, com as mudanças propostas para os currículos dos cursos de medicina de forma a priorizar a formação para o SUS. A obrigatoriedade de internato médico de um a dois anos em Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, para ingresso nos demais programas de residência médica são estratégias que visam qualificar o médico para o trabalho na atenção básica (Brasil, 2013).

Dessa forma, compreende-se que, ainda que a qualidade da atenção básica figure enquanto um componente da estratégia do programa, seu alcance parece atrelado ao eixo de reorientação da formação médica, cujo efeito será perceptível a médio e longo prazo. Em seu eixo de provimento emergencial, a qualidade da atenção em saúde parece restrita ao alcance dos atributos de acesso e cobertura, sem considerar as formas ou ainda especificar o sentido de qualidade que se busca no contexto do programa.

O investimento na formação contínua dos médicos participantes por meio de curso de especialização em saúde da família, tutoria acadêmica e supervisão profissional são medidas que visam a qualificação do trabalho destes profissionais, mas não se estendem ao conjunto de trabalhadores das equipes de saúde, fato apontado por Campos e Junior (2016) como limitador do alcance do PMM. Para os autores, permanece o desafio de ampliar a assistência em saúde para além da assistência médica, no sentido de investir em processos interprofissionais e intersetoriais e “mudança dos modelos gerencialistas

de gestão e atenção, trazendo maior olhar da clínica ampliada e da promoção da saúde” (Campos e Junior, 2016, p.2661).

Nos modelos desenvolvidos, as diferentes etapas de implementação do PMM se relacionam de modo a constituir um caminho linear pelo qual se espera alcançar os objetivos propostos, sem, no entanto, considerar as particularidades do contexto, as aptidões e desejos dos diversos agentes envolvidos com o programa e as relações entre estes agentes na dimensão das práticas em saúde, que necessariamente modificarão o projeto anteriormente idealizado. A este respeito, Arretche (2001) afirma que é preciso admitir que a “implementação modifica as políticas públicas”.

Parte-se da compreensão que o PMM é uma estratégia cujo processo está em constante transformação, inter-relacionado com o papel exercido por seus diversos atores e implicados no contexto histórico, social, político e econômico (Potvan et al., 2006). Os diversos fatores que incidem no desenvolvimento de uma determinada intervenção em saúde são aqui entendidos enquanto partes componentes de uma realidade complexa, significada e significativa a partir de múltiplas determinações e interações entre sujeito-estrutura, objetividade-subjetividade (Potvan et al., 2006, Bourdieu, 1990). Assim, a estratégia de provimento de médicos do PMM pode se beneficiar de análises que considerem o encontro entre os profissionais médicos que dele fazem parte e os demais agentes envolvidos com sua prática, com base em categorias que considerem especialmente a interação entre estes grupos na dimensão das práticas em saúde.

DESCRIÇÃO DENSA: UNIDADES DE SAÚDE E TERRITÓRIO

USF 1: O município de Cubatão

Cubatão é um município do estado de São Paulo com 118 mil habitantes, único integrante da região da Baixada Santista não litorâneo, cuja economia estrutura-se em torno do polo petroquímico da Petrobrás. Cubatão apresentou em 2015 uma taxa de mortalidade infantil de 18,5 óbitos por mil nascidos vivos, sendo a segunda pior taxa entre os municípios da 4ª Diretoria Regional de Saúde (DRS-04) do estado São Paulo (Seade, 2017).

Devido às características geográficas e a presença do polo petroquímico, Cubatão figura como um dos municípios mais poluídos do país, com índice de 39,79 microgramas de materiais particulados por metro cúbico, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que este índice não deveria ultrapassar a marca de 10 microgramas por metro cúbico (Ministério da Saúde, 2016).

Dentre os quatro departamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão encontra-se o Departamento de Atenção à Saúde, onde insere-se a divisão de Atenção Básica. Ligados à atenção básica, o município possui 6 UBS consideradas tradicionais e 11 organizadas segundo a Estratégia de Saúde da Família, que totalizam 16 equipes de Saúde da Família, além de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Atenção

Básica possui 120 agentes comunitários de saúde (Cubatão, 2014).

O município solicitou em 2013 oito profissionais por intermédio do Programa, sendo contemplados com quatro médicos, todas mulheres oriundas de Cuba. Em 2014 foram selecionados mais dois médicos, sendo uma mulher de nacionalidade cubana e um homem brasileiro, totalizando seis médicos do programa no total.

USF 1. A unidade de saúde da família selecionada para o estudo de caso fica em uma vila localizada na periferia da cidade, na divisa com o município de Santos. O território em questão fica entre uma rodovia estadual que permite acesso ao município de Cubatão e Santos, paralela a uma linha de trem muito movimentada e o rio Cubatão, que na outra extremidade é marcado por uma grande região de manguezal.

Trata-se de um território marcado pela presença do tráfico de drogas, sendo uma zona de conflitos frequente entre policiais e traficantes. Os trabalhadores da unidade de saúde frequentemente relatam casos relacionados à violência na região, como assaltos e homicídios. O bairro é marcado por moradias populares de alvenaria, sendo que na parte mais próxima ao rio há ainda moradias mais precárias, construídas em madeira sobre palafitas nas regiões alagadas do mangue. Durante o acompanhamento das atividades nesta unidade, fomos desencorajados a transitar pelo território, devido ao risco de suscitar desconfiança por parte dos agentes do tráfico de drogas, de modo que a compreensão sobre aspectos do trabalho da equipe no território foi limitada.

A unidade de saúde conta três equipes de Saúde da Família, e recebeu uma médica do Programa, de nacionalidade cubana. A unidade funciona em prédio próprio, com estrutura formada por sala de reuniões, a sala de espera, três consultórios clínicos para médicos e uma sala para enfermagem, além de sala de gerencia, vacina, copa e sala de reuniões para agentes comunitários.

Além da unidade de saúde, a construção das informações em Cubatão também envolveu entrevistas com gestores do departamento de atenção básica do município e assessoras que trabalham no contato direto com os médicos do PMM, realizados na sede da secretaria municipal de saúde.

USF 2 e 3: O município de Santos

Santos é o maior município litorâneo do estado de São Paulo, pertencente à macrorregião metropolitana da Baixada Santista, cuja população estimada é de 434.359 mil habitantes em 2016 (IBGE, 2017). A região metropolitana da Baixada Santista, pertencente à 4ª Diretoria Regional de Saúde (DRS-04) apresenta a maior taxa de mortalidade infantil do estado, com 14,6 óbitos por mil nascidos vivos no primeiro ano de vida (SEADE, 2017), ocupando a quinta posição em número de população residente dentre as dezessete DRS do estado de São Paulo. Santos, por sua vez, apresenta a segunda melhor taxa de mortalidade infantil entre os nove municípios pertencentes à DRS-04, com 10,7, em 2015 (SEADE, 2017).

A rede de atenção básica do município de Santos é constituída de 13 Unidades de Saúde da Família, 17 Unidades Básica de Saúde, 21 equipes de Saúde da Família e ainda 03 Núcleos de Apoio a Saúde da Família. O município conta atualmente com 26 profissionais oriundos do Programa Mais Médicos (Brasil, 2017), distribuídos em 15 unidades de saúde, sendo 09 Unidades Básicas de Saúde e 06 Unidades de Saúde da Família (Santos, 2016). A pesquisa de campo foi realizada em duas unidades de saúde do município que contavam equipes de Saúde da Família, cujos nomes serão mantidos em sigilo para evitar eventuais identificação dos participantes.

USF 2. Inserida no prédio de uma associação de melhoramentos do bairro, a única equipe de saúde da família atende a população de dois bairros diferentes, separados por uma linha de trem de cargas portuárias. Trata-se de dois territórios próximos cobertos pela equipe, mas com características muito distintas. O bairro onde se localiza a unidade é estruturado com ruas pavimentadas, e devido à distância do centro da cidade conta com uma única linha de ônibus que faz o trajeto de ida e volta até o terminal central. A frequência de circulação do ônibus não ultrapassa trinta minutos em dias normais, e os motoristas responsáveis pela linha são sempre os mesmos, de modo que a população do bairro reconhece e interage com estes profissionais. O perímetro do bairro é circundado por árvores enormes que deixam as ruas das bordas frescas e agradáveis para as caminhadas realizadas como parte das atividades em grupo da unidade de saúde, além de contar com ao menos três restaurantes, padaria, quadra esportiva, escola, praça pública, área de lazer para crianças, posto de combustível e a própria associação de melhoramentos do bairro, que originalmente abriga um clube de bocha. A habilidade dos moradores praticantes do esporte no bairro é constatada a partir dos inúmeros troféus que enfeitam as prateleiras do grande salão da associação, hoje convertida em sala de espera da unidade de saúde. Duas salas do grande galpão da associação foram equipadas para servir como consultório e sala de triagem. Esta última é bem pequena e apertada, abrigando também armários usados para armazenagem de medicamentos, computador, estante com livros e outros materiais e uma mesa para anotações e realização de exame de pressão sanguínea. Uma nova unidade está em construção nas proximidades da associação, uma praça. Essa obra causa inquietação e ansiedade nos membros da equipe e na população, assim como gera críticas em relação à entrega da unidade pelo poder público, que já deveria ter sido realizada. Há ainda tensões em relação a pessoas que realizam furtos de materiais de construção da obra, o que causaria atrasos em sua conclusão.

O outro território coberto pela equipe de saúde é separado do bairro por uma estrada muito utilizada por caminhões carregados que saem do porto de Santos e emitem muitos ruídos e poluição, paralelo a uma estrada de ferro cujo tráfego de trens é intenso. Trata-se de uma vila cujo acesso é realizado mediante travessia da linha do trem, de um lado, e acessível somente por barco, do outro, já que uma de suas extremidades é contornada por um grande canal fluvial, cuja vegetação predominante é o mangue. A vila foi construída ao lado de uma antiga área de descarga de lixo, popularmente chamado de *lixão*, por pessoas que coletavam materiais nessa região para vender. É caracterizado ainda por

barracos construídos com todo tipo de material reutilizado, predominantemente madeira, sem planejamento das vias, iluminação pública, saneamento básico ou outros serviços. No território da vila ainda funciona um serviço municipal de tratamento dos resíduos, de modo que a paisagem é marcada por aves carniceiras e um intenso cheiro de lixo, além da presença de chorume que mina do solo, devido ao aterramento do antigo lixão. Não há pavimentação asfáltica nas ruas e ruelas da vila, e sua população tem que se deslocar até o bairro vizinho para utilizar o transporte público e o serviço de saúde. O tráfico de drogas é intenso na vila, e durante a observação participante foi comum deparar-se com os vendedores que ficam posicionados nas esquinas dos becos, dos “olheiros” que vigiam o movimento e de usuários de drogas que fazem o consumo no próprio local de compra. Estes últimos são constituídos por grupos de jovens aparentemente menores de idade.

A equipe de saúde da família do serviço acompanhado neste território é composta por poucos profissionais, contando com apenas três agentes de saúde, duas das quais não estavam trabalhando durante a maior parte do período de observação participante na unidade. Há um médico do PMM atuando a aproximadamente um ano na equipe, um enfermeiro que além das atribuições específicas da profissão atua como chefe da unidade, dois técnicos de enfermagem, duas trabalhadoras terceirizadas responsáveis pela limpeza do local e uma estagiária que auxilia em serviços administrativos.

USF 3. O território de abrangência da segunda unidade estudada em Santos localiza-se entre a fronteira do município com São Vicente, e apresenta características complexas, tanto em relação às habitações quanto a diversidade de sua população. Trata-se de um bairro muito extenso que conta com uma grande população residente, assemelhando-se a uma cidade de pequeno porte. Há um grande fluxo de trabalhadores que diariamente se deslocam para o centro da cidade e demais regiões comerciais para trabalhar, retornando ao fim da tarde. É comum o bairro ficar muito calmo e menos movimentado durante o dia, aumentando gradativamente o movimento de pessoas nas ruas à medida que o dia se encerra. Em sua parte mais estruturada, o bairro possui muitas quadras poliesportivas, sempre ocupadas por jovens, centro cultural, serviços públicos como Centro de Referência em Assistência Social, Hospital, ambulatório médico, escolas, muitas linhas de ônibus, praças, conjuntos habitacionais, avenidas, canais de escoamento de água inúmeros serviços comerciais, como bares, restaurantes, hipermercados e lojas diversas.

Em suas extremidades, o bairro apresenta regiões marcadas por uma grande concentração de moradias insalubres, como conjuntos habitacionais sem manutenção e marcado por intenso tráfico de drogas. A região que mais chama a atenção é o outro extremo do bairro, que se encerra em um braço de rio, onde há grande concentração de moradias sobre palafitas, caracterizadas como construções de madeira onde a população residente vive acima da água sem saneamento básico e exposta a vários vetores transmissores de doenças.

A unidade de saúde do território conta com uma estrutura completa e funciona em um prédio próprio. Há quatro equipes de saúde da família que atuam na unidade, além de profissional de odontologia com consultório específico, sala de dispensação de

medicamentos, quatro consultórios médicos, sala de enfermagem, sala de procedimentos, sala de curativos, copa, sala de reuniões, sala para as agentes comunitárias e outros espaços como almoxarifado, recepção e sala de administração. A equipe acompanhada conta com uma médica do Programa, cinco agentes comunitárias, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem. Foram acompanhadas ainda as atividades de visitas domiciliares de outro médico da unidade oriundo do Programa, que também participou da oficina de validação das informações.

ATRIBUTO DE LONGITUDINALIDADE

Seguimento e responsabilização

Ao conversar com os usuários durante os espaços de atendimento, dentro e fora da unidade saúde, as menções acerca das características relacionais dos médicos são espontaneamente relatadas pelas pessoas. As ACS, que mantêm relações muito próximas com a população, concordam que de forma geral os usuários têm uma boa relação e valorizam os médicos do Programa, destacando aspectos como “mais paciência durante a consulta”, “interesse pela vida da gente e da nossa família”, “simpatia”, “vontade de resolver as coisas” e “disponibilidade” para o trabalho.

O discurso dos médicos converge com a prática observada nas consultas, visitas domiciliares e demais espaços de interação com os usuários. Uma das médicas entrevistada é contundente ao afirmar a importância da escuta:

Eu entendo que temos que tratar (**o paciente**) como eu ou como nós gostaríamos que outro médico tratasse a nós como pacientes. Primeiro temos que criar uma boa relação como o paciente. Dar bom dia, falar “como vai? Tudo bem?”. Então o paciente, com isso, vai se sentir mais querido. Porque muitos comentam que quando vão em outros médicos eles não são bem recebidos. (**grifo nosso**) (OF3:M1)

É consenso entre os entrevistados que as consultas mais longas, onde os pacientes dispõem de mais tempo para conversar com os médicos, é elemento reconhecido enquanto componente que confere maior satisfação entre os usuários. Em relação a isso, um dos participantes entrevistados ligado à gestão da atenção básica nos relata que alguns pacientes reagiram com estranheza diante da diferença entre os médicos do Projeto e os médicos que atuaram na unidade anteriormente, tanto em relação as características já mencionadas quanto ao fato de que os médicos do Programa realizam sua consulta com muito mais tempo, diferente dos antigos já acostumados a realizar consultas rápidas.

A boa relação dos médicos do Programa com os usuários dos serviços e com os membros das equipes é constantemente citada, assim como o grau de dedicação destes profissionais. Há falas que remetem a mais proximidade com a população e o território, destacando certa identificação entre população, equipe de saúde e médicos, como demonstra o trecho a seguir oriundo da fala de uma assessora que acompanha o trabalho dos médicos cotidianamente:

(...) elas são muito envolvidas com a comunidade. São pessoas que se envolvem muito com os funcionários das unidades, com as agentes. Se convidam para almoçar na casa delas, elas vão, vai numa festinha, elas vão, não tem essa diferença. Elas participam muito da comunidade.(E2)

Um dos grandes desafios em torno do trabalho médico no interior das equipes da ESF, apontado nos dois contextos estudados, residia em conseguir com que estes profissionais se dedicassem integralmente ao trabalho nos serviços, cumprindo a carga horária total estabelecido nos contratos de trabalho. Além da rotatividade de médicos nas equipes de saúde, relatado sobretudo no município de Cubatão, há um histórico de médicos que trabalham em outras localidades, e por isso não cumpriam os horários adequadamente. Além destas questões observadas no campo, a literatura aponta ainda que a insegurança advinda da falta de capacitação apropriada para exercer a prática generalista de atenção à saúde, entre outros fatores, é fator determinante para a alta rotatividade dos médicos (Capozzolo, 2003; Carvalho e Souza, 2013).

Nas unidades onde há mais de um médico, os usuários costumam solicitar atendimento com os mesmos médicos (participantes do Programa), o que indica a criação de vínculo maior com estes profissionais. Em períodos de férias, por exemplo, os pacientes costumam reclamar muito da ausência destes profissionais, as vezes se negando a ser atendidos por outros médicos.

A possibilidade de ser atendido regularmente pelo mesmo profissional, em procedimentos de rotina, constitui um dos requisitos para a criação de vínculo longitudinal (Cunha e Giovanella, 2011), e a demanda da população em ser atendida pelos mesmos médicos devido a qualidade que reconhecem em seus atendimentos é um forte componente que demonstra o alcance deste atributo. Nos foi relatado por ACS que a disponibilidade dos médicos do Programa em realizar visitas domiciliares está relacionada com o aumento da frequência dos usuários no serviço e maior aceitação aos tratamentos propostos, uma vez que os pacientes se sentem mais valorizados quando da visita do profissional médico.

Criação de vínculo terapêutico

A criação de vínculos com os usuários é uma preocupação constante para os médicos do programa. Estes salientam que investir na criação de vínculo com os pacientes é essencial para o cuidado em saúde, e são unânimes ao expressar que se trata de uma premissa do trabalho do PSF. Um dos médicos participantes vai além em sua concepção de vínculo:

Os vínculos são em todos os pilares. Na consulta individual, na visita domiciliar, nas palestras coletivas, nas capacitações, então todos os profissionais estão criando vínculo o tempo todo. No acolhimento. O acolhimento é a primeira parte do vínculo. Quando a gente vê que o vínculo deu certo é quando o paciente vê que a unidade de saúde é sua segunda casa. Quando ele tem a confiança da unidade de saúde como sua segunda casa. É porta de entrada para o SUS, com certeza é, mas é a porta de entrada do paciente para a saúde, e a saúde é a porta de entrada do paciente para mudar o seu mundo também. Então o vínculo acontece quando acontece isso.(OF1:M1)

A maior disponibilidade de tempo e uma escuta atenciosa são características das relações interpessoais que compõem práticas baseadas no vínculo longitudinal (Cunha e Giovannella, 2011), uma vez que permite aos usuários se expressarem mais livremente, tirar suas dúvidas a respeito das ações ofertadas e, sobretudo, interagir com o médico de forma geral, não necessariamente tratando de sua demanda de saúde.

Sobre esta questão, os médicos acompanhados neste estudo salientam que o primeiro contato com o paciente é essencial para se efetivar uma relação de confiança. Um dos profissionais acompanhados faz a seguinte afirmação:

Às vezes você tem que falar alguma coisa que nada tem a ver com a medicina, falar de outra coisa. Esse primeiro contato é muito importante, porque desse primeiro contato a pessoa decide se volta ou não volta, entendeu? Ou como vai voltar na próxima vez. Desse primeiro contato se deriva se o paciente vai fazer o tratamento, ou se não vai fazer o tratamento, ou se vai seguir suas indicações ou se não vai seguir suas indicações. (OF3:M1)

Desta importância atribuída ao primeiro contato emerge uma crítica frequentemente relatada pelos profissionais do Programa: a dificuldade em realizar uma escuta atenta diante da grande demanda diária de atendimentos. Os médicos concordam que se trata de um número grande e que está relacionado à dificuldade em realização de outras atividades ligadas à prevenção e promoção em saúde a partir da abordagem de grupos.

Interação com o território e visitas domiciliares

Foram acompanhadas muitas visitas domiciliares e momentos de interação entre médicos e usuários dos serviços de saúde, tanto nos territórios quanto no interior das unidades de saúde. A população, de forma geral, demonstra entusiasmo ao interagir com estes profissionais e suas presenças nunca passam despercebidas, sendo motivo de satisfação.

O envolvimento comunitário é tido como fator que colabora para criação de vínculo entre médicos e pacientes. Ao se dispor a participar de eventos no território, realizar visitas domiciliares com mais frequência e aceitar convites da população para, por exemplo, “tomar um café” ou “participar de festinhas”, os médicos desenvolvem uma relação muito próxima com os pacientes. Na perspectiva dos participantes, tal relação é valorizada tanto pela população atendida quanto pelos membros das equipes de saúde. Um dos participantes ligado ao nível de gestão da atenção básica nos relata que *“a melhor forma de expressar a característica das médicas é o alto grau de envolvimento comunitário”* (E4).

São relatados aspectos referentes à diferença entre os médicos do programa e os médicos anteriores quanto a disponibilidade para realizar visitas domiciliares. Os relatos advindos principalmente das ACS afirmam que os antigos profissionais seriam mais resistentes a realização de visitas domiciliares, a não ser quando expressamente necessário, como no caso de pacientes acamados. Já os médicos do Programa compreendem as visitas como parte da rotina e se dispõem com mais facilidade quando solicitado por outros profissionais da equipe.

A experiência junto aos médicos do Programa demonstra que as visitas domiciliares constituem momento delicado do cuidado em saúde, onde os profissionais são convidados e autorizados a entrar nas casas das pessoas. Convidados porque muitos usuários que encontram com os médicos nas ruas cobram visitas em suas casas, e autorizados, pois a população não costuma atender a porta se não estiverem dispostas a fazê-lo, fingindo que não estão em casa, ou atendendo os profissionais de saúde na própria porta, não permitindo sua entrada na casa.

Dessa forma, a realização das visitas domiciliares não são atividades meramente burocráticas ou baseadas em uma autoridade sanitária que deve adentrar os domicílios por imposição de protocolos; há uma tênue relação de confiança e disposição para o encontro, o que permite que uma visita domiciliar seja uma experiência humana intersubjetiva dotada de significados, expresso no ato de receber alguém em sua casa, convidar-lhe para o almoço, oferecer-lhe café e conversar sobre outras questões além daquelas ligadas à doença.

Foi possível acompanhar inúmeras situações onde as pessoas recepcionavam os médicos junto com enfermeiras e ACS de forma calorosa e amigável, convidando-os a permanecerem por mais tempo em suas casas. Na ocasião de uma visita, o médico interagiu com uma paciente que estava na cadeira de rodas em frente à sua casa, de forma muito carinhosa e atenciosa, o que deixou os familiares presentes muito emocionados, inclusive levando uma delas ao choro. Em outra ocasião, o médico foi efusivamente convidado para almoçar na casa de um casal de idosos, e foi preciso muita insistência e explicação de que haviam mais visitas a serem feitas para convencer essas pessoas de que o médico não poderia ficar por mais tempo. Em uma visita para acompanhar um homem adulto acamado com problemas de circulação nas pernas, que a tornaram muito inchadas e com muitas feridas, os familiares e o próprio paciente também se emocionaram ao agradecer a forma atenciosa com que a médica do programa tratou o caso, sobretudo por não se incomodar com o aspecto da perna do paciente e examina-lo, relatando que outros médicos no hospital em que esteve internado mal colocavam a mão em seu corpo.

Todas estas manifestações da boa relação e receptividade dos pacientes são aspectos que estão em consonância com os elementos destacados por Cunha e Giovanella (2011) acerca do atributo de longitudinalidade, como a criação de vínculo terapêutico baseado em afetividade e confiança, uma perspectiva de satisfação com a constância e qualidade do atendimento recebido e ainda, conforme Starfield (2002), a cooperação entre usuários da saúde e profissionais.

Grau de satisfação da população com a constância do atendimento

A experiência com médicos anteriores, cujas características relacionais com pacientes e equipe divergiam dos médicos do Programa, são frequentemente resgatados nas falas dos participantes do estudo. De modo bastante enfático, nos é relatado exemplos extremos da atuação de médicos na atenção básica, cujas abordagens, no que tange à relação com os pacientes, eram problemáticas. São exemplos o caso de um médico anterior ao Programa que retirou a cadeira reservada aos pacientes do consultório pois desejava

que as consultas fossem mais rápidas, uma paciente que, diante da falta de escuta do médico, trouxe uma carta escrita de próprio punho onde relatava sua história – uma vez que o médico não lhe permitia falar durante a consulta – e casos onde os médicos anteriores se recusavam a realizar as visitas domiciliares. Estes exemplos são frequentemente lembrados pelos informantes de maneira espontânea, uma vez que a condução das entrevistas não explicitava nem solicitava comparações com médicos anteriores ao Programa.

Na perspectiva dos atores envolvidos com o Programa, os usuários costumam solicitar atendimento com os mesmos médicos (participantes do Programa), o que indica a criação de um vínculo maior com estes profissionais e reconhecimento da qualidade dos atendimentos. Em períodos de férias, por exemplo, os pacientes costumam reclamar muito da ausência destes profissionais, como ilustrado em dos relatos de uma médica do programa:

As vezes quando eu saia de férias para o meu país, os pacientes não voltavam. “Até que minha doutora não volte, com outro médico eu não volto”. Eu acho que quando você cria um vínculo com essa pessoa, com esse paciente... “Eu não vou voltar doutora. Eu não vim na consulta no mês passado porque a senhora não estava aqui. Aí eu não iria passar com nenhum médico”. (OF3:M1)

A possibilidade de ser atendido regularmente pelo mesmo profissional, em procedimentos de rotina, constitui um dos requisitos para a criação de vínculo longitudinal (Cunha e Giovanella, 2011), e a demanda da própria população em ser atendida pelos mesmos médicos devido a qualidade que reconhecem em seus atendimentos, em serviços onde há outros médicos, é um forte componente que demonstra o alcance deste atributo.

Há uma percepção entre os sujeitos integrantes das equipes de saúde de um aumento na frequência e retorno dos pacientes a partir do vínculo estabelecido com os médicos do Programa, indicando um reconhecimento da unidade de saúde enquanto um local de atenção para suas necessidades, fator convergente com o atributo de vínculo longitudinal. Nos foi relatado por ACS que a disponibilidade dos médicos do Programa em realizar visitas domiciliares está relacionada com o aumento da frequência dos usuários no serviço e maior aceitação aos tratamentos propostos, uma vez que os pacientes se sentem mais valorizados quando da visita do profissional médico. Trata-se de afirmativa baseada na percepção desta profissional, de modo que não foi possível objetivar este aumento de frequência no presente estudo.

ATRIBUTO DE INTEGRALIDADE

Relações interpessoais

Os profissionais médicos oriundos do PMM têm um papel importante na composição das equipes acompanhadas neste estudo, mas não ocupam posição de proeminência em relação às hierarquias tradicionalmente reproduzidas na relação do médico com os demais trabalhadores de saúde (Araújo e Rocha, 2007). Os médicos do PMM buscam

em sua prática profissional estabelecer relações mais horizontais em relação aos demais membros das equipes, o que se revela na relação entre estes e os demais trabalhadores em diversas atividades cotidianas, como visitas domiciliares e reuniões de equipes. Os médicos exprimem essa posição, quando ressaltam a importância do trabalho das equipes

A minha relação com meus colegas de trabalho é muito diferente das relações que os outros médicos tinham. Muda a perspectiva dos pacientes ao ver o médico e dos meus colegas de trabalho também. Meus colegas de trabalho não tem receio de me fazer uma pergunta, eles não tem o pé atrás comigo, eles sabem que podem contar comigo, sabem que não vou molestá-los por alguma coisa que ache que seja bobeira. Eles sabem que a partir do momento que eu cheguei aqui era para trabalhar em equipe. (OF1:M1)

É comum que outros profissionais recorram aos médicos do Programa para tirar dúvidas ou passar-lhes informações em qualquer momento que seja necessário. Por diversas vezes foi possível presenciar ACS e enfermeiros entrarem para conversar com os médicos nos consultórios, sem que isso gerasse quaisquer constrangimentos.

As dinâmicas das reuniões de equipe acompanhadas no estudo eram em sua maioria conduzidas por enfermeiros e ACS, onde os médicos colaboram nas discussões sobre os casos, mas sem que seu discurso conduza as ações ou se sobreposto aos outros profissionais. Os médicos aproveitam estes espaços para preencher um grande volume de documentos, como encaminhamentos, pedidos de exame, renovação de receitas ou registrar informações em prontuários. Em todas as reuniões acompanhadas os médicos tinham tarefas para fazer, e dedicavam muita atenção a esta atividade, o que pode ser um fator que impede a participação mais ativa destes profissionais nestes espaços. O fato de os médicos terem que lidar com muitas tarefas mesmo durante os espaços das reuniões de equipe podem indicar o grau de importância que estes profissionais adquirem nas equipes de Saúde da Família, já que muitas atividades dependem de suas decisões, como as renovações de receitas e pedidos de exames, que são demandados por outros profissionais da equipe, como as enfermeiras e as ACS. Por outro lado, demonstra o quanto estes profissionais estão envolvidos com as atividades relacionadas a alta demanda por assistência, o que lhes obriga a preencher um número muito grande de documentos. Essa ambiguidade revela o quanto é complexa a questão em torno do papel dos médicos nas equipes de saúde, e o quanto suas atribuições podem acabar se limitando ao conjunto de processos secundários relacionados à demanda assistencial.

Entende-se que relações baseadas no diálogo podem “contribuir para a superação de relações hierarquizadas”, que por sua vez comporia uma das características da divisão social do trabalho em saúde ao estabelecer relações de mando e autoridade (Mishima *et al.*, 2000 *apud* Araújo e Rocha, 2007). O trabalho em equipe, baseado em uma prática fundada no constante diálogo, cooperação e respeito é componente estrutural da proposta do PSF, sendo determinante para o alcance da integralidade da atenção (Araújo e Rocha, 2007). Foi possível constatar que essas características se fazem notar, ainda que com diferentes intensidades. Em um dos casos estudados, há declaradamente uma relação

de proximidade entre uma médica do Programa acompanhada e as demais trabalhadoras, agentes comunitárias e enfermeira, que se expressa em relatos de interação para além do espaço de trabalho, assim como momentos informais como confraternizações festivas e cafés da tarde compartilhados no próprio cotidiano do trabalho. As menções acerca da boa relação dos médicos do Programa com a equipe são frequentes, e a experiência junto a estes grupos ratifica essa relação, uma vez que durante a observação participante foi possível participar de diversos espaços de interação entre os médicos e demais trabalhadores, predominantemente marcada pela cooperação.

Disputas ideológicas e implicações na integralidade do cuidado

A inserção dos médicos do PMM gerou uma série de conflitos e resistência por todo o País, e isso não foi diferente nos casos por nós estudados. Uma gestora da atenção básica nos relatou que no início do Programa houve vários episódios de preconceito e resistência de outros médicos do município. Em um dos casos, um dos médicos brasileiros se negava a cumprimentar os médicos cooperados vindos de Cuba, e ainda criticava a formação em medicina destes profissionais. No interior das equipes, as tensões produzidas pelo advento do programa também se manifestaram durante o acompanhamento dos casos, como no relato de uma médica brasileira que atuava em outra equipe na mesma unidade, e que consideravam os médicos do Programa como “escravos”.

Ainda que tenha sido possível constatar a boa relação entre os diversos trabalhadores com os médicos e uma postura menos hierárquica por parte destes últimos, há elementos conflituosos entre estes. Um dos casos acompanhados apresentou diferença sensível entre a concepção de trabalho em saúde do médico do Programa e um enfermeiro, que por vezes se manifestava nas reuniões de equipe e demais espaços de diálogo. Por apresentarem posicionamentos políticos opostos, as diferenças eram muitas vezes aguçadas entre estes agentes, que acabavam discordando durante a condução dos casos, onde o médico manifesta um posicionamento político de defesa do direito à saúde, enquanto o outro profissional se concentra mais na dimensão prática e demandas imediatas trazidas pela população, chegando a relativizar e até mesmo considerar a postura do médico enquanto mais idealista do que prática.

Estas diferenças em relação às perspectivas de trabalho e da própria concepção acerca da política de saúde, podem acarretar entraves para estratégias que necessitem de integração entre relações e práticas, elementos necessários para um trabalho em grupo sinérgico. Os processos de comunicação entre os membros da equipe, fundamentados em relações democráticas, buscam estabelecer consensos entre os profissionais, de forma a assegurar uma maior qualidade na oferta de atenção integral (Araújo e Rocha, 2007).

Todavia, não é possível reduzir os conflitos observados apenas às questões típicas do trabalho em grupo. O advento do PMM transpôs para o interior das equipes de saúde uma acirrada disputa política e ideológica presente na sociedade brasileira atual, como é possível constatar na forma pela qual veículos midiáticos e as organizações médicas reagiram à implementação do Programa, notadamente em relação aos profissionais

oriundos de Cuba. As contradições entre as perspectivas de trabalho em saúde dos diferentes agentes envolvidos com o PMM expõem os trabalhadores a diversos impasses, ao mesmo tempo que o Ministério da Saúde e outros órgãos da gestão parecem se eximir de intervir nas possíveis consequências disto para a atenção ofertada à população.

Resposta às necessidades da população adscrita

Foi possível constatar que em cada contexto acompanhado, ACS, enfermeiros e médicos tendem a desenvolver formas próprias de construção de relações e compreensão das demandas trazidas pelos usuários. No que tange aos ACS, nos dois casos acompanhados foi possível verificar que a prática em saúde é orientada em grande medida por preceitos morais, sendo a experiência prática advinda de outras situações já vivenciadas, profissional ou pessoalmente, a principal fonte de conhecimento para a atuação profissional.

Aspectos como a centralidade do processo de trabalho nos usuários, a compreensão ampliada e sensível acerca das suas necessidades e a atenção à dimensão ética e política não parecem nortear o trabalho cotidiano nos casos estudados, notadamente na prática dos ACS. Há entre parte dos membros das equipes acompanhadas referencial moralizante no trabalho em saúde, que muitas vezes atribui culpa aos usuários por aspectos como sua situação de pobreza, arranjos familiares tidos como não tradicionais, a ausência em atividades propostas ou vinculação a tratamentos oferecidos. É possível identificar ainda um discurso autocentrado, o que parece indicar um individualismo no que tange à perspectiva do trabalho no interior das equipes da saúde, onde cada trabalhador age a partir de seus próprios referenciais, crenças e princípios. Esta tendência à construção de identidades restritas a seus próprios núcleos de saberes torna difícil a interação em espaços constituídos por profissionais de diferentes formações (Campos e Domitti, 2007).

Dessa forma, ainda que as relações interpessoais sejam consideradas boas, isso não parece converter-se em um horizonte de práticas e saberes em comum no cotidiano do trabalho. Somente a importância de encaminhamentos para especialistas e do quanto esta questão é um problema para a oferta de atenção à saúde parece ser unânime entre os trabalhadores acompanhados, ainda que isso não seja mencionado enquanto uma das dimensões da integralidade. Os sentidos comuns da integralidade na prática cotidiana dos membros das equipes não parecem estar elaborados pelos trabalhadores, nem é objeto de consenso.

Não foi possível observar por parte dos profissionais médicos, nem de enfermeiros, estratégia específica para lidar com a questão da formação de outros membros das equipes, uma atribuição que lhe é conferida nas diretrizes da PNAB (Brasil, 2012). Em muitos espaços, onde tais características de outros profissionais emergiam (perspectiva moralizante dos pacientes, ausência de uma concepção ampliada de saúde que envolva a consideração das desigualdades sociais) como nas reuniões de equipe, os médicos do Programa não apresentaram um posicionamento formal no sentido de contribuir para uma compressão ampliada e sensível aos determinantes sociais que incidem sobre as diferentes necessidades da população, ainda que suas concepções, práticas e preocupações envolvam

estes aspectos. É preciso ponderar que não é possível para os médicos dispor de tempo e espaços apropriados para auxiliar no processo de formação de outros membros da equipe acerca de aspectos ligados à integralidade, sendo mais comuns contribuições sobre aspectos biomorfológicos e patológicos que emergem nas demandas dos usuários.

Uma vez que a integralidade do cuidado tem como um de seus eixos a capacidade e sensibilidade por parte da equipe de compreender a demanda de atenção à saúde, de modo a responder de forma mais ampla possível, ou a habilidade de distinguir diferentes necessidades da população e indivíduos (Ayres, 2012), este se torna um aspecto problemático que emerge dos casos acompanhados.

É importante ressaltar que os médicos do programa recebem supervisão de médicos com experiência em atenção básica, além da obrigatoriedade de realizar curso a distância sobre o trabalho na estratégia de saúde da família, diferentemente dos outros membros das equipes (Campos e Junior, 2016). Este suporte diferenciado e possibilidade de formação parece aprofundar as diferenças entre as perspectivas de trabalho em saúde dos demais profissionais das equipes e médicos do programa, impactando negativamente o alcance da integralidade.

Desenvolvimento de prevenção, promoção e assistência

Nos casos estudados foi possível acompanhar ações de promoção e educação em saúde para grupos específicos de idosos, gestantes e pessoas tabagistas. A participação dos médicos do Programa nestes grupos é restrita, pois a alta demanda por atendimentos clínicos ocupa a maior parte da agenda destes profissionais, o que parece convergir em partes com recentes estudos sobre o desempenho dos médicos do Programa (Lima *et al.*, 2016a). Enfermeiros, ACS, estagiários e até outros profissionais da rede são responsáveis pela condução dos grupos, que também varia em função da existência de programas municipais de promoção da saúde, como no caso do município de Santos que conta com programa de incentivo ao exercício físico.

Um dos médicos do programa relata que com a sua chegada houve um esforço em planejar as ações e ofertas de atenção à saúde que rompessem com o excessivo número de demandas espontâneas na unidade e a ênfase na perspectiva curativa. Foram feitas análises de demanda para organização da agenda de modo a organizar o atendimento a gestantes, puérperas, pessoas com diabetes e hipertensão, além de abrir a possibilidade para a realização de grupos de promoção e educação em saúde com o médico. Ainda com esse esforço, é difícil para o médico dispor de tempo e planejamento adequado para realização destas atividades. Estas ações convergem com o eixo das finalidades da integralidade proposta por Ayres (2009; 2012), que se articula com o eixo das necessidades, uma vez que a sensibilidade das equipes e a capacidade para responder as diferentes demandas da população somente se materializa mediante o alcance e a oferta de ações adequadas para cada caso.

Nos casos acompanhados há a oferta de ações de prevenção e de promoção da

saúde por meio de grupos, indo além do atendimento às demandas assistenciais imediatas, mas os profissionais médicos acabam se restringindo aos atendimentos individuais, dada a grande demanda dos serviços de saúde. Mattos (2004) compreende que é por meio da articulação entre a capacidade de ofertar assistência a um determinado sofrimento e a oferta de ações ou procedimentos de caráter preventivo que se constitui uma das dimensões da integralidade. Embora haja espaços coletivos para estratégias de prevenção e promoção, impera nas unidades a ênfase na dimensão assistencial individual do cuidado em saúde, o que se nota pelo número reduzido de participantes dos grupos estabelecidos e a grande demanda diária de atendimentos, dos quais os médicos se ocupam quase integralmente.

Ações conjunta com profissionais de outras profissões e setores

Para Starfield (2002) a oferta de atenção em saúde integral pode se dar de forma articulada com outros níveis de cuidado em saúde, uma vez que determinadas ações podem não ser oferecidas na própria unidade básica. Neste sentido, soma-se à capacidade e sensibilidade das equipes em reconhecer as diferentes necessidades de saúde da população adscrita, as articulações necessárias para a rede de especialidades, exames diagnósticos, serviços de outros setores, como assistência social, e o necessário seguimento dos usuários atendidos em outros locais.

Há compreensão entre os médicos do programa de que a atenção primária deve ser o espaço preferencial para a resolução dos problemas de saúde da população, de forma que a rede de especialidades deva ser acionada somente quando for estritamente necessário. Um dos médicos participantes enfatiza esta perspectiva a partir da seguinte afirmação:

É outra coisa que o mais médicos veio para contribuir. Porque a atenção primária tem que ser resolutiva. Acabou aquele médico que encaminha, encaminha e encaminha. O médico espírito: senta, fecha os olhos e psicografa. Acabar com os encaminhamentos desnecessários para não congestionar a rede e acabar com os exames complementares sem necessidade também. [...] ainda existem muitos profissionais que encaminham sem necessidade. (OF1:M1)

Os encaminhamentos para outros níveis de atenção e especialidades é um aspecto da integralidade reconhecido pelos trabalhadores das unidades enquanto o mais problemático. O extenso período de espera para consulta com determinadas especialidades dificulta o trabalho das equipes de saúde, que muitas vezes se frustram diante da impossibilidade de realizar o encaminhamento necessário para as demandas da população atendida. Neste conjunto de ações que demandam o encaminhamento para outros profissionais e serviços da rede de saúde e rede intersetorial destacam-se os pedidos de exames diagnósticos em geral e a consulta com especialistas da rede de saúde, cuja tempo para realização podem levar até um ano.

Os médicos entrevistados relatam muita dificuldade em dar seguimento aos pacientes encaminhados, tanto em função da indisponibilidade do atendimento com especialistas

nos momentos em que são feitas as demandas, quanto em função da dificuldade de comunicação com os profissionais da rede. A referência e a contrarreferência dificilmente ocorre, sendo esta última quase inexistente.

As ACS e os médicos do Programa afirmam que os próprios usuários trazem as informações recebidas durante atendimento de outros profissionais e serviços, envolvendo até o parto de gestantes acompanhadas na unidade, que só recebiam as informações quando as gestantes retornavam à unidade ou durante as visitas domiciliares. Nos foi ainda relatado que os profissionais oriundos do PMM já foram vítimas de preconceito por parte de outros profissionais médicos da rede de saúde, que os acusavam de ser “pouco profissionais” e ignoravam deliberadamente as informações que estes profissionais repassavam acerca dos pacientes encaminhados sob sua responsabilidade.

Conforme discussão levantada por Conill (2004), as características estruturais necessárias para o alcance da integralidade devem ser levadas em consideração, uma vez que os limites físicos relacionados ao acesso podem configurar barreiras que comprometem o alcance da integralidade. Dada esta relação entre as dimensões do acesso e oferta de atenção integral, a autora afirma ser necessário uma análise que compreenda a verificação das dimensões físicas do acesso, já que a existência de recursos que possam responder as demandas solicitadas é que constituirá as condições de oferta de uma atenção à saúde integral (Conill, 2004).

Dado os objetivos deste estudo, não foi realizada uma análise que pudesse avaliar conjuntamente o atributo de acesso, em sua complexidade, e integralidade, mas as dificuldades apontadas pelos participantes indicam que a despeito de seus esforços em garantir um atendimento integral, esbarram frequentemente nos limites estruturais, como poucos especialistas na rede e um sistema de referência e contrarreferência pouco eficiente ou até mesmo inexistente.

Relação com as equipes de matriciamento

Somente na cidade de Santos foi possível acompanhar o trabalho da equipe de saúde em parceria com profissionais de equipes de matriciamento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram acompanhadas reuniões da equipe de Saúde da Família com assistente social, psicólogo e médico psiquiatra destes serviços, onde foi possível identificar um esforço por parte das equipes de matriciamento em auxiliar o trabalho na atenção básica. Alguns casos são acompanhados em parceria com estes profissionais, que além de realizar visitas domiciliares junto com as equipes, auxiliam no planejamento e elaboração de projetos terapêuticos específicos para os casos que requerem apoio.

Foi possível constatar situações onde ocorreram o chamado obstáculo epistemológico, que dificulta o trabalho entre equipes de referência e equipes de matriciamento por confrontar referenciais distintos sobre o processo saúde e doença (Campos e Domitti, 2007). A forma como uma assistente social do NASF compreendia a demanda de um caso atendido em conjunto era tido por algumas ACS e enfermeiras como pouco útil e pouco

importante, chegando até mesmo a desqualificarem de forma pejorativa as contribuições desta profissional, que chamava a atenção para aspectos relacionados às desigualdades sociais como determinante para o processo saúde e doença. Por outro lado, foi possível verificar um trabalho colaborativo entre um médico do programa e um médico psiquiatra de um CAPS que realiza apoio em um caso grave no território.

O médico psiquiatra em questão realizou visita domiciliar a uma paciente com transtorno mental grave, acompanhado de um enfermeiro da unidade de saúde. Após a visita, os médicos e o enfermeiro se reuniram e discutiram detalhadamente o caso da paciente, definindo a maneira mais adequada de acompanhar o seguimento ao caso e trocando informações sobre a paciente. O médico psiquiatra fez uma série de orientações ao médico e ao enfermeiro sobre aspectos da psiquiatria que estes não dominavam, auxiliando na condução do caso pela unidade de saúde.

Esta experiência demonstra o quanto o trabalho multidisciplinar é importante para o alcance da integralidade do cuidado no interior das equipes de Saúde da Família. Foi observada disponibilidade do médico do programa em trabalhar com outros profissionais da rede, ao passo que outros profissionais criticaram a atuação das equipes de matriciamento, expondo uma concepção limitada acerca do papel desta modalidade de apoio ao afirmarem que estes profissionais deveriam centralmente atender os usuários.

QUESTÕES, PREOCUPAÇÕES E REININDICAÇÕES

Destacamos aqui componentes ligados às demandas trazidas pelos agentes envolvidos na pesquisa, de modo a registrar suas questões, preocupações e reivindicações. Ainda que tais questões possam estar além das possibilidades de governabilidade do nível local, elas ainda podem ser úteis enquanto interesse histórico, por isso a importância de seu registro (Guba e Lincoln, 2011). Tal conjunto de questões estão em parte envolvidas com os objetivos deste trabalho, e em partes não, já que são provenientes da livre manifestação dos agentes envolvidos no estudo, que foram encorajados a se expressarem durante o estudo.

Uma preocupação entre os participantes do estudo, sobretudo aqueles ligados à gestão, é em relação à continuidade do Programa, especificamente em relação à qualidade dos profissionais que ocuparão as vagas dos médicos. Os componentes que conferem qualidade ao atendimento dos médicos do Programa estão vinculados aos aspectos relacionais, tanto destes com os usuários dos serviços quanto com os membros das equipes, e à aspectos ligados ao grau de dedicação destas profissionais. O município de Cubatão, por exemplo, esteve por muito tempo com falta de profissionais médicos para compor as equipes de saúde da família e teriam as mesmas dificuldades de contratação caso o PMM fosse de alguma forma interrompido.

Ambos os contextos por nós estudados evidenciaram situações de precarização dos vínculos de trabalho, notadamente em relação aos ACS. A instabilidade advinda da gestão dos serviços, realizadas por intermédio de Organizações Sociais (OS) é causa

de preocupações por parte dos trabalhadores, afetando os emocionalmente. No período de realização do estudo, ocorria em um dos municípios a troca da empresa responsável pela gestão da saúde, e no outro um processo de mudança de OS para gestão direta do município. Em ambos, o futuro profissional das ACS era incerto, sendo que no caso de Santos um advogado acompanhava estas trabalhadoras para assegurar judicialmente que aquelas profissionais contratadas pela OS, por meio de processo seletivo, permaneçam nos cargos após as mudanças.

No município de Cubatão, a troca de OS não garantiria a permanência das ACS, de forma que havia muitas preocupações e até mesmo uma falta de estímulo frente às incertezas em relação à manutenção do emprego no futuro. Uma experiência ocorrida neste município ilustra o quanto essas questões permeavam o cotidiano dos trabalhadores: em uma das visitas ao serviço de saúde houve a suspeita de que o pesquisador se tratava de um funcionário da OS em questão, que estaria analisando o desempenho das ACS para definir quem seria mantida nos cargos.

Os médicos estrangeiros participantes do estudo ressaltam que os valores das bolsas não sofreram alterações ao longo dos anos, de forma que o aumento do custo de vida nos municípios tem trazido dificuldades a estes profissionais. O valor do aluguel dos imóveis é tido com aquele que mais consome a renda dos médicos, ainda que a prefeitura subsidie parte deste valor. Esta questão é mais sensível para os médicos cubanos do programa, dada a especificidade do contrato de trabalho com estes profissionais. Esta questão é apontada inclusive por outros profissionais das equipes, como as ACS e gestores, que consideram a forma de remuneração destes profissionais inadequadas e insuficiente.

Todos os informantes deste estudo concordam que há por parte da população uma grande aceitação e satisfação com os médicos do Programa.

No entanto, um limite deste estudo reside no fato de não termos realizado aproximação sistemática e aprofundada com usuários do serviço de saúde atendidos pelos médicos do PMM. Há inúmeras pesquisas que atestam a satisfação dos usuários com estes profissionais, com as quais foi possível estabelecer pontos de contato em relação aos resultados aqui encontrados. Ainda assim, registramos aqui a importância em envolver os usuários da saúde de forma ativa e sistemática em avaliações futuras, incluindo estratégias metodológicas que permitam o aprofundamento de suas perspectivas, considerando os limites dos instrumentos fechados que podem induzir respostas positivas e captar superficialmente suas percepções. Em contrapartida, a extensa e profunda experiência de campo, que possibilitou o estabelecimento de uma relação muito próxima à população e do trabalho realizado junto a ela, respaldou os relatos dos agentes envolvidos com o Programa, de forma a validar as informações aqui apresentadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como foco principal avaliar componentes nos quais o PMM não define estratégias específicas de atuação, ainda que a presença de médicos em regiões prioritárias para o SUS seja elemento estrutural, sem o qual não é possível configurar equipes completas e assim atuar na perspectiva da integralidade. Ainda assim, a presença destes profissionais não garante o alcance de atributos que de fato caracterizam a atenção primária em saúde, como é o caso da integralidade e da longitudinalidade, podendo se limitar a mais uma intervenção governamental focada na dimensão da assistência médica.

É possível afirmar que os aspectos relacionados à criação de vínculos terapêuticos de responsabilidade entre médicos e usuários foram afetados positivamente com a presença dos médicos do Programa. Foi observada a existência de boa relação entre médicos e usuários, e a valorização destes em relação aos cuidados recebidos. O acolhimento atencioso e humanizado, onde se investe mais tempo de escuta, foi um dos traços marcantes observados e relatados. Os médicos acompanhados orientam suas práticas para a criação de vínculo de responsabilização e respeito com os pacientes atendidos, mas lidam com dificuldades para realizar o acompanhamento de usuários que são encaminhando para outros serviços ou especialidades da rede de saúde, devido à falta de contrarreferência de outros profissionais.

O trabalho das equipes de saúde se beneficiou com a presença dos médicos nas unidades, pois a boa relação estabelecida facilita o fluxo de informações e decisões acerca do acompanhamento de cada caso, que é feito em conjunto com enfermeiros e ACS. A permanência dos médicos nas unidades de saúde também auxilia no acompanhamento e na criação de vínculos com usuários, pois a alta rotatividade e o não cumprimento da carga horaria foram apontados como elementos que dificultavam o trabalho das equipes antes da implementação do Programa. Dessa forma, é possível asseverar que o advento do PMM produziu efeitos positivos na dimensão prática do atributo de longitudinalidade do cuidado.

Há ainda muitos desafios para se consolidar uma atenção pautada pela integralidade no interior dos serviços de saúde que receberam médicos do Programa. São entraves estruturais o grande volume de atendimentos realizados pelos médicos, que dificultam a atuação com grupos populacionais e reafirmam a ênfase na assistência curativa, problemas relacionados à própria rede de serviços, que dificulta a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a falta de formação da equipe para trabalhar na perspectiva da integralidade.

Há aspectos referentes à formação dos trabalhadores que divergem da perspectiva da integralidade, como a falta de sensibilidade para relacionar outras demandas que não aquelas exclusivamente relacionadas à doença dos usuários dos serviços enquanto parte componente do processo saúde-doença, pouca compreensão dos dilemas enfrentados pelas famílias atendidas, em sua maioria pobres, no sentido de superar as perspectivas moralistas e culpabilizadoras, que afastam a possibilidade de um atendimento integral e ainda a falta de sinergia entre as perspectivas dos membros da equipe, de forma que cada trabalhador acaba desenvolvendo formas distintas de lidar com as demandas dos usuários.

Foram constatados ainda problemas relacionados à rede de serviços que inviabilizam a articulação entre os diferentes níveis de atenção devido à dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas e obter informações dos casos encaminhados. O problema em torno do pouco número de especialistas nas redes municipais, as grandes filas para atendimento e uma cultura de pouca comunicação entre os diferentes níveis foram apontados pelos participantes enquanto principais desafios. Foram observadas algumas experiências exitosas em relação ao trabalho com equipes de apoio matricial, mas em geral essa articulação está pouco estruturada e ainda falta clareza em relação aos papéis desempenhados por cada ator.

Gestores, equipes e população parecem ter criado um padrão de atendimento e dedicação dos médicos, baseado em um construto de qualidade que valoriza a humanização do atendimento, consultas mais longas, disponibilidade do médico para trabalho de dedicação exclusiva e boa relação com as equipes de trabalho. As preocupações destes agentes em relação à continuidade do Programa e a qualidade de possíveis médicos substitutos apontam que o PMM tem aumentado a expectativa por uma atenção básica melhor e mais resolutiva, o que nos leva a indagar se esse novo padrão manterá sua influência após o fim do programa. No que se refere à longitudinalidade, uma das principais questões recai na sustentabilidade do Programa e sua capacidade de reter a força de trabalho médico no interior das equipes, de modo a propiciar a criação de vínculos com a população adscrita.

Conclui-se que a presença dos médicos do Programa nas equipes é uma medida necessária e que tem ampliado o acesso da população ao atendimento médico, mas o modelo da atenção básica vai além do atendimento assistencial e das capacidades deste profissional isoladamente. Há, portanto, potencialidades para um trabalho em equipe pautado pela integralidade a partir da inserção de profissionais médicos do PMM que atuam nesta perspectiva, porém, faz-se necessário investir na formação adequada e contínua, que permita à equipe convergir para uma atuação sensível às demandas de saúde da população, a partir de uma concepção ampliada de saúde e seus determinantes.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Plataforma de conhecimentos do Programa Mais Médicos. Rede pesquisa em atenção primária à saúde. 2016. Acesso em: 01/02/2016. Disponível em: <http://www.rededespesquisaaaps.org.br/mais-medicos/>.

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. p. 845-902. In: Tratado de Saúde Coletiva. CAMPOS, G.W.S *et al* [orgs.]. 2º ed.rev.aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):455-464, 2007.

ARRETCHE, M.T.S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.).

Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. São Paulo: IEE/PUC, Cenpec, Cedac, 2001.

AYRES, J.R.C.M. *et al*. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.40, p.67-81, jan./mar. 2012.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

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. DOU 23.1. Brasília, 22 de outubro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Relatório Técnico. O Programa Mais Médicos. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da provisão de Profissionais de Saúde. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Apresentação: Mais Médicos um ano. Brasília: 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M-DICOS-04-09-1.pdf> > Acesso em: 20/08/2015.

_____. TCU. Relatório de Auditoria do Programa Mais Médicos. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde. 2015a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Governo Federal. Portal Brasil. Saúde. Mais Médicos: 56% dos profissionais brasileiros decidem permanecer no programa. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/mais-da-metade-dos-profissionais-brasileiros-va-continuar-no-mais-medicos>>. Acesso em 26/01/2016.

_____. Governo Federal. Portal Brasil. Saúde. Mais Médicos: brasileiros preenchem 99% das vagas. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/243-mais-medicos-brasileiros-preenchem-99-das-vagas>. Acesso em: 15/04/2017.

- _____. Ministério da saúde. Datasus. Poluição em Sorocaba - SP é 100% maior que limite da OMS, informa registros do DATASUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/sao-paulo/noticias-sao-paulo?start=10>. Acesso em 25/01/2016.
- BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Em Tese*. Vol. 2 n° 1 (3), jan-jul. p. 68-80. 2005.
- BOURDIEU, P. “Espaço social e poder simbólico”. In: *Coisas ditas*. São Paulo, Brasiliense. p.149-168. 1990.
- _____. “Algumas propriedades dos campos”. In: *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro, Marco Zero. p. 89-94.1983.
- BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.469-487, abr.-jun. 2007.
- CAMPOS G.W.S.; JÚNIOR N.P. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2655-2663, 2016.
- _____. DOMITTI A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
- CAPOZZOLO, A.A. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2003.
- CARVALHO, M.S.; SOUZA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. v.17, n.47, p.913-26, out./dez. 2013.
- CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Rev. Assoc. Med. Bras.*vol.59, n.5. pp. 407-408. 2013.
- CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out-dez, 2014.
- CARVALHO, S.N. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. *São Paulo em Perspectiva*.17(3-4):185–97. 2003
- CAIAFA, J. *Aventuras das cidades: ensaios e etnografias*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- CHAMPAGNE, F. et al. A análise de implantação. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). *Avaliação: conceitos e métodos*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- COMES, Y. et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2749-2759, 2016a.
- _____. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2729-2738, 2016b.
- CONILL E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.

COSEMSSP. Estado de São Paulo lidera demanda de vagas no Programa Mais Médicos do Governo Federal. Acessível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/230/estado-de-sao-paulo-lidera-demanda-de-vagas-no-programa-mais-medicos-do-governofederal.html>> acesso em 09 Agosto, 2014.

CHEN , T. H. Theory-Driven Evaluations. Beverly Hills: Sage, 1990.

CHEN, L. et al. Human resources for health: overcoming the crisis, *The Lancet*, Volume 364, Nº. 9449, Nov. pp. 1984–1990. 2004

CUBATÃO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. O SUS em Cubatão. Boletim Interno da SMS-Cubatão, 2014 (mimeo).

CUNHA, E.M. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2587>. Acesso em:16/07/2015.

_____; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1029-1042, 2011.

CRUZ, M. (coord.). Estudo de Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Ministério da Saúde. Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. – Rio de Janeiro, 2013

DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa. Campinas, SP: Papyrus, 2006.

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

DONABEDIAN. A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005 Dec; 83(4): 691–729. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acesso em 02/01/2016

_____. La Calidad de la Atención Médica. In: *Calidad Asistencial*. Revista de órgano de la sociedade española de calidad asistencial. Suplemento nº 12001. V. 16. p.29-38. 2001.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C.A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health*. 2003.

FACCHINI, L.A. et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(9), 2652. 2016.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev. Bras. Med. Fam. comunidade*. Florianópolis, Jan.-Mar.; 7(22): 5-9. 2012

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

_____. Avaliação de programas e serviços, introduzindo alguns conceitos. In: GASTÃO, W. S. C. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 715-739. 2006.

_____. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs.) 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p.191-206. 2013.

_____; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(12):2643-2655, dez, 2014.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1441-1451, 2008.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1989.

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

GIRARDI, S.N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva. vol.21, n.9 pp.2675-2684. 2016.

_____. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: um estudo exploratório do âmbito da atenção primária (2011). Disponível em: http://www.academia.edu/401488/Indice_de_Escassez_de_Medicos_no_Brasil_um_estudo_exploratorio_do_ambito_da_atencao_primaria. Acessado em 15/07/2014.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Fiocruz, editor. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. Avaliação de Quarta Geração. Campinas (SP): UNICAMP; 2011.

HOUSE, E.R. The role of the evaluator in a political world. The Canadian Journal of Program Evaluation, 19(2), pp.1-16. 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Santos. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354850>. Acesso em: 10/04/2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliações. Brasília, 2010.

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, 32(8)00183415, ago, 2016 .

KANTORSKY, L.P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva, 16(4):2059-2066, 2011.

KELLOGG FOUNDATION. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. 2004.

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

LEJANO, R.P. Parâmetros para análise de políticas: a fusão de texto e contexto. Campinas, SP: Arte Escrita. 2012.

LÉVI-STRAUSS, C. O campo da antropologia. In:_____. *Antropologia Estrutural Dois*. 4a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. P. 11-40. 1993.

LIMA, R.T.S. Et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2685-2696, 2016a.

LIMA, R.C.G.S. Et al. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2797-2805, 2016b.

LOPES, A. C. Programa Mais Médicos e a Saúde no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.*, v. 11, n. 4, p. 1-3, 2013.

LUZ, et al. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médico. *TradTerm*, São Paulo, v. 25, Ago.pp. 199-233. 2015.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO. p. 39-64. 2001.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MERCADO, F.J.; BOSI, M.L.M. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: MERCADO, F.J e BOSI, M.L.M. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes (orgs.)*. Petrópolis, RJ: Vozes. p. 11-21. 2006

_____. Et al. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: MERCADO, F.J e BOSI, M.L.M. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes (orgs.)*. Petrópolis, RJ: Vozes. p.22-62. 2006.

MOTA, A. Tropeços da medicina bandeirante. *Medicina paulista entre 1892– 1920*. São Paulo: EDUSP; 2005.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

_____; BRANCO, M.F. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e Mercado de trabalho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MARTINS, M.R.; SILVEIRA, P.S.P.; SILVESTE, D. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções Projeto - Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório I. Ministério da Saúde. 2013.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MEDINA, F.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA L.M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2005.

MERHY, E.E. Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2014.

- _____. (org). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 28a Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.
- 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, jan./abr. 2017.
- MOKATE, K.M. Convertiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 53, n. 1, p. 89-131, jan./mar. 2002.
- NEMES, M.I.B. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Coleção ABIA. Fundamentos de Avaliação, nº1. Rio de Janeiro, 2001.
- NOGUEIRA, P.T.A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2889-2898, 2016.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde *Rev. Saúde Pública*, 34 (5): 547-59, 2000.
- ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*;43(Supl. 1):16-22. 2009.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba: experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015.
- OLIVEIRA, M.M. Metodologia interativa: um processo hermenêutico dialético. *Interfaces Brasil/Canadá*, Porto Alegre, V1, N1, 2001.
- OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Revista Interface (Botucatu)*. 19(54):623-34. 2015.
- OLIVEIRA, P.A.O.; SANCHEZ, M.N.; SANTOS, L.M.P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2719-2727, 2016.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- PEREIRA, L.L.; SILVA, H.P.; SANTOS, L.M.P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas. *Revista da ABPN*. 7(16):28-51. 2015.
- RIBAS, M. M. Pretexto de suprir médicos visa ocultar descaso da saúde. *Revista do Médico residente. Opinião*. v. 15, n. 2. 2013.
- RIBEIRO, R.C. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2): 421-424, 2015.
- ROSEMBERG, A.M.F. Breve História da Saúde Pública no Brasil. In: ROUQUAYROL. *Epidemiologia e Saúde*, Medbook, p. 1-9. 2013.
- SANTOS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relação das unidades de saúde. *Boletim Interno da SMS-Santos*, 2016 (mimeo).

- SCHEFFER, M. (coord.) Demografia Médica no Brasil - Volume 1. Dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo : Conselho Federal de Medicina, 2011.
- _____. et al. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.
- SCHRAIBER, L. B. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHNEIDER, J.F. et al. Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial. Ver. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) mar;30(1):131-5. 2009.
- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Resenha de estatísticas vitais do Estado de São Paulo. Ano 13 – nº3. Agosto, 2013.
- _____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Dados sobre mortalidade infantil por Diretorias Regionais de Saúde do Estado de São Paulo. 2017.
- SPOSATI, A. O modelo brasileiro de proteção social não-contributiva: concepções fundantes. In: Concepção e gestão da proteção social não- contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2009.
- SALLES, M. R, SROUGI, S. M. O que falta discutir sobre a saúde pública brasileira. Revista De Cultura E Extensão USP, V. 10, 3. P. 11-17.2013.
- STAKE, R. Program evaluation partuculary responsive evaluation. Center for Instructional Research and Curriculum Evaluation University of Illinois at Urbana-Champaign. November, 1975. Acesso em: 31 de dez. 2016. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.200.333&rep=rep1&ty=pe=pdf>.
- STAKE, R. Case studies. In: N.K. DENZIN e Y. LINCOLN (eds.), Handbook of qualitative research. 2 ed. Thousand Oaks, Sage. 2000.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- SILVA, B.P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2899-2906, 2016a.
- SILVA, T.R.B. Et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2861-2869, 2016b.
- TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.
- TERRA, L.S.V. Et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2825-2836, 2016.
- TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 19 (3). p. 777-796. 2009.

VEDUNG, E. Four waves of evaluation diffusion. Sage. 16(3) 263–277, 2010.

VIERA-DA-SILVA, L.M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

_____. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. In: COSTA, EA., org. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009.

WETZEL, C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. 209 f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: Edusp, 2004.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e método. 2. Ed. Porto Alegre: BookMan, 2001.

SOBRE O AUTOR

MAX FELIPE VIANNA GASPARINI - Bacharel em Serviço Social pela Unifesp e Mestre em Saúde Coletiva pelo Dpto. de Saúde Coletivo da Faculdade de Medicina da USP. Atualmente é doutorando no Dpto. de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Unifesp, com o tema: Epistemologia da Avaliação. É integrante do Laboratório de Avaliação em Saúde da Unifesp, onde tem acumulado experiências e reflexões no campo da avaliação de programas em Saúde desde 2010. Atua ainda como avaliador de programas com experiência no campo do desenvolvimento social privado



🌐 www.arenaeditora.com.br
✉ contato@arenaeditora.com.br
📷 @arenaeditora
📘 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

Avaliação em Saúde: Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos

 **Atena**
Editora
Ano 2021



🌐 www.arenaeditora.com.br
✉ contato@arenaeditora.com.br
📷 @arenaeditora
📘 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

Avaliação em Saúde: Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos

 **Atena**
Editora
Ano 2021