

A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família

The implementation of the *Mais Médicos* (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy

Yamila Comes¹

Josélia de Souza Trindade¹

Vanira Matos Pessoa²

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto²

Helena Eri Shimizu¹

Diego Dewes³

Carlos André Moura Arruda⁴

Leonor Maria Pacheco Santos¹

Abstract *The Mais Médicos (More Doctors) Program is a Brazilian government program that aims to expand access to medical care and thus improve the quality of primary healthcare delivery. This study aims to analyze the perceptions of nondoctor members of the Family Health Strategy teams regarding comprehensiveness of care after the inclusion of doctors from the program. The study encompassed 32 poor municipalities in Brazil's five geographical regions. A total of 78 health workers were interviewed. The interviews were transcribed and analyzed using content analysis and the software Atlas.ti Version 1.0.36. The study found that the program led to: an increase in access to and accessibility of services provided under the Family Health Strategy; humanized care and the establishment of bonds - understanding, partnership, friendship and respect; going back to clinical approaches - dedicated time, listening attentively, and detailed physical examination; the desire and willingness to resolve problems; continuity of care; guaranteeing home visits; and coordination of multidisciplinary teams in networks. It was concluded that the Mais Médicos Program contributed to the enhancement of comprehensiveness, thus leading to improvements in primary health care delivery.*

Key words *Comprehensive Health Care, Family Health Strategy, National Health Programs, Unified Health System*

Resumo *O Programa Mais Médicos (PMM) é uma estratégia do governo do Brasil que visa à ampliação do acesso a profissionais médicos e, conseqüentemente, melhorias na qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Objetivou-se analisar a percepção dos outros membros das equipes de saúde da família acerca da integralidade nas práticas a partir da incorporação do médico do Programa. Estudo em 32 municípios pobres nas cinco regiões do Brasil, nos quais foram entrevistados 78 profissionais de saúde, não médicos, das equipes que receberam médicos do PMM. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo auxiliada pelo software Atlas.ti. Os principais achados revelaram o aumento do acesso e da acessibilidade ao serviço de saúde da Estratégia Saúde da Família; acolhimento humanizado e vínculo: compreensão, parceria, amizade e respeito; o resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso; o desejo e a disponibilidade para resolver problemas; a continuidade dos cuidados; a garantia de visitas domiciliares e as equipes multiprofissionais articuladas em redes. Conclui-se que o Programa Mais Médicos contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas de saúde, impactando positivamente na melhoria da Atenção Básica à Saúde.*

Palavras-chave *Integralidade em saúde, Estratégia Saúde da Família, Programas nacionais de saúde, Sistema Único de Saúde*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70510-900 Brasília DF Brasil. ycomes@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza CE Brasil.

³ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

⁴ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza CE Brasil.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS), ou atenção básica à saúde (ABS), no Brasil, que a partir de 1994 alcançou grande expansão de cobertura por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas últimas duas décadas apresentou muitos avanços, mas continua enfrentando importantes desafios¹. A avaliação destes avanços e desafios nas práticas da ABS constituem importante material para a análise da equidade em saúde da população brasileira.

Em 2011, o Decreto 7.508 tornou lei o que antes era apenas normatizado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e institucionalizou a ESF como porta de entrada principal do SUS, auxiliada pelas redes de urgência e emergência, das redes de saúde mental e dos serviços especiais de acesso aberto².

Neste contexto, cabe-nos destacar a importância da integralidade da atenção para a operacionalização desse Decreto. A integralidade é um conceito incorporado na constituição brasileira como *atendimento integral*³ e constitui uma das diretrizes do SUS. Mattos⁴ define-a como uma imagem objetivo e acentua que seu principal propósito é distinguir, do que se almeja fazer, o que existe, bem como tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. Ele a considera como um conceito polissêmico que tem diversos sentidos segundo cada situação. Entre os sentidos que descreve, figura a integralidade como traços de boa medicina. Além disso, inclui todos os aspectos relacionados à visão integral dos cidadãos/usuários do SUS. Qualquer prática clínica que abrange mais do que os aspectos biológicos das pessoas, aportaria à integralidade dentro do SUS. Outro conjunto de sentidos se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde, ou seja, esse sentido critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais⁴. Por outro lado, Starsfield⁵ define a integralidade como a *disponibilidade e prestação de serviços para atender a todas as necessidades da população, exceto as incomuns*.

Existe consenso em se referir à integralidade ou ao atendimento integral como aquele que contempla as ações de promoção e prevenção e não somente as de atenção e, também, como as práticas que tendem a resolver as necessidades de saúde da população, como por exemplo, equilibrar a demanda espontânea com a programada, favorecendo o acesso e a acessibilidade⁴⁻⁷. Também o termo é utilizado para se referir à rede de

atenção com a condição para contemplar a integração das ações dentro do SUS⁴. Trata-se, portanto, de um conceito amplo que abarca diversos aspectos do processo de trabalho em saúde e inclui a articulação da rede de atenção em saúde e a intersetorialidade para dar uma resposta às necessidades de saúde da população^{8,9}.

O Programa Mais Médicos

Em 2013, respondendo ao pedido da Frente Nacional de Prefeitos, bem como às manifestações populares que reivindicavam melhorias nos serviços de saúde, foi criado o Programa *Mais Médicos* (PMM) tentando, deste modo, prover de médicos as equipes de saúde da família (EqSF), especialmente em municípios isolados e remotos. O PMM é uma estratégia programática governamental que visa melhorias na qualidade dos serviços de ABS por meio da ampliação de acesso aos profissionais médicos na ABS, e, consequentemente, aumentar a capacidade de integralidade e resolutividade das redes de atenção⁹. Além disso, este programa é caracterizado pela tentativa de modificação da lógica assistencial vigente, voltada mais para a “cura” de doenças do que para a promoção em saúde e prevenção.

O PMM previu o provimento imediato de médicos nas EqSF, a criação de novas faculdades de medicina e a oferta de vagas para formar mais médicos em regiões onde há carência deste profissional¹⁰, além de investimentos na melhoria da infraestrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em termos do provimento imediato de profissionais, em 2015 o programa tinha em torno de 18.000 médicos trabalhando em 4.000 municípios e assistindo a 63 milhões de habitantes¹¹. Destes médicos, a maioria são estrangeiros – especialmente profissionais de programa de cooperação com Cuba.

Este artigo visa descrever aspectos da integralidade nas práticas das equipes de saúde da família a partir da incorporação de um médico do Programa Mais Médicos. Apresenta parte dos resultados preliminares da pesquisa *Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde*, coordenado pela Universidade de Brasília (UnB). O estudo foi orientado por questões, tais como: (a) as equipes da ESF poderiam incorporar traços da integralidade, com pessoas formadas em outro país, cuja língua materna que não é o português? (b) o médico atuará conforme o modelo médico clássico das organizações de saúde? (c) se o desafio é a

integralidade da atenção, o quanto desta poderia ser desenvolvida numa prática profissional colaborativa no interior das EqSF, agora com a presença de um médico, em sua grande maioria estrangeiro?

Metodologia

Utilizou-se a abordagem qualitativa que permite a compreensão de fenômenos sociais recentes e complexos¹². Trata-se de um estudo de caso descritivo realizado em municípios selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, inscrito no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médicos por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção da amostra foi aleatória com divisão proporcional ao número de municípios com as características descritas anteriormente. Aplicados os critérios de inclusão, foram geradas listas com números aleatórios para selecionar 32 municípios de todas as regiões do Brasil, sendo 14 no Norte, 12 no Nordeste, três no Sudeste, dois no Centro-Oeste e um no Sul. No total foram visitados 16 estados brasileiros.

Foram realizadas 78 entrevistas semiestruturadas com outros profissionais das EqSF que receberam médicos, sendo 30 enfermeiros, 27 técnicos de enfermagem, 19 Agentes Comunitários de Saúde, 1 técnico de farmácia e 1 administrativo que trabalhavam em conjunto com as equipes. O médico do PMM não foi incluído, pois interessava conhecer a percepção dos demais profissionais sobre a inclusão desse novo ator social na EqSF para o desempenho da atenção integral.

Os membros das equipes entrevistados se referiram ao trabalho dos médicos do PMM dos 32 municípios selecionados. Trata-se de um total de 97 médicos atuantes nos municípios visitados com idade média de 43 anos, sendo 60% mulheres e 40% homens. A maioria ingressou no primeiro e segundo ciclos em diferentes etapas do PMM; no terceiro ciclo de ingresso incluíram-se nove médicos. Do total de 97 médicos das equipes estudadas, 78% são de nacionalidade cubana, seguidos por 17% de médicos brasileiros, além de um da Bolívia e outro da Espanha.

O roteiro das entrevistas versou sobre as seguintes dimensões: a) como os membros das equipes significavam e vivenciavam o trabalho com os médicos do Programa; b) como avaliavam a integralidade, desde o ponto de vista da relação das equipes com a comunidade, com os

Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), com outros pontos de atenção do SUS, (referência e contra referência); c) como trabalhavam com as necessidades da população; e, d) como foi a integração do olhar dos médicos PMM na prática clínica e comunitária. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos cada. O trabalho de campo foi realizado entre novembro de 2014 e junho de 2015.

A análise foi feita seguindo a teoria de análise de conteúdo¹³ e foi auxiliada pelo software Atlas.ti Versão 1.0.36 (129)¹⁴.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UNB e cada um dos profissionais assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando o objetivo da pesquisa e as condições da participação.

Resultados e discussão

Da análise das entrevistas emergiram os seguintes temas: colaboração interprofissional e compromisso para superar a barreira da diferença de idioma; aumento do acesso ao serviço de saúde e confiança da comunidade na ESF; acolhimento: compreensão, parceria, amizade, respeito; o resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso e vínculo; o desejo e a disponibilidade para “resolver” problemas; garantia de visitas domiciliares; com o médico (a) JUNTO somos EQUIPE; e a experiência com os NASF.

Colaboração interprofissional e compromisso para superar a barreira da diferença de idioma

O primeiro passo no exercício da integralidade requer uma boa acolhida (humanizada) no serviço e a criação de vínculos de confiança entre os trabalhadores de saúde e a população. Para uma boa acolhida, é necessário boa comunicação entre usuários e profissionais. Considerando que a maioria dos médicos veio de Cuba e muitos deles não falavam a língua portuguesa, se fez essencial indagar: *A língua foi um obstáculo para se integrar?*

No processo de construção das relações entre serviço, usuários e trabalhadores, a comunicação representa um aspecto fundamental para o acolhimento¹⁵. Os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar que no primeiro momento não entendiam muito os médicos cubanos, mas

depois de algum tempo, por exemplo, na ocasião da pesquisa, já os compreendiam e a comunicação com estes ocorria de forma fluida. De início, vários profissionais expressaram ter a seguinte preocupação: *a gente não sabe a língua, não vai entender o que os médicos dizem e eles também não vão entender o que a gente fala*; porém a seguir: *mas com o tempo a gente foi acostumando*. Os médicos cubanos contaram com a colaboração dos profissionais brasileiros para superar essa barreira sem maiores dificuldades.

*A comunicação envolve não só a capacidade de se fazer entender claramente, mas, sobretudo de escutar o outro de forma acolhedora. Para sensibilizar e mobilizar os indivíduos é preciso atingir sua subjetividade, não apenas conceder-lhes informação proporcionando um entendimento conceitual*¹⁶. Muitas são as habilidades para que a comunicação flua, não somente a língua; é preciso acolher de forma humanizada a população usuária.

Entretanto, as dificuldades com a comunicação entre médico e usuários, ainda acontecem com maior frequência entre os idosos que são moradores da zona rural, principalmente aqueles com pouca escolaridade. Embora, nestes casos, os profissionais relatem soluções simples. *Em termos de comunicação, [...] porque tem muito idoso, pessoal que vem da zona rural, eles têm muita dificuldade de entender o que o médico está falando com eles. Mas a médica que está aqui, por exemplo, ela é muito paciente, explica várias vezes, e quando o paciente não entende ela chama algum profissional para poder tentar transmitir para o paciente o que está explicando*.

Na literatura encontra-se bem definida a relação entre comunicação médico-paciente e qualidade de atenção, sendo que uma boa comunicação determina uma atenção médica mais humanizada e aporta maior qualidade ao serviço^{17,18}. Algumas pesquisas abordaram a importância dos aspectos comunicacionais na aderência aos tratamentos¹⁹.

Aumento do acesso e acessibilidade da comunidade à ESF

Com vistas a alcançar a integralidade da atenção constituem requisitos necessários a *acessibilidade e o acesso*. O acesso, segundo Barbara Starfield⁵, é definido como a experiência do usuário no serviço de saúde. A autora diferencia acesso de acessibilidade. Esta depende da existência de uma oferta disponível para resolver os problemas de saúde ou a disponibilidade de um *primeiro contato*. Outros autores definem o acesso como

a capacidade dos sujeitos para procurar e obter atenção²⁰.

Entre os fatos relacionados com o provimento de médicos relatados pelos profissionais de saúde entrevistados uma *mudança positiva* foi a melhora substancial da acessibilidade. Os relatos dos profissionais apontam claramente que antes faltava médico e que agora eles têm (acessibilidade). A oferta de consultas médicas está disponível e a população pode se encontrar com esses médicos (acesso). *A população se sente mais segura, mais confortável quando tem um médico na unidade e desde que, são duas médicas cubanas que estão no município, desde que elas chegaram, desafogou muito o hospital e a população tem mais facilidade no acesso*.

Entre os comentários sobre a carência de médicos nos municípios anterior ao PMM encontram-se: a falta total, a alta rotatividade ou a baixa quantidade de médicos. *Sim, teve mudança, porque antes a gente tinha muita carência de médico; aí vinha uma vez médico, uma vez por mês e pronto; agora a população tem confiança de que ao buscar atenção em um posto de saúde encontrará médicos atuantes e acessíveis*. Um deles comenta que o hospital está mais *desafogado* porque as pessoas recorrem à unidade de saúde ao saber que conta com médico de forma permanente.

Alguns depoimentos ressaltaram a ampliação da acessibilidade e do acesso, pois agora as comunidades ribeirinhas e rurais podem acessar o serviço de saúde, devido à disponibilidade contínua de médicos do PMM e à flexibilidade destes para atender a demanda espontânea. *Sempre as médicas atendem, às vezes ultrapassa 5 ou 6 fichas além, porque elas também olham esse lado que os ribeirinhos, o pessoal comunitário vem com a intenção de se consultar. Às vezes o barco atrasa, às vezes o mau tempo e quando eles chegam aqui às vezes não há ficha. [...] Todo este sacrifício os usuários fazem, mas as médicas atendem todo mundo e muito bem*. Os profissionais enfatizam como novidade, a disposição para ficar depois de horário e atender a demanda espontânea. A atenção da demanda espontânea é uma das atribuições do profissional médico que trabalha na APS²¹.

Apenas um profissional de saúde comentou que não mudou a acessibilidade, porque no município já tinham médico. Outros profissionais destacaram os problemas de acesso aos exames, dentre estes, as mamografias.

Identificou-se que a maioria dos estudos realizados no Brasil relatam avanços no acesso e na acessibilidade às UBS e como desafio remanescente figuram as barreiras existentes para conseguir fazer os exames, consultas especializadas

e ter acesso aos medicamentos²². O estudo aqui apresentado reafirma os mesmos problemas, demonstrando que houve ampliação do acesso e da acessibilidade à consulta médica e das equipes de saúde, mas persistem problemas de acesso aos exames complementares.

A integralidade como disponibilidade e prestação de serviços para atender as necessidades⁵, teve uma melhora já que há mais médicos nas equipes e os que estão ampliaram a disponibilidade. Por outro lado, toda prática que favoreça o acesso e a acessibilidade é significada como aporte para a integralidade²³.

Acolhimento: compreensão, parceria, amizade, respeito

Tendo dirimido o problema do acesso, outro passo importante para a integralidade é uma acolhida humanizada. O acolhimento humanizado permite relações de confiança com a comunidade²⁴. Êmerson Merhy define o acolhimento como uma relação humanizada entre trabalhadores e usuários e o relaciona com o vínculo e com a sensibilidade²⁵. O acolhimento implica uma reorganização do serviço de forma a garantir atenção humanizada, incluindo além das habilidades das equipes para se sensibilizar com os usuários, a possibilidades de abrir a porta dos serviços de saúde para tudo que necessita de atenção (garantir o acesso universal)¹⁻²⁶.

A maioria dos entrevistados destacou que agora, com a vinda dos médicos do PMM, a comunidade está atribuindo maior valor para o cuidado em saúde. Isto poderia ser pensado como construção de vínculo baseado na expectativa de um atendimento mais atento, acessível e resolutivo. *Eu acho que a população está dando um pouquinho mais de valor ao atendimento; os usuários têm também dado valor aos cuidados que as médicas passam e que a gente repassa de uma maneira geral.*

Todos os técnicos e profissionais coincidem em destacar o bom vínculo que os médicos construíram com eles e com a comunidade. Algumas das palavras que utilizam ao se referir ao trabalho com eles são: *compreensão, parceria e amizade; a relação é ótima. Trabalho flui bem, tem aquela parceria, compreensão, entendimento, respeito. O trabalho está ótimo; não tem diferença, desigualdade por não ser brasileiro, tem uma integração muito boa.*

O discurso acima está em consonância com estudos que consideram que para haver vínculo, a empatia e o respeito são indispensáveis, e que os elementos que denotam a formação do vínculo

estão baseados no reconhecimento mútuo entre o serviço e a comunidade, pois não se estabelece vínculo sem a condição de sujeito, sem a livre expressão do usuário, por meio da fala, julgamento e desejo.

Ademais, os profissionais destacam o quanto os médicos são mais acessíveis em comparação aos anteriores, a *preocupação* que têm pelas pessoas, e o *cuidado* que eles têm com a comunidade. *Mais prestativos, mais comunicação, [...] é muito bom esse projeto, porque se as pessoas não podem chegar até o posto, os médicos vão até as pessoas.*

Neste caso, observa-se um aumento da integralidade na dimensão de *traços de boa medicina*⁴.

O resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso

A atenção centrada na pessoa, descrita na literatura internacional como “*patient-centred medicine* ou *patient-centred care*”, apresenta uma abordagem para o encontro clínico entre profissional de saúde e paciente, em que há a valorização da expressão do sofrimento experienciado pelo paciente. Espera-se que o profissional na consulta explore os problemas do paciente na perspectiva biomédica e do paciente; assegure-se que a informação obtida é acurada, completa e mutuamente compreendida; certifique-se de que o paciente se sintá ouvido e que suas visões são valorizadas; continue a desenvolver um relacionamento; estruture a consulta para assegurar eficiência na coleta da informação e permitir ao paciente compreender os rumos da consulta. Essa consulta exige o estabelecimento de uma aliança terapêutica que requer tempo, escuta atenta e exame físico minucioso do paciente.

Os discursos da maioria dos profissionais entrevistados apontam evidências de atenção humanizada e têm uma opinião homogênea sobre a consulta, tendo sido destacado o tempo. Eles ressaltam a delicadeza e a dedicação com que os médicos realizam a consulta; *o tempo para fazer exame físico, o tempo para olhar a cara do paciente, o acompanhamento, o bom trato e o tempo para melhor acolhimento do paciente; a questão de atendimento quanto ao exame físico mesmo, que algumas vezes nossos outros médicos que trabalhavam conosco aqui no município não tinham tanto esse tempo de estar avaliando cada um; antes as pessoas reclamavam, assim: ah, o médico nem olhou no meu rosto, nem olhou na minha cara, e já estas médicas dão toda atenção.*

As falas apontam a incorporação da dimensão da promoção e prevenção na prática dos mé-

dicos já não tem mais tanta gente doente. O pessoal já está vindo mais para a promoção mesmo da saúde, para as palestras.

O compromisso dos médicos do PMM é valorado nas falas dos profissionais da equipe. O compromisso está ligado à consulta com tempo, ao exame detalhado do paciente, ao olhar nos olhos do paciente e à confiança. Todos estes aspectos biopsicossociais relacionam-se a uma perspectiva teórica que atribui relevância ao relacionamento médico-paciente no desfecho da doença, aportando a uma maior integralidade na dimensão de traços de boa medicina⁴. Isso é diferente da perspectiva biomédica que sugere um relacionamento impessoal no processo saúde-doença-atenção.

O desejo e a disponibilidade para “resolver” o retorno dos pacientes

A resolubilidade é outra dimensão que aportaria à integralidade. Neste caso, os entrevistados relataram que os médicos do PMM tentam desenvolver diferentes estratégias para conseguir resolver o retorno do paciente depois de um encaminhamento ou da consulta com especialistas.

A integralidade também está presente na *continuidade dos cuidados* através da oferta de serviços pelo SUS coordenada pela ESF, por meio das formas colaborativas de trabalho dos profissionais das EqSF entre si, e destas equipes em relação a outras das redes de atenção do SUS, como as de atenção ambulatorial especializada, hospitalar, de saúde mental, de urgência e emergência e outros serviços.

A continuidade de cuidados pode ser definida como o trajeto de eventos entre uma consulta e outra, de uma doença específica, e incluindo a transferência de informação para tomar decisões sobre o tratamento do paciente⁵. O conceito de relação terapêutica duradoura implica um vínculo ao longo do tempo no qual flua informação, onde se ofereça o tratamento adequado à doença e se estabeleça uma relação com os profissionais atuantes, coordenados pela APS, que garanta a continuidade do tratamento²⁷. Observou-se neste estudo alguns traços destas características. A continuidade do cuidado foi observada na forma de retorno para acompanhamento clínico na EqSF, depois de consultas e/ou exames realizados em outra rede de serviços ou ainda na forma de nova consulta na ESF para os pacientes que não tiveram sucesso em obter atendimento em outro ponto de atenção para os quais haviam sido encaminhados. *Com a chegada da médica... o pa-*

ciente vai ficar vindo, retornando para a unidade até ele se estabilizar. Então a gente já remarca, o usuário já sai daqui com a consulta remarcada pra próxima semana, né? E aí a médica dá essa continuidade até o paciente estabilizar.

Como contraste da situação atual, temos o relato de uma componente da equipe se referindo aos médicos anteriores à chegada do PMM *ai os pacientes nem voltavam mais, eles se revoltavam. Teve um que rasgou a receita aqui no corredor. [...] teve dias que ninguém queria mais consultar com aquele médico.*

Neste caso haveria aumento da integralidade no que se refere a tentar resolver os problemas, convocando a rede do SUS⁴.

Garantia de visitas domiciliares

As *visitas domiciliares* também têm contribuído para um melhor *acesso, acolhimento, vínculo e continuidade*, segundo estes entrevistados, especialmente porque os profissionais acham que é uma forma de chegar até as pessoas que precisam fazer o seguimento da sua doença e estão impossibilitados de vir para UBS por alguma forma de limitação. *Então isso é um ponto positivo, que as nossas famílias, aqueles que não podem se deslocar, os acamados, eles são contemplados com a visita médica, onde a médica solicita exames, onde depois ela faz o acompanhamento desses pacientes.* As visitas domiciliares também constituem uma oportunidade para fazer promoção da saúde e prevenção das doenças, outros dos aspectos da integralidade. *A gente faz visita domiciliar toda semana, que também serve para inseri-la num contexto como um todo.*

Com o médico (a) JUNTO somos EQUIPE

Nesta dimensão objetivou-se descrever como e qual era o trabalho que deveriam “fazer juntos”, segundo os princípios da atenção básica. Se tinham planejamento das reuniões, se pensavam juntos os problemas e as soluções ou se ocorria a preponderância do papel de algum profissional ou técnico na tomada de decisões.

Ter *equipes multiprofissionais articuladas em redes*, pensando e acionando estratégias resolutivas e efetivas para os usuários constituiriam outros indicadores da integralidade. A forma em que as equipes organizam o trabalho e o tipo de tarefas compartilhadas resultam bons indicadores da integralidade na ABS. A relação com os NASF e a rede de serviços do SUS poderiam marcar também alguns traços de integralidade dentro das práticas.

O trabalho em equipe é uma modalidade coletiva e implica integração de saberes e consensos coletivos nas práticas e não deveria ser uma justaposição de saberes disciplinares. Uma das queixas que havia antes, por parte dos *não médicos* dentro das equipes, era a falta de espaço para o exercício de suas funções, e os médicos tenderem a visualizar o trabalho em equipe como em equipes médicas²⁸. Um consenso é que o trabalho em equipe implica um planejamento conjunto das tarefas.

Marina Peduzzi descreve uma tipologia do *trabalho em equipe* baseada no conceito de *integração ou agrupamento de pessoas*²⁹. A integração significa estar em consonância com a proposta de trabalho integral; e o agrupamento em concordância com um modelo fragmentado de agir na realidade. Dentro destes tipos, ela descreve a comunicação e relaciona a integração com uma comunicação intrínseca ao trabalho, ao fazer juntos.

O trabalho das EqSF com os profissionais do PMM vem sendo desenvolvido *junto*. Ao fazer uma análise geral das ideias expressadas pelos profissionais, é interessante observar a maior presença das palavras *junto*; *faz*; *sempre* e *equipe* (a palavra *junto* foi padronizada pelo seu significado, dessa maneira cada vez que eles diziam *junta*, *juntos*, *junto*, *juntas* ou em conjunto foi contado como “*junto*”) (Figura 1).

Dentro do trabalho que os profissionais e técnicos consideram *junto* ou em conjunto, eles expressaram alguns elementos de horizontalidade, especialmente quando se refere ao fato de que o médico do PMM não faz diferenças pela

categoria profissional, é a *humildade para se relacionar* referente aos médicos ou ao conceito de *parceria* que aparece em vários dos depoimentos. *A médica é muito acolhedora e muito humilde, se enturma com qualquer um da equipe, ela não tem essa história de dizer agente de saúde é diferente do médico, do enfermeiro, todo mundo para ela é tratado de uma maneira só; um ajuda ao outro, quando tenho dúvida o médico me ajuda, uma pessoa bem solícita.*

Além de trabalhar da maneira que eles consideram *juntos*, os profissionais não médicos elogiam o apoio dos médicos para com cada um dos membros das equipes, referente a esclarecer dúvidas, auxiliar nas dificuldades no trabalho e a união. *Muito boa, nós temos uma relação muito boa. Não só comigo, mas com toda equipe. Nós sentamos, nós conversamos, nós tiramos dúvidas. [...] Eu quando tenho dificuldade, eu levo a minha paciente. Quando a médica tem alguma dificuldade ela vem comigo. A gente decide, as duas juntas.*

Os atores entrevistados falaram sobre as reuniões da equipe e comentaram a sua experiência. Eles expressaram que resolvem e conversam em grupo. *Tudo que nós fazemos aqui é de comum acordo, em parceria, ... nós temos nossa reunião mensal assim pra ver como é que está o trabalho, pra melhorar, assim alguma coisa que falta, levantar um pouquinho assim das coisas como estão.*

Nessas reuniões juntam-se todos os profissionais da unidade para ações de planejamento, característica necessária para o trabalho interdisciplinar. A maioria das falas aponta nesse sentido. *Temos reunião com a equipe para planejar juntas*

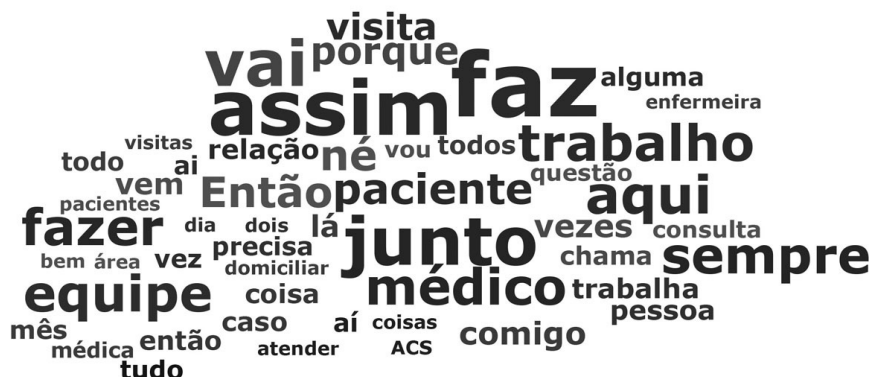


Figura 1. Nuvem das 50 palavras mais utilizadas para descrever o trabalho em equipe – Entrevistas a membros das equipes de saúde da família dos médicos do Programa Mais Médicos em municípios selecionados – Brasil, 2014-2015.

[...] *na reunião a gente ver uma maneira mais fácil pra gente trabalhar/sair para a visita com a médica.*

Neste sentido, as reuniões marcadas com antecipação entre eles, o planejamento em conjunto das atividades coletivas e a horizontalização das relações entre os membros contribuem para um trabalho integrado nas equipes multiprofissionais. Estudos sobre o trabalho em EqSF evidenciaram no Brasil baixo grau de interação entre as categorias profissionais e relações de poder desiguais³⁰ e a situação com o PMM marcaria uma diferença nesta modalidade de trabalho, segundo os atores entrevistados.

A comunicação dentro das equipes, atributo fundamental do trabalho em equipe, também foi um tema que emergiu nas falas. Eles elogiaram a comunicação que tinham com os médicos do PMM em todos os depoimentos. *A gente está sempre junto, sempre conversando, sempre se atualizando; a gente acha que a gente tem bastante união e comunicação.*

No trabalho em equipe também há relatos que apontam aos aprendizados que os profissionais estrangeiros trouxeram para a prática da ABS como as mudanças nos processos de trabalho. Fundamentalmente na organização da atenção e como dispõem do agendamento e da demanda espontânea segundo seja o caso. *Com isso que os médicos chegaram várias coisas ensinaram para a gente também como é que se faz, que a gente não tinha essa noção. Então, assim, o que a gente mudou foi a questão do agendamento; as consultas hoje são agendadas, mas tem [...] para urgências que a gente deixa, que são as demandas espontâneas também que como é zona rural nem todo mundo tem a facilidade de vir aqui marcar uma consulta e no outro dia retornar.*

Contudo, em algumas equipes foi identificada a modalidade de trabalho tipo “agrupamento”, caracterizados por casos nos quais o médico(a) fica demandando os profissionais e técnicos somente quando precisa e não mantém espaço de discussão e problematização das tarefas²⁹. Em um dos poucos casos em que isso ocorreu, um membro da equipe comentou que *tudo tem que ser da forma do médico* dando a entender a escassa capacidade deste médico para chegar a consensos para a realização das tarefas, pilar fundamental do trabalho em equipe.

Por último, ressalta-se que o único comentário negativo sobre o trabalho com os médicos do PMM foi por questões pessoais de relaciona-

mento com a equipe e, ainda nesse caso, os profissionais relatam que a qualidade melhorou, mesmo tendo problemas com o profissional médico. *A qualidade da consulta melhorou, melhorou e os pacientes também gostam, o problema desta médica é só porque ela é, ela tem, eu não sei, um temperamento forte assim, o gênio forte, ela tem aquele assim de querer mandar assim, eu acho que ela pensa sou médica e eu posso mandar em todo mundo.* As dificuldades do trabalho em equipe estão mediadas pelo modelo médico hegemônico³¹ que privilegia a visão biologista dos problemas de saúde e reduz o ser humano somente à sua dimensão biológica, sem analisar a inter-relação com outras dimensões tais como as sociais, as econômicas, as culturais e as subjetivas.

A experiência com os NASF

A maioria dos entrevistados expressou não ter NASF no seu município ou estar se formando e que isto constitui um obstáculo para se integrar com os profissionais de apoio. Gastão Campos³² descreve o NASF como apoiador das equipes da ESF. Eugênio Villaça Mendes³³ aclara que mesmo tendo resultados positivos com o apoio do NASF nas equipes, ainda assim, é insuficiente para garantir resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas, principalmente nas equipes multiprofissionais. E que a inserção desses profissionais nas equipes deveria ser de forma orgânica e não apenas como apoiadores.

Em sintonia com a literatura, entre os que relataram ter NASF, muitos comentaram que a integração se dá por meio de *trabalhar em conjunto*, pode ser um mutirão, ações na comunidade, saúde da escola. *Os médicos são bem interativos e trabalham em conjunto, eu acho isso importante.* A integração estaria facilitada pelo fato de compartilhar o mesmo lugar físico. *Eu acho que agora o NASF está mais frequente. Porque antes era assim: tinha um encaminhamento para um nutricionista ou psicólogo, eles não vinham atender aqui na unidade, [...]. Era encaminhado pra lá. Agora não, agora eles já vêm atender aqui na unidade. Sempre está junto com o médico, com o Mais Médicos.*

Nestes últimos tópicos, a integralidade se observa na integração de práticas das equipes e com os NASF já que ambos favorecem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade respectivamente. A força contrária à fragmentação também é definida como uns dos fios condutores da integralidade⁷.

Conclusões

Verificou-se presença de traços de integralidade nas práticas das equipes de saúde da família a partir da incorporação dos médicos do programa Mais Médicos nas seguintes dimensões: *aumento da acessibilidade*, já que se ampliou a capacidade de oferta e se gerou uma maior disponibilidade para atender as necessidades; *melhor acolhimento, vínculo e respeito aos usuários* porque estes valores vão além dos aspectos biológicos da saúde e enriquecem a integralidade como traços de boa medicina; *a disponibilidade para resolver problemas e a continuidade de cuidados* porque se fortaleceu a capacidade de coordenação de toda a rede do

SUS e o papel da atenção básica como organizador do sistema; *a garantia das visitas domiciliares* porque trabalhou ajustando a oferta de atenção às necessidades de saúde dessa população e isto foi uma oportunidade para fazer promoção da saúde e prevenção das doenças; e *a integração das equipes dentro da unidade e com os NASF* já que favoreceu a interdisciplinaridade e a intersetorialidade e favoreceu a integração da compreensão do processo saúde doença.

Conclui-se que, na ótica dos membros das equipes de saúde da família, o Programa Mais Médicos contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas, impactando positivamente na melhoria da atenção básica à saúde.

Colaboradores

Y Comes participou da coleta de dados em campo, colaborou na concepção e delineamento do artigo, na análise e interpretação de dados, na discussão, conclusões e revisão crítica. ICHC Barreto, VM Pessoa, JS Trindade, CAM Arruda e D Dewes participaram da coleta de dados em campo, colaboraram na interpretação dos dados e na redação do artigo e revisão crítica. HE Shimizu colaborou na redação do artigo e na revisão crítica. LMP Santos elaborou o projeto, coordenou a pesquisa, participou da coleta de dados em campo e colaborou na revisão crítica do artigo. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao CNPq/DECIT pelo financiamento, por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT.

Referências

1. Andrade LOM, Barreto I, Coelho, LCDA C, Rouquayrol MZ, Gurgel MA. Estratégia Saúde da Família e o SUS. *Epidemiol Saúde Medbook* 2013; 31(7):601-621.
2. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde no Brasil. 2 Saúde de mães e crianças no Brasil: Progressos e desafios. *Lancet* 2011; 6736(11):32-46.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
4. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro; CEPESC; 2014. p. 1-20.
5. Starfield B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
6. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude e Soc* 2011; 20(4):948-960.
7. Minozzo F, Reis C, AT V, Ceolin M, Benevides I. Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde. In: CEPESC, IMS/UERJ, Abrasco, editors. *VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde- Ateliês do Cuidado Serviço, Pesquisa e Ensino*. [Internet]. 1st ed. Rio de Janeiro; 2008. p. 1-179. [acessado 2015 nov 26]. Disponível em: http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_atelies_cuidado.pdf
8. Ayres J, Carvalho Y, Nasser M, Saltão R, Mendes V. Caminhos da integralidade. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40):67-81.

9. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), editor. *Projeto Reforsus Componente II Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências: novas tecnologias assistenciais*. Brasília - DF; 2002. p. 15.
10. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) Médicos. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2015; 9(4):175-181.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Mais Médicos - Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros [Internet]. 2015. [acessado 2015 nov 26]. Disponível em: http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf
12. Bosi M, Mercado F. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70; 2011.
14. Muhr T. *Atlas.ti*. Berlin: Scientific Software; 2013.
15. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Bistafa MJ. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Proceedings of the 8 Brazilian Nursing Communication Symposium [Internet]. São Paulo; 2002. p. 1-7. [acessado 2015 nov 26]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100050&lng=pt&nrm=van
16. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(27):749-762.
17. Rosana M, Nassar F. Comunicação e Humanização : a reconstrução do relacionamento médico – paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. *Contemporânea* 2005; 3(5):1-13.
18. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estud Psicol* 2004; 9(3):459-469.
19. Barletta JB, Gennari MDS, Cipolotti R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicol em Rev* 2012; 17(3):396-413.
20. 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.
21. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. *Medicina ambulatorial. Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
22. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2071-2085.
23. Pinheiro R, Mattos R. VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde- Ateliês do Cuidado Serviço, Pesquisa e Ensino. CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, editors. VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde- Ateliês do Cuidado Serviço, Pesquisa e Ensino. Rio de Janeiro; 2008. 1-179 p.
24. Brasil. Ministério de Saúde (MS). *Acolhimento nas práticas de produção de Saúde*. 2ª ed. Brasília: MS; 2010.
25. Merhy E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-160. (Saúde em Debate. Serie Didática, 76, 3).
26. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil “User embracement” and the working process in health : Betim’ s case, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
27. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ Br Med J* 2003; 327(7425):1219-1221.
28. Araújo M, Rocha P. Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):455-464.
29. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1):103-109.
30. Jids P, Teles J. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team. *Health Care* 2001; 35(3):303-311.
31. Menéndez EL. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva* 2005; 1(1):9-32.
32. Campos G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):393-403.
33. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de saúde; 2011.

Artigo apresentado em 04/03/2016

Aprovado em 08/06/2016

Versão final apresentada em 10/06/2016