

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

SILVIA FERREIRA

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O MÉDICO
ESTRANGEIRO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2016

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

SILVIA FERREIRA

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O MÉDICO
ESTRANGEIRO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2016

SILVIA FERREIRA

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O MÉDICO
ESTRANGEIRO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Lara Jansiski Motta

SÃO PAULO

2016

Ferreira, Silvia.

A percepção dos profissionais da ESF sobre o médico estrangeiro do programa mais médicos em uma unidade de saúde de São Paulo. / Silvia Ferreira. 2016.

87 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Lara Jansiski Motta.

1. Estratégia saúde da família. 2. Programa mais médicos. 3. Atenção básica. 4. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e Assistência Médica Comunitária

I. Motta, Lara Jansiski.


II. Título.

CDU 658:616

SILVIA FERREIRA

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE O MÉDICO ESTRANGEIRO
DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO
PAULO

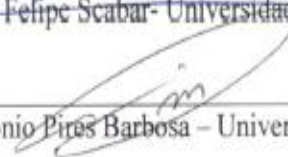
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em
Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade
Nove de Julho - UNINOVE, como requisito parcial para obtenção
do grau de **Mestre em Administração - Gestão em Sistemas de
Saúde**.



Profa. Dra. Lara Janski Motta – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Prof. Dr. Luiz Felipe Scabar - Universidade Paulista – UNIP



Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Yara Dadalti Fragoso – Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES-
(Suplente)

Profa. Dra. Simone Aquino – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 05 de dezembro de 2016.

Dedico esta dissertação ao meu esposo e aos meus pais pelo amor, carinho, paciência e dedicação.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a Deus por me guiar nessa trajetória do mestrado, agradeço ao meu esposo, Cairu Bortoto; à minha mãe, Marlene Pereira da Cruz Silva, e ao meu pai, José Ferreira da Silva, pela paciência nos momentos de ausência nesta fase de construção do conhecimento, pelo amor dedicado a mim e pelo apoio nos momentos decisórios da minha vida.

Agradeço à Universidade Nove de Julho pela oportunidade de participar do curso de mestrado; aos professores, pelo direcionamento e por partilhar conhecimentos tão importantes para a caminhada; em especial, gostaria de agradecer à Prof.^a Lara Jansiski Motta pela dedicação durante nossos encontros de orientação, por me acompanhar e apoiar durante esses dois anos de estudo.

Também deixo o meu muito obrigada a toda a equipe do curso de mestrado em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde pelo carinho e auxílio em todos os momentos deste curso.

Deixo também meu agradecimento à UBS Dr.^a Ilza Weltman Hutzler por proporcionar a realização do estudo sobre o Programa Mais Médicos; aos meus colegas de turma, pela parceria e pelos momentos de distração.

Por fim, agradeço a todos que me ajudaram e me apoiaram em todos os momentos do curso e na construção desta dissertação.

RESUMO

A PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O MÉDICO ESTRANGEIRO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO PAULO

A Estratégia Saúde da Família é uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de atuar nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Com isso, a atenção básica aplicada nas Unidades Básicas de Saúde deve garantir esses preceitos assistenciais aos indivíduos residentes em um determinado território, tornando-se um facilitador para integrar tais ações e garantir a integralidade da assistência, por meio de uma equipe multiprofissional que assiste o indivíduo em todas as fases do ciclo vital. Apesar de o médico possuir um importante papel nesta equipe, atualmente uma das maiores deficiências na atenção básica é a deste profissional, principalmente em áreas de difícil acesso e de vulnerabilidade social. Na tentativa de melhorar este cenário, foi criado, pelo Governo Federal, o Programa Mais Médicos, que recruta profissionais médicos brasileiros e estrangeiros para atuarem nas áreas com maior déficit deste profissional. O objetivo desta dissertação é avaliar a influência do profissional médico estrangeiro do Programa Mais Médicos na equipe de Estratégia Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no bairro Cachoeirinha, município de São Paulo. Dessa forma, este estudo foi conduzido para buscar evidências científicas sobre este programa, por meio de abordagem exploratória, estudo de caso, com a técnica de coleta de dados e a entrevista semiestruturada com os integrantes das equipes de saúde da família, por meio de um roteiro prévio. A análise dos dados aconteceu pela técnica de análise de conteúdo. Os resultados relacionados mostraram que o médico estrangeiro do Programa Mais Médicos influenciou positivamente o processo de trabalho da equipe de saúde. Com isso, o estudo proporciona subsídios aos gestores para avaliarem o processo de trabalho das equipes, fazendo com que evidenciem as mudanças e os benefícios em relação ao processo de trabalho.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos, Atenção Básica, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e Assistência Médica Comunitária.

ABSTRACT

A FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM'S PERCEPTION IN RELATION TO A FOREIGN PHYSICIAN FROM THE "MAIS MÉDICOS" PROGRAM AT A HEALTH UNIT IN SÃO PAULO

The Family Health Strategy is one of the main entryways to the Unified Healthcare System (Sistema Único de Saúde – SUS) and is aimed at developing health promotion, prevention and recovery initiatives. With this, the basic care provided at the Basic Health Units should guarantee these care-based precepts for individuals residing within a specific territory, serving as a facilitator to integrate these actions and guarantee the integrity of care, through a multiprofessional team that provides care for the individual at every phase of the lifecycle. Although the physician plays an important role on this team, one of the biggest deficiencies in basic care today is this professional, especially in remote and socially vulnerable areas. In an attempt to improve this scenario, the federal government created the "Mais Médicos" Program, which recruits Brazilian and foreign physicians to work in areas with a greater need for this professional. The aim of this dissertation is to assess the influence of the foreign medical professional within the "Mais Médicos" Program on Family Health Strategy teams at a Basic Health Unit located in the district of Cachoeirinha, in the municipality of São Paulo. This study was therefore conducted to find scientific evidence on this program, using an exploratory approach, case study, a data collection technique and a semi-structured interview with family health team members, using a planned script. Data was analyzed using the content analysis technique. The related results showed that the foreign physician in the "Mais Médicos" Program had a positive influence on the health team's work process. With this, the study provides backing for managers to assess the teamwork process, causing them to show the changes and benefits in relation to the work process.

Keywords: Family Health Strategy, "Mais Médicos" Program, Basic Care, Work-Based Education Program for He

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cadeia de valor do Programa Mais Médicos.....	38
Figura 2 - Características do método estudo de caso.....	47
Figura 3 - Fluxo de condução do estudo	48
Figura 4 - Polos Teóricos (Pilares Científicos) em relação ao objetivo	50
Figura 5 - Pressupostos.....	51
Figura 6 - Número de entrevistados por categoria profissional.....	52
Figura 7 - Correlação entre o roteiro de entrevista e os objetivos da pesquisa	54
Figura 8 - Informações sobre os participantes da pesquisa	57
Figura 9 - Ilustração das categorias relacionadas aos dados básicos dos entrevistados	58
Figura 10 - Categorização da questão número 1 da entrevista	60
Figura 11 - Categorização da questão número 3 da entrevista	62
Figura 12 - Categorização da questão número 6 da entrevista.....	65
Figura 13 - Categorização da questão número 7 da entrevista	66
Figura 14 - Categorização da questão número 8 da entrevista	68
Figura 15 - Categorização da questão número 9 da entrevista	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	APRESENTAÇÃO	10
1.1. 1	Processo histórico dos sistemas de saúde no mundo.....	16
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA.....	23
1.2.1	Questão de Pesquisa	27
1.3	OBJETIVOS.....	27
1.3.1	Geral	27
1.3.2	Específicos.....	27
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	28
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO	29
2	REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
2.1.1	Equipes de Saúde.....	32
2.1.2	Atribuições dos profissionais da ESF.....	33
2.2	PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)	36
2.3	PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ESF.....	39
2.3.1	Atribuições gerais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família	40
2.3.2	Atuação do profissional médico nas equipes de ESF.....	42
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	46
3.1.1	Cenário do Estudo	48
3.1.2	Construção dos pressupostos.....	49
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	51
3.2.1	Roteiro de entrevista:.....	53
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	54
3.4	LIMITAÇÕES DO MÉTODO	55
4	RESULTADOS DA PESQUISA	56
4.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
4.1.1	Caracterização dos participantes da entrevista.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA.....	70
5.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS.....	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE	78

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista para as equipes de Estratégia Saúde da Família	78
ANEXOS	81
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética da Universidade Nove de Julho	81
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS/SP	84
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O Brasil vem buscando a reorganização do sistema de saúde ao longo dos anos, e um dos desafios é estruturar e organizar os recursos disponíveis, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população. Com isso, a saúde tem sido pauta de diversos debates e movimentos para garantir acesso, integralidade e equilíbrio entre os recursos disponíveis e a demanda (Ohara & Saito, 2010).

Observando o processo histórico da saúde brasileira, nota-se que a saúde passou por diversas fases até chegar ao que existe atualmente. Anteriormente ao Sistema Único de Saúde (SUS), os cuidados com a saúde dos brasileiros eram focados na doença; e o modelo assistencial, centrado nos cuidados hospitalares à população (Silva & Caldeira, 2010; Lima, Garcia, Kerkoski, & Chesani, 2015; Brandão, 2014; Castro & Machado, 2010; Menicucci, 2014).

Assim o cuidado acontecia predominantemente nas consultas médicas, que vinham a partir das necessidades patológicas do paciente, fazendo com que não se desenvolvessem ações de promoção e prevenção à saúde da população (Silva & Caldeira, 2010; Lima *et al.*, 2015; Brandão, 2014; Castro & Machado, 2010; Menicucci, 2014).

Esse modelo assistencial era predominante focado no processo saúde-doença e não contemplava todos os cidadãos brasileiros, deixando uma grande parcela da população à margem dos cuidados com a saúde. A partir dessa problemática, iniciaram-se discussões sobre uma possível reestruturação do sistema de saúde (Menicucci, 2014; Castro & Machado, 2010).

Essas discussões sobre saúde aconteceram simultaneamente com as discussões sobre a redemocratização do país. Uma das primeiras movimentações relacionadas à saúde aconteceu na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, que trouxe o tema relacionado à mudança na configuração da saúde dos brasileiros como forma de discussão sobre uma rede básica de saúde (Neto, Silva, Rosa, Cunha, & Santos, 2010; Paiva & Teixeira, 2014).

No ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi o marco histórico importante da política da saúde brasileira, pois contou com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão sobre a reorganização do sistema de saúde (Ohara & Saito, 2010; Paiva & Teixeira, 2014; Neto *et al.*, 2010).

Esta conferência contou com a participação de mais de 4 mil pessoas nos debates, evidenciando as modificações no setor da saúde, pois ultrapassavam os limites de uma reforma administrativa e financeira, permitindo um consenso político do projeto da Reforma Sanitária, que permeava três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição de um sistema de saúde único (Neto *et al.*, 2010).

Em suas primícias idealizadoras, este sistema de saúde deveria proporcionar o acesso universal ao cuidado da saúde pelos brasileiros, permitindo uma mudança na configuração dos serviços de saúde, de forma a priorizar ações coletivas de caráter preventivo, juntamente com as ações individuais, aos cidadãos (Ohara & Saito, 2010; Paiva & Teixeira, 2014; Schwartz, Ferreira, Maciel, & Lima, 2010).

A partir destes conceitos de mudança, o sistema foi criado com o objetivo de assegurar o cuidado à saúde de todos os brasileiros, cujas ações são norteadas pelas políticas públicas sociais e econômicas, visando à redução do risco de adoecer (Matta, 2007; Ohara & Saito, 2010; Lima *et al.*, 2015; Paiva & Teixeira, 2014).

Em 1988, foi criada a nova Constituição Federal brasileira, que trouxe em seu conteúdo a regulamentação do SUS, representando um marco histórico das políticas de saúde no país, pois, na nova constituição, a atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil (Neto *et al.*, 2010; Ohara & Saito, 2010; Paiva & Teixeira, 2014).

No conteúdo da Constituição Federal, foram elencados quatro pontos importantes para a gestão do sistema de saúde, sendo: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho (Neto *et al.*, 2010; Ohara & Saito, 2010; Paiva & Teixeira, 2014).

O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está claro na Constituição Federal de 1988, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e as diretrizes legais do SUS (Neto *et al.*, 2010; Ohara & Saito, 2010; Paiva & Teixeira, 2014).

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal brasileira de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universitário e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Schwartz *et al.* (2010) abordam em seu estudo que a Constituição Federal brasileira trouxe o ideário reformulador da saúde brasileira, que visou à construção de um sistema de saúde integral e acessível a todos.

Nesse sentido, as políticas públicas em saúde devem acontecer nos níveis setoriais (federal, estadual e municipal) para garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, com o intuito de nortear a execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (Matta, 2007; Ohara & Saito, 2010; Lima *et al.*, 2015)

Esse processo de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal, alterou o formato do processo de cuidado e gestão (Ohara & Saito, 2010).

O processo de gestão do SUS não contemplou, em sua totalidade, o que foi pactuado na Constituição Federal, deixando lacuna na cobertura de ações voltadas a saúde. Diante do exposto, em 2006, foi lançado um novo desafio de efetivar o SUS, denominado Pacto pela Saúde, que normatiza as três esferas de governo, substituindo as várias formas de gestão anteriores e se baseando em três eixos norteadores: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (Portaria nº 399/GM, 2006; Ohara & Saito, 2010).

No Pacto pela Vida, as ações de saúde são desenvolvidas com o objetivo de reduzir a mortalidade materna infantil, controlar as doenças emergentes e as endemias (dengue, tuberculose, malária, influenza e hanseníase), reduzir a mortalidade por câncer de colo de útero e de mama, e fortalecer a atenção à saúde do idoso, a atenção básica e a promoção à saúde (Portaria nº 399/GM, 2006; Ohara & Saito, 2010).

Já o Pacto de Gestão veio com o objetivo de organizar o sistema de saúde, por meio da integração entre as esferas de governo, cujas diretrizes são: descentralização, regionalização, redefinição do financiamento, planejamento, promoção pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho, educação em saúde e responsabilização das esferas gestoras do SUS (Portaria nº 399/GM, 2006; Ohara & Saito, 2010).

E o Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo expressar o compromisso entre os gestores (federal, estadual e municipal) do SUS e a população envolvida, com o intuito de ampliar e desenvolver o sistema de saúde (Portaria nº 399/GM, 2006; Ohara & Saito, 2010).

Os pactos vieram como forma de fortalecimento da gestão compartilhada e solidária ao SUS, baseando-se no que foi firmado constitucionalmente e focando as necessidades de saúde da população, e foram descritos na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que trouxe diretrizes operacionais (Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, 2009; Portaria nº 399/GM, 2006; Ohara & Saito, 2010).

Permeando o que foi descrito no Pacto pela Saúde, atenção primária à saúde é um dos objetivos primordiais de atuação do SUS, sendo o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. A atenção primária veio como um dos pilares de sustentabilidade, pois seria uma forma de ampliação do acesso à saúde (Ohara & Saito, 2010; Castro & Machado, 2010).

A atenção primária à saúde, atualmente denominada Atenção Básica (AB), é o nível de atenção que pode ser analisado de diferentes dimensões, como uma forma de estruturação de um sistema de saúde; e, no Brasil, a AB veio como forma de ampliar o acesso aos cuidados à saúde (Castro & Machado, 2010).

Neste nível de atenção, ocorre a apresentação dos problemas de saúde, sem nenhuma especificidade, garantindo relação e vínculo e podendo ser resolutivo ou referenciado aos outros níveis da atenção à saúde (Ohara & Saito, 2010).

Em 27 anos de trajetória do SUS, aconteceram grandes avanços e também muitas dificuldades para se manter em andamento, e um dos principais avanços foi a consolidação de uma Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) voltada à atenção primária à saúde (Política Nacional da Atenção Básica [PNAB], 2012; Ohara & Saito, 2010; Lima *et al.*, 2015).

Esta política possibilitou a melhoria da AB como priorização de ações para os usuários adentrarem os serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, de forma a ser a porta de entrada para o cuidado integral e descentralizado (PNAB, 2012; Sarti, 2015; Ohara & Saito, 2010).

A primeira portaria ministerial que regulamentou a AB foi a PNAB nº 648, de 24 de março de 2006, e posteriormente houve uma nova portaria que incluiu as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF): a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (PNAB, 2012; Sarti, 2015).

A PNAB reforça os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social a todos que procuram as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para nortear um cuidado longitudinal aos usuários, individual e coletivamente, de modo a confirmar o que foi instituído por lei (Portal do Departamento de Atenção Básica [PDAB], 2015; PNAB, 2012; Sarti, 2015)

A PNAB (2012) traz em seu conteúdo as diretrizes para a atuação dos gestores e profissionais envolvidos no cuidado à atenção primária à saúde, de forma a garantir aos usuários ações de saúde que foram firmados nos princípios e nas diretrizes do SUS.

O trabalho da AB é desenvolvido principalmente pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e também por outras modalidades de equipes de atenção básica. Estas equipes assumem o cuidado à saúde de um território específico, com o papel de auxiliar o manejo das

demandas e necessidades de saúde, observando os critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (PDAB, 2015).

Dessa forma, torna-se importante ressaltar o trabalho das equipes de ESF que estão inseridas no trabalho da AB, pois elas são responsáveis, na maioria das vezes, pelo primeiro contato dos profissionais de saúde com os usuários que residem em um determinado território (Ronzani & Silva, 2008).

Esta estratégia se destaca no cenário brasileiro, pois tem o papel de promover a transformação das práticas de saúde no país para alavancar mudanças no sistema de saúde como um todo (PNAB, 2012; Ronzani & Silva, 2008).

A ESF também teve o papel de reorganizar o modelo assistencial utilizado no país de forma a operacionalizar as ações da PNAB e garantir aspectos relacionados ao cuidado integral à saúde (Gonçalves *et al.*, 2014).

Das mudanças que ocorreram nas políticas de saúde, a ESF foi uma das principais, pois alterou aspectos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais envolvidos na AB, de forma a buscar a integralidade das ações para as famílias e a comunidade (Lima *et al.*, 2015; Ronzani & Silva, 2008).

Pode-se dizer que a ESF representou um momento importante para a consolidação de políticas públicas de saúde, pois tornou as ações de saúde mais eficazes e também foi um grande passo rumo a uma revolução eficaz e transformadora do SUS, sendo atualmente a ESF um dos pilares do sistema de saúde (PNAB, 2012).

Muitos foram os desafios e as dificuldades desde a sua implantação em 1994 e sua trajetória abre caminhos, horizontes e desafios. No entanto, não se pode deixar de relatar que a ESF foi responsável por melhorar a qualidade de saúde de muitas pessoas no país, fazendo com que o atendimento fosse mais eficiente, resolutivo, com vínculo e equânime, respeitando a diversidade cultural de cada região brasileira (Sousa, 2008).

A ESF vem contribuindo com a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas ainda necessita de melhoria, pois a expansão das equipes ainda é deficiente, principalmente no que se refere à avaliação dos recursos humanos disponíveis para o atendimento em todo o país (Sousa, 2008).

Os autores Baduy, Feuerwerker, Zucoli e Borian (2011) pontuam também que, para aprimorar o processo de gestão e o acesso aos serviços de saúde, deve-se aperfeiçoar a distribuição dos recursos humanos e financeiros a fim de consolidar a legitimidade do atendimento junto aos usuários.

A falta de aprimoramento da gestão resulta em uma desarticulação dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, limitando a resolubilidade, a continuidade e o trabalho das equipes, fazendo assim com que não se alcance qualidade no atendimento aos usuários (Baduy *et al.*, 2011).

A disponibilização do acesso à saúde é uma tarefa árdua a todas as UBS, pois o acesso à saúde para a população é definido como o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela (Sanchez & Ciconelli, 2012).

Para disponibilizar acesso qualificado a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, torna-se importante evidenciar quatro dimensões: a disponibilidade, a aceitabilidade, a capacidade de pagamento e a informação, que auxiliam na existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde (Sanchez & Ciconelli, 2012).

Os recursos humanos se tornam elemento fundamental nos serviços de saúde, pois são estes que disponibilizam o acesso, trazem a organização e desempenham as atividades estruturadas para o atendimento dos indivíduos que procuram cuidado com a saúde (Gonçalves *et al.*, 2014).

As equipes de ESF possuem dificuldades em disponibilizar acesso aos usuários que procuram os serviços de saúde, principalmente nas comunidades remotas e vulneráveis, especialmente na disponibilidade dos recursos humanos, sendo este tema o foco deste estudo, de forma a evidenciar o acesso aos cuidados médicos (Oliveira *et al.*, 2015).

Estas dificuldades estão principalmente relacionadas às desigualdades geográficas que acometem as comunidades mais distantes dos grandes centros e que impactam a distribuição dos recursos humanos, principalmente do profissional médico que busca trabalho nos grandes centros, salários mais atrativos e menor carga horária de trabalho; que apresenta falta de motivação para atuar na ESF e alto grau de desgaste profissional, relacionados à assistência das demandas de saúde reprimidas; (Oliveira *et al.*, 2015; Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Dados do Ministério da Saúde de 2015, relacionados à cobertura territorial da ESF e ao atendimento do profissional médico, mostraram déficit no número deste profissional, resultando a limitação de acesso de muitos usuários ao SUS, pois, em alguns municípios brasileiros, as UBS com ESF são a única forma de atendimento e de acesso à saúde (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2015).

Este déficit torna-se um dos principais gargalos para a ampliação do SUS, pois a falta do profissional médico impacta negativamente o acesso dos brasileiros ao sistema de saúde (Gomes & Rosa, 2014).

Diante desta situação, o Governo Federal criou o Programa Mais Médicos (PMM), com a proposta de promover o acesso às populações que anteriormente possuíam dificuldade em adentrar os serviços primários de saúde, devido às desigualdades geográficas ou outras formas de limitação (OPAS, 2015).

Este programa foi criado a partir de pesquisas sobre o impacto do atendimento dos profissionais do programa na realidade de saúde de cada território, sendo assim uma estratégia de mobilização governamental brasileira para melhorar a qualidade e o acesso ao atendimento médico em todo o país (OPAS, 2015).

O PMM, em 2015, beneficiou mais de 8 mil localidades em mais de 4 mil municípios em todo o país, de forma a qualificar o atendimento básico a muitos locais distantes, marginalizados por déficit do atendimento médico (OPAS, 2015).

Segundo a OPAS (2015), os profissionais inseridos neste programa dispõem da capacidade de melhorar a cobertura médica das áreas de vulnerabilidade e assim fortalecer o sistema de gestão municipal de saúde.

Dessa forma, o trabalho do médico estrangeiro e das equipes de ESF possui características diferentes, principalmente culturais, mas que podem ser utilizadas a favor de ambos para trabalhar com a população, visto que diferentes experiências enriquecem a atuação dos profissionais nas necessidades de saúde.

1.1.1 Processo histórico dos sistemas de saúde no mundo

No Brasil, o sistema de saúde foi desenvolvido por meio das movimentações populares para garantia da democracia e foi instituído pela Constituição Federal brasileira. O Sistema Único de Saúde – SUS garante acesso integral para todos os brasileiros; e, juntamente com este sistema, existe também o sistema de saúde privado, que normalmente é destinado aos que possuem maior poder aquisitivo e aos que estão inseridos no mercado de trabalho. Mesmo com o sistema de saúde privado, todos podem utilizar o SUS de forma integral (Silva, 2012).

Nota-se a importância de evidenciar alguns sistemas de saúde de outros países como forma de reflexão sobre o contexto histórico do processo de gestão destes sistemas, para realizar um comparativo reflexivo com o sistema de saúde brasileiro, avaliando as similaridades e as diferenças entre eles.

Ao estudar sobre outros sistemas de saúde, pode-se avaliar seu funcionamento, evidenciar as semelhanças no seu processo de condução e também avaliar se existem itens que se diferenciam do sistema de saúde brasileiro.

Os sistemas de saúde contemporâneos têm o desafio comum de garantir qualidade associada à sustentabilidade econômica. Ainda que seja impossível comparar países com diferentes níveis de desenvolvimento ou importar mecanicamente uma experiência bem-sucedida, tal exercício permite interessantes reflexões sobre vários aspectos de uma realidade local. Dessa forma, serão analisados os sistemas de saúde do Canadá, do Reino Unido e de Cuba.

No Canadá, toda a população tem acesso a tratamentos e médicos, independentemente da sua classe social (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Canada Health Act., 2016; Silva, 2012). Todos os canadenses, independentemente da situação financeira, usam o sistema público para serviços médicos e atendimento hospitalar. O gasto com saúde já está incluído no Imposto de Renda, de acordo com os rendimentos de cada um. Na hora de receber o atendimento, geralmente não é preciso desembolsar nada (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Silva, 2012).

No caso de uma clínica de propriedade privada, o pagamento pelo tratamento será feito pelo governo, dentro do sistema público de saúde, e não pelo paciente (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Canada Health Act., 2016; Silva, 2012).

Sendo assim, a saúde pública no Canadá é considerada uma das melhores do mundo, sendo chamada de *Canada Health Act*. Sua estrutura é descrita por uma legislação vigente e estruturada em cada província do país, que é responsável por organizar as formas de investimento, estruturação e financiamento (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Canada Health Act., 2016; Silva, 2012).

O Canadá está em terceiro lugar no ranking dos países de alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), atrás apenas da Islândia e da Noruega. O país gasta em saúde, por ano, cerca de 3.100 dólares por habitante (10% do Produto Interno Bruto - PIB) – dos quais 70% dos recursos são públicos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015; Silva, 2012).

Este sistema é caracterizado como universal e público, não havendo a possibilidade de aderir a um plano de saúde privado, mas pode haver extensões de cobertura comum, como ambulância e quarto privativo em um hospital (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Canada Health Act., 2016; Silva, 2012).

Os indicadores de saúde situam-se acima da média de países que compõem a *Organization for Economic Co-Operation and Development* (OECD), com perfil epidemiológico característico dos países centrais, expectativa de vida girando em torno de 80 anos e baixa mortalidade infantil. As doenças do aparelho circulatório, câncer, enfermidades respiratórias e fatores externos estão entre as principais causas de mortalidade no país (OMS, 2015).

O governo de cada uma das dez províncias canadenses possui autonomia sobre a organização dos seus serviços de saúde, que são regidos por quatro grandes princípios e controlados pelo Governo Federal: a universalização das garantias, a gestão pública, a integralidade ou o caráter completo da atenção, e a portabilidade (validade de direitos em todo o território canadense) (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Silva, 2012).

O sistema é definido como um seguro público ou nacional financiado por fontes fiscais compartilhadas entre os governos federal e provincial, denominado de *Medicare*. A prestação de serviços fica a cargo de prestadores privados, com diversas formas de credenciamentos e contratos. Este sistema garante acesso a uma cobertura universal abrangente, de serviços médico-hospitalares e clínicos, e reúne um conjunto de dez planos provinciais e três territoriais (Health Charities Coalition of Canada, 2016; Silva, 2012).

As ações de saúde são coerentes com os acordos que foram celebrados com o Poder Público, pois o Governo Federal vem liberando recursos adicionais para estimular a melhoria do acesso e a continuidade dos cuidados pela reorganização da atenção primária e por maior suporte tecnológico.

Ainda que persistam problemas, é importante destacar alguns dos vários aspectos positivos do sistema canadense:

- 1) A excelente avaliação pela população e o apoio de diferentes partidos políticos fazem com que a opção por um sistema solidário e menos segmentado seja motivo de orgulho, de coesão e de integração nacional;
- 2) A coerência dessa decisão com o nível de financiamento e a gestão pública profissionalizada, com pouca descontinuidade política. O sistema tem a tradição de realizar mudanças e ajustes a partir de comissões, fóruns e consultas públicas, acatando suas recomendações. Nesse modelo descentralizado, o Governo Federal mantém o papel regulador com indução de políticas nacionais comuns e monitoramento de informação e de resultados;

- 3) O modo de organização dos serviços, com ênfase na integração e na continuidade do tratamento, e o foco na atenção primária, com um importante papel do médico generalista ou médico de família e da equipe de saúde.

Dessa forma, o sistema de saúde canadense é um sistema digno de ser exemplo de gestão mundial, pois investe 10,9% em diversos programas de atenção à saúde, nos níveis primário, secundário e terciário de cuidado.

O trabalho da atenção primária no Canadá é fundamental para o Governo Federal e as províncias, pois atua de forma a contemplar a coletividade. O profissional médico no Canadá trabalha com as famílias e os membros pertencentes a ela, tratando a individualidade das pessoas ou dos grupos a partir dos princípios e das diretrizes do sistema de saúde (Faria & Alves, 2015).

Segundo Faria e Alves (2015), o modelo integrado aplicado no Canadá prevê forte cooperação com a comunidade, e os serviços de saúde são oferecidos pelos centros de saúde nas províncias, e estão acessíveis em tempo integral. A continuidade, a qualidade, a equidade e a efetividade da atenção são garantidas por equipes multiprofissionais de saúde.

O Conselho de Saúde (*Health Council*) é um instrumento organizacional, sem fins lucrativos e com autonomia para controlar a contabilidade, garantir a transparência e acompanhar o desempenho dos programas e serviços nacionais (Faria & Alves, 2015).

Ao comparar o Canadá e o Brasil, observa-se que existe uma área territorial semelhante, mas com número populacional diferenciado, pois o Brasil possui quase seis vezes mais pessoas que o Canadá. Isso pode mostrar a diferença na destinação de investimentos, recursos, acesso e políticas públicas.

Outra questão importante a se refletir em relação ao Canadá é a forma de empoderamento local, pois as províncias possuem liberdade na forma de escolha dos investimentos e nas decisões para melhor assistir sua população. Pensando em sua área territorial, similar ao Brasil, pode-se refletir sobre a forma de gestão do sistema de saúde brasileiro.

Segundo estudo de Silva (2012), existem inúmeras falhas no sistema de saúde brasileiro, talvez porque o Brasil tem a segunda maior população das Américas, fazendo com que o país tenha dificuldades para resolver problemas de diferentes dimensões. Com isso, não é possível realizar um comparativo igualitário, pois o Canadá encontra-se em um patamar diferenciado, pois já passou por uma evolução histórica em relação ao Brasil, fazendo com que o sistema esteja adequado para as necessidades da população.

O sistema de saúde do Reino Unido é denominado como *National Health Service* (NHS) sendo gerenciado de acordo com cada país membro do Reino Unido (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales), mas tratado de forma unificada (NHS, 2013).

O NHS, criado em 1948, é disponibilizado a todos sem distinção de sexo, raça, deficiência, idade, orientação sexual, religião ou crença, e parte do princípio de que todos devem ter acesso à saúde, baseado na necessidade clínica e não na capacidade de pagamento do cuidado da saúde (NHS, 2013).

Este sistema de saúde é um dos mais antigos no mundo e o seu financiamento decorre dos tributos dos países membros. Neste sistema, todas as pessoas que residem no Reino Unido, de forma legal, possuem direito ao acesso à saúde, inclusive os estudantes com visto *Tier 4 General* têm direito a consultas, atendimentos e tratamentos, sendo a Inglaterra o país que possui a maior concentração de usuários (NHS, 2013).

O Reino Unido gasta 8,2% do seu PIB nesse sistema de saúde, criado após a Segunda Guerra Mundial, no qual há uma ligação maior entre médico e paciente, tendo em vista que o atendimento deva acontecer no mesmo bairro de residência do paciente (NHS, 2013).

O sistema é, ainda, o que possui maior número de empregados no mundo, ficando atrás apenas do Exército de Libertação Popular da China e das redes de mercados Wal-Mart e Indian Railways, de forma a atender 1 milhão de pessoas a cada 36 horas, o que equivale a 463 pessoas por minuto (NHS, 2013).

As principais características deste sistema estão relacionadas às necessidades de saúde, de forma a adaptá-lo às necessidades da população, focando as ações de promoção e prevenção à saúde, especialmente das famílias (NHS, 2013).

Na Inglaterra, por exemplo, todos os bairros da cidade de Londres contam com um *General Practitioner Surgery* (GP), que funciona como um centro de saúde local, uma espécie de UPA no Brasil, onde um médico geral é designado como o responsável para cuidar das pessoas registradas em determinado bairro. Ele é quem faz as consultas e, se achar necessário, encaminha o paciente para um especialista (NHS, 2013).

Para acesso aos benefícios médicos oferecidos pelo NHS, basta a ir ao GP mais próximo do local onde reside, com o documento de identidade e um comprovante de residência, solicitar um formulário de registro e preenchê-lo com dados pessoais e informações a respeito do histórico de saúde. Uma vez registrado, o indivíduo receberá um número de identificação de paciente, além do nome da farmácia local onde devem ser retirados os medicamentos gratuitos prescritos pelo médico (embora nem todo medicamento seja gratuito).

Segundo Tanaka e Oliveira (2007), o *National Health Service* possui características comuns ao SUS, pois ambos trazem a universalidade de atendimento, de forma pública. Sendo assim, possivelmente o modelo britânico influenciou o brasileiro.

Estudos evidenciaram o processo de reestruturação do sistema de saúde britânico, de forma a trazer uma reflexão sobre o sistema de saúde brasileiro, pois mesmo sendo um sistema maduro, foram necessárias reformas para proporcionar maior acesso e qualidade aos serviços disponibilizados (Tanaka & Oliveira, 2007).

O Sistema de saúde da Alemanha, é apontado como o mais antigo do mundo com caráter universal, iniciou no século XIX, onde alguns estados que hoje compõem a Alemanha começara a adotar sistemas públicos. Mas o grande salto foi dado após a política descrita como de conservadorismo revolucionário adotada a partir de 1883 por Otto Von Bismarck, chanceler da Prússia e depois da Alemanha de 1862 a 1890 (Stegmuller, 2009).

Atualmente, a população alemã é coberta por um plano de saúde bastante abrangente fornecido por lei. Certos grupos de pessoas (pessoas autônomas, trabalhadores com renda alta, etc) podem optar por sair do plano e mudar para um contrato de seguro privado. Anteriormente, esses grupos também podiam optar por ficar sem seguro, mas esta opção foi excluída em 2009 (Stegmuller, 2009).

A Organização Mundial de Saúde, traz que o total do orçamento do sistema de saúde alemão em 2005, 77% foi financiados pelo governo e 23% pelo setor privado. Em 2005, a Alemanha gastou 11% do seu PIB na área da saúde (Stegmuller, 2009).

O país está classificado no 20º lugar no mundo em expectativa de vida (77 anos para os homens e 82 anos para as mulheres) e tem uma taxa de mortalidade infantil muito baixa (4 morte por 1.000 nascimentos) (Stegmuller, 2009).

Em 2010, a principal causa de morte no país foi doença cardiovascular, com 41%, seguido por tumores malignos, com 26%. Em 2008, cerca de 82 mil alemães tinham sido infectados com HIV/AIDS e 26 mil morreram por causa da doença (número cumulativo, desde 1982). De acordo com uma pesquisa de 2005, 27% dos alemães adultos são fumantes (Stegmuller, 2009).

O sistema de saúde em Cuba é conhecido mundialmente por sua excelência e eficácia. É um sistema gratuito focado na medicina preventiva e um de seus pilares é o alto grau de escolaridade de sua população, o que contribui positivamente no processo de cuidado com a saúde (La Osa, 2011).

A saúde em Cuba é regulamentada pela Lei nº 41 da legislação cubana, Saúde Pública, que estabelece que a saúde deve permear os princípios básicos para a regulação social,

garantindo promoção à saúde, prevenção de doenças, restabelecimento da saúde, reabilitação social dos doentes e assistência social (Madureira, 2010).

O conceito de saúde como direito é definido pelo caráter estatal das instituições, pela gratuidade dos serviços de saúde e da assistência médica, assim como “pelo caráter social do exercício da Medicina”, pela orientação profilática como função altamente priorizada, pela participação ativa e organizada da população na elaboração e execução dos planos de saúde pública, pela colaboração internacional no campo da saúde e pela prestação de ajuda no campo da saúde como um dever internacionalista (Madureira, 2010).

Este sistema possui muitas similaridades com o SUS, pois garante a todos os cidadãos cubanos acesso à saúde, sendo este direito instituído por lei e gerenciado pelo governo.

Um dos principais pontos positivos deste sistema é a premissa de que deve haver grandes investimentos na prevenção e promoção à saúde a fim de evitar tratamento de doenças avançadas (La Osa, 2011).

Em Cuba, existe o Programa de Médico de Família, que tem a responsabilidade de compreender o indivíduo e seu estado de doença, integrando-o num contexto de família, casa e localidade, visando à prevenção de doenças e à promoção à saúde, utilizando como ferramentas a consulta, a visita domiciliar e a assistência educativa para a saúde (La Osa, 2011).

O médico de família tem também funções de monitorar e controlar dados epidemiológicos, estando em estreita ligação com o Ministério da Saúde Pública do país, que determina quais as doenças devem ser monitoradas e também define o Programa de Controle de Doenças Transmissíveis, para a prevenção da disseminação na família, amigos e comunidade (La Osa, 2011).

Outra peculiaridade de Cuba, país que mais forma profissionais médicos, está relacionada à formação do profissional médico, o qual atua em todas as áreas da AB do país. A partir desta grande concentração de médicos, existem diversos programas de recrutamento de médicos para atuação em países com déficit médico, especialmente o PMM, no Brasil (La Osa, 2011).

Uma política de saúde bem-sucedida está explicitamente ligada ao sistema político, econômico, cultural e social de um país, juntamente com a participação social (La Osa, 2011). Dessa forma, nos 27 anos de trajetória do SUS, pode-se dizer que este ainda não passou por grandes transformações e é necessário, então, conduzir questões de acesso, cobertura e financiamento.

O estudo de Tanaka e Oliveira (2007) proporcionou elementos para identificar as iniciativas e entender a temporalidade na construção de um sistema universal de atenção à saúde.

A partir da evidenciação do processo histórico e de organização dos sistemas de saúde dos países descritos acima, Canadá, Reino Unido, Alemanha e Cuba, observa-se que as reformas não aconteceram de um dia para outro, ocorrendo conforme o contexto histórico de cada um. Dessa maneira, observa-se que o Brasil pode passar por diversas transformações para melhoria de acesso e qualidade.

No presente estudo o PMM torna-se um agente transformador neste processo de mudanças históricas do sistema de saúde brasileiro, comparado ao processo de transformação dos sistemas de saúde evidenciados, pois é uma forma de melhoria de acesso e distribuição dos profissionais médicos em todo o país, como forma de melhoria da assistência a saúde em todo o país.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

O trabalho em saúde é um trabalho que envolve diversos atores (equipe multidisciplinar), os quais desenvolvem várias atividades necessárias para o andamento e a manutenção dos serviços de saúde. Este tipo de trabalho exige maior complexidade, pois atua no sujeito e está fortemente vinculado às necessidades de saúde das pessoas ou da coletividade (Brandão, 2014).

Na AB, o trabalho em equipe é fundamental, pois está relacionado às necessidades da população, por meio do contexto histórico, social e cultural, as quais são encontradas na AB por meio da ESF (Brandão, 2014).

Os profissionais que compõem as equipes ESF são: o médico, o enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Estes profissionais atuam em um território delimitado, com ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, individual e coletiva. Juntamente com esta equipe, existem os profissionais dentistas, os técnicos de saúde bucal, os auxiliares de saúde bucal e o Núcleo de Apoio às Equipes Saúde da Família (NASF). Os profissionais que compõem este núcleo variam de acordo com a necessidade do território, podendo ser fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, entre outros (PNAB, 2012).

Existe uma pluralidade de profissionais envolvidos no processo de trabalho nas UBS, os quais devem ter um alto grau de articulação, o que se faz necessário no processo multidisciplinar para apoiar o cuidado integral, individual e coletivo da população que busca o cuidado com a saúde (PNAB, 2012).

Dessa forma, pode-se dizer que o trabalho das equipes é árduo, pois disponibilizar acesso, sensibilizar, articular e garantir vínculo são as prioridades do trabalho para com as famílias do território, mas ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas, podendo ser por falta de profissionais ou pela forma de gerenciamento (Ronzani & Silva, 2008).

Segundo Gonçalves *et al.* (2014), a ESF ainda é considerada uma agenda incompleta, pois ao longo dos anos ainda não atingiu a plenitude das mudanças relacionadas ao modelo biomédico hegemônico, causando impacto na construção das Redes de Atenção à Saúde.

Mesmo com as dificuldades no processo de trabalho, houve a expansão da ESF no país devido à sua notória aplicabilidade. Tendo maior cobertura das equipes ESF em todo o território brasileiro, pode-se atender as demandas de saúde com maior efetividade, eficiência, qualidade e equidade (OPAS, 2015).

A PNAB traz o modelo de atendimento para a AB sempre com o intuito de nortear as ações das equipes, mas não deixando de lado as necessidades de transformação permanente para se manter o desenvolvimento do cuidado; e fazendo com que os atores (profissionais, gestores e usuários) tenham maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para se estabelecerem práticas transformadoras de gestão e estreitamento dos elos entre os usuários e as equipes (PNAB, 2012).

Os cuidados com os indivíduos e suas famílias devem acontecer de forma singular, complexa, integral e com inserção sociocultural neste processo de acesso aos serviços de saúde, bem como evidenciar este indivíduo e sua família para a corresponsabilização e melhoria do cuidado à saúde (Machado, Colomé, Silva, Sangoi, & Freitas, 2016).

Sendo assim, os recursos humanos são o ponto-chave neste processo de reestruturação do atendimento aos usuários. E a partir da integração com as redes de atendimento, especialmente na ESF, pode-se diminuir o déficit de acesso e cobertura, assim como consolidar o sistema, favorecendo o atendimento das demandas de saúde de forma integral e racional (Gonçalves *et al.*, 2014).

Não havendo profissionais suficientes para todas as equipes, especialmente nas áreas de difícil acesso no país, pode-se limitar o atendimento em algumas regiões brasileiras. Com isso, pode-se dizer que o SUS possui grandes desafios para chegar ao que foi proposto na Constituição, principalmente no que diz respeito ao acesso integral aos serviços de saúde,

visto que ainda não existe um número adequado de profissionais para o atendimento em todas as regiões do país (Matta, 2007).

O déficit profissional mais significativo para o trabalho da ESF é o de médico, o qual, por muitas vezes, procura oportunidades de trabalho nos grandes centros, onde existem melhores salários e mais tecnologia na área médica. E, a cada ano, isso está se agravando, tornando-se um problema de saúde pública relacionado à predominância do modelo biomédico das escolas formadoras, o qual foca a doença para combater agentes etiológicos (Matta, 2007).

Atualmente os médicos disponíveis em todo o país tiveram, em sua maioria, formação com uma metodologia de ensino voltada ao atendimento médico especialmente em hospitais que privilegiam uma abordagem individual, fragmentada e curativista (Matta, 2007).

Este tipo de formação é negativo para o SUS, pois não prioriza o trabalho em equipe interdisciplinar, deixando de lado ações de promoção e prevenção à saúde; além de não preparar o profissional para lidar com as principais necessidades, demandas e doenças regionais.

Segundo Scremin e Javorski (2013), a realidade do país em cobertura médica no ano de 2013 era de 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes e este número ainda não era bem distribuído nas regiões brasileiras, sendo ainda inferior a Argentina (3,2), Uruguai (3,7) e Portugal (3,9).

Na tentativa de equalizar a distribuição de médicos em todo o país, foi instituída a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o PMM com a finalidade de formar recursos humanos para o SUS (Lei nº 12.871, 2013).

Em seu contexto geral, a lei traz a regulamentação de como será desenvolvido o programa em todo o país, por meio de oito objetivos específicos e três ações para chegar aos objetivos. Para isso, tornam-se importantes a melhoria da infraestrutura e dos equipamentos de saúde, a ampliação do número de vagas de graduação em Medicina e de especializações e residências médicas, e o aperfeiçoamento do curso de Medicina, trazendo médicos para as áreas prioritárias do SUS.

No mesmo instante em que foi criado o PMM, houve imediatamente um grande desconforto relacionado à atuação de profissionais médicos estrangeiros, ocorrendo manifestações que partiram dos Conselhos Regionais de Medicina, os quais reivindicavam que esta medida seria apenas paliativa e ineficaz (Scremin & Javorski, 2013).

Assim, de forma a ter um grande debate sobre a inserção do PMM, houve o levantamento da positividade do programa por levar médicos às áreas de maior vulnerabilidade, fazendo com que melhorassem as condições de saúde destas áreas.

Também houve o levantamento negativo acerca do programa, principalmente pelos Conselhos Regionais de Medicina e pelos brasileiros contrários à medida, referindo-se que o PMM é voltado para interesses político-partidários e que os médicos estrangeiros não teriam capacidade de exercer a medicina no país, devido à diferença da língua e às diferenças no currículo médico.

O trabalho das equipes ESF é garantir acesso aos usuários aos cuidados à saúde, cujo primeiro contato acontece pelo trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que, ao cadastrar as famílias, inicia a sensibilização do autocuidado, fazendo com que estes usuários procurem atendimento médico e dos outros profissionais de saúde, como enfermeiro, dentista e profissionais NASF (PNAB, 2012).

Schwartz *et al.* (2010) trazem, em seu artigo científico, que o processo de cuidado envolve o reconhecimento de desigualdades na distribuição de riquezas, a fim de que se previna a precariedade do acesso à saúde, visto que, em um cenário onde há tantas desigualdades, existirá uma maior complexidade nos padrões de adoecimento e mortalidade dos indivíduos.

A produção de saúde decorre de dois macrocomponentes que se influenciam mutuamente, sendo o primeiro a organização de políticas públicas que orientem a distribuição de renda; e o segundo, a garantia de acesso aos serviços e às ações integrais à saúde (Schwartz *et al.*, 2010).

Um dos desafios a serem atingidos na AB, por meio da ESF, é a definição de mecanismos que contribuam para a redução das desigualdades regionais de saúde, a fim de melhorar o acesso e garantir melhor distribuição entre os três níveis de atenção à saúde.

O acesso é um dos principais facilitadores para redução das desigualdades em saúde. Para Schwartz *et al.* (2010), o acesso engloba inúmeros fatores que podem ser analisados por diversas abordagens, que vão desde o modelo institucional da prática diária até a satisfação dos usuários e dos trabalhadores da saúde, e por questões geográficas.

Entretanto, o conceito de acesso se torna complexo, pois se altera de acordo com o contexto envolvido, principalmente o acesso à saúde, que depende de cada indivíduo, família, comunidade (Schwartz *et al.*, 2010).

Com isso, a aplicabilidade de recursos para a melhoria do acesso ao SUS é algo imprescindível na condução do sistema brasileiro, visto que problemas desse tipo não são

específicos do Brasil, pois outros países sofrem com tais questões e implantam tentativas de melhoria das condições de saúde.

Nessa perspectiva, o PMM trouxe muitas questões a serem refletidas sobre a condução na formação e sensibilização dos profissionais médicos, visto que é notória a deficiência destes profissionais nas áreas vulneráveis do país.

A partir desta problemática, torna-se importante evidenciar o trabalho dos profissionais do PMM após três anos da instituição da lei, a fim de avaliar a influência do profissional estrangeiro no processo de trabalho da equipe de ESF.

1.2.1 Questão de Pesquisa

De forma a direcionar a realização do estudo, foi colocada a seguinte questão principal de pesquisa:

De que maneira a presença do profissional médico estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da equipe de ESF?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Avaliar a influência do profissional médico estrangeiro do PMM na equipe de ESF em uma UBS localizada no bairro da Cachoeirinha, município de São Paulo.

1.3.2 Específicos

- Analisar como a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da ESF;
- Analisar se as práticas adotadas pelo profissional estrangeiro do PMM são as mesmas da equipe tradicional;
- Verificar como a influência do profissional médico estrangeiro do PMM interfere nas atividades diárias do trabalho da ESF;

- Relacionar o perfil dos profissionais da ESF (sexo, idade, grau de formação, profissão) com a aceitação do profissional médico estrangeiro do PMM nas atividades das equipes.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Ao instituir o PMM no país, o Governo Federal buscou uma possibilidade de melhorar a assistência à saúde prestada a todos os brasileiros, especialmente no que diz respeito ao seu acesso, devendo a isso a relevância de estudo deste tema. Apesar da instituição de leis e dos avanços que ocorreram com políticas públicas, ainda há uma lacuna no acesso aos serviços médicos na AB.

Existem diferentes formas de crítica ao processo de implantação do programa, desde aquela proveniente da mídia até as dos profissionais médicos, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, como forma de negativar a proposta inicial de melhoria da cobertura dos profissionais médicos no atendimento da população brasileira, especialmente da que vive às margens da sociedade.

Os estudos voltados ao PMM ainda não avaliaram o impacto do processo de inserção do profissional médico estrangeiro nas equipes de ESF, de forma a não se perceber qual o tipo de influência que acometeu o processo de trabalho nas UBS, especialmente nas ESF.

Com isso, pode-se dizer que ainda existe uma lacuna entre a gestão e o que existe na Constituição Federal, que é a garantia de saúde a todos a partir de políticas públicas eficientes para garantir o acesso à saúde de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.

O trabalho das equipes de ESF é cuidar dos indivíduos e de suas famílias, a fim de fornecer as ações que integram a geografia, o ambiente social, o econômico e o cultural. É uma tarefa complexa e requer qualificação e habilidade para lidar com os determinantes de saúde específicos, permeando toda a equipe (Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, 2009).

Uma equipe completa deve garantir o cuidado de todo o território e torna-se essencial para consolidar o que foi instituído na Constituição Federal, de forma a desenvolver adequadamente as políticas de saúde na AB.

A inadequação dos recursos necessários causa, para o trabalho cotidiano, impacto nos custos humanos (físicos, cognitivos e afetivos) relacionados à demanda de cuidado dos usuários da área de abrangência. O médico, especialmente, possui um papel importante nas

ESF, pois a partir do atendimento médico pode-se melhorar o acesso das famílias aos serviços disponibilizados pelo SUS (Shimizu & Junior, 2012).

Santos, Costa e Girardi (2015) trazem, em seu estudo, as iniquidades da saúde, que envolvem muito mais do que meras desigualdades. A falta de acesso à AB acomete grande parte da população brasileira das regiões longínquas, de difícil acesso e das periferias das grandes cidades. Estes mesmos autores evidenciam, em seu estudo, a existência das necessidades de mobilização política para promover a igualdade nesta imensa diversidade brasileira, fazendo com que se minimizem as diversas diferenças (Santos *et al.*, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) evidencia em dos seus estudos, que a falta de atendimento médico no mundo não é, de maneira alguma, uma fatalidade procedente da falta de recursos. Traduz, ao avesso, uma falta de decisão política por parte dos dirigentes no sentido de proteger as populações mais vulneráveis (OPAS, 2015).

A partir do presente exposto, acredita-se que o trabalho em equipe amplia a visão do processo de saúde, envolvendo diversos saberes, para além do âmbito individual e clínico, na família e nas condições socioambientais da área de abrangência atendida.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação está estruturada da seguinte maneira: inicia-se pela introdução, com a apresentação do tema a ser abordado, por meio do contexto histórico em que ocorreu a trajetória do SUS.

Posteriormente, há a formulação do problema a ser estudado, com a apresentação da questão principal de pesquisa, do seu objetivo e sua relevância, e das justificativas para que se desenvolva este tema de estudo.

Após esta descrição, apresenta-se o referencial teórico com a abordagem dos conceitos importantes para desenvolvimento do estudo: a Estratégia Saúde da Família, o Programa Mais Médicos e o processo de trabalho das equipes de ESF.

Na terceira parte, será apresentado o desenho da pesquisa e a metodologia será desenvolvida a fim de fundamentar os resultados, as discussões, as conclusões e a contribuição para a prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início quando o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa teve como finalidade contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (Rosa & Labate, 2005; Pavoni & Medeiros, 2009).

A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebeu a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde nos municípios e começou a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (Rosa & Labate, 2005).

A ESF iniciou assim, em 1994, como uma proposta de atuação de equipes multiprofissionais para o cuidado com a população da região Nordeste do país, desenvolvendo ações de saúde para os indivíduos e suas famílias que, por muitas vezes, possuíam dificuldade de acesso a esses serviços. Inicialmente esta estratégia foi denominada de Programa Saúde da Família e posteriormente adotada como estratégia ministerial para fortalecer a Atenção Básica (Sarti, 2015; Sousa, 2008).

Segundo Delziovo (2011), o Programa Saúde da Família teve como objetivo colaborar com a AB por meio dos princípios estabelecidos pelo SUS, com início de suas atividades sem orçamento próprio e políticas adequadas de recursos humanos, e foi adotado por municípios que acreditaram nesta nova proposta.

Esta estratégia veio com o objetivo explícito de mudança da prática assistencial da AB, fazendo com que a abordagem da saúde fosse centrada na família, com o cuidado a todos os seus integrantes (Cruz, Gabardo, Ditterich, Moysés, & Nascimento, 2009; Sarti, 2015).

Pavoni e Medeiros (2009) referem em seu estudo que a ESF veio converter o modelo tradicional, caracterizado por uma assistência médica centrada no enfoque curativista, em um modelo mais abrangente, centrado no indivíduo e na sua família, com as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Posteriormente à sua repercussão em todo o país, o programa foi formalizado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de cuidado, por meio de suas atribuições de fortalecimento da gestão da AB. Desenvolveu-se, então, esta estratégia no formato de Portaria para todo o país, em que o PSF surgiu como uma proposta de reestruturação das diretrizes da AB para trazer maior acesso à saúde para a população e reafirmar os princípios e as diretrizes do SUS.

Delzियो (2011) complementa que, a partir da proposta do Programa Saúde da Família, o Governo Federal, em 1996, destinou incentivos financeiros aos municípios para a implantação deste programa, fazendo com que ele se tornasse mais atrativo para os gestores municipais, já que existiam as demandas relacionadas à AB. Com este incentivo, foi possível a contratação de recursos humanos.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde propôs este modelo de atenção à saúde, sendo consolidado como estratégia prioritária da AB no Brasil (Delzियो, 2011).

Segundo Sarti (2015), a cobertura da ESF em fevereiro de 2015 aconteceu em 5.296 municípios, com 37.812 equipes de ESF, tendo uma média de atendimento de 117 milhões de pessoas, o que corresponde a 60,27% da população brasileira.

A portaria que formalizou a atuação da ESF foi a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que integrou as diretrizes do SUS à proposta do PSF em todo o território brasileiro, sendo posteriormente denominado como ESF (Portaria nº 399/GM, 2006).

Em 2011, houve nova atualização no que diz respeito às ações da PNAB, estabelecendo revisão nas diretrizes e normas da AB e ESF, a fim de qualificar as ações pactuadas pelo SUS e o acesso aos serviços de saúde (PNAB, 2012).

A partir destas legislações, observa-se que a ESF está no primeiro nível de atenção no SUS, sendo a estratégia fortalecedora para a reorganização do acesso à saúde.

Esta estratégia é uma forma de estruturação de todos os municípios brasileiros, disponibilizando a reorganização da saúde dos municípios a fim de reordenar, de forma padronizada, o acesso à saúde e também racionalizar a utilização dos demais níveis de assistência à saúde (PNAB, 2012; Sarti, 2015).

As UBS são os espaços municipais disponibilizados para o desenvolvimento da ESF, como pactuado nas portarias do Ministério da Saúde. E, nesse sentido, torna-se a porta de entrada para o acesso aos cuidados à saúde individual, familiar e coletiva (Portal do Departamento de Atenção Básica [PDAB], 2016).

Segundo Schwartz *et al.* (2010), a ESF traz em sua concepção um redesenho do modelo assistencial, que privilegia o vínculo e traz uma linha de cuidado em que todos têm o

direito de serem cuidados por uma equipe de saúde, de forma integral e resolutiva, por meio de projetos terapêuticos, sendo também produtores de corresponsabilidades e autonomia por todos os envolvidos no cuidado.

A atuação dos profissionais médicos na ESF fortalece e expande a capacidade de intervenção, especialmente na perspectiva de adoção deste modelo, que engloba as diferentes demandas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de um determinado território de forma integral (Santos *et al.*, 2015).

2.1.1 Equipes de Saúde

As Equipes de Saúde da Família são compostas por vários profissionais que estabelecem vínculo, compromisso e corresponsabilização no processo de cuidado para com os usuários (PDAB, 2016).

Estas equipes são compostas por: um médico (generalista ou especialista em saúde da família/ médico de família e comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em saúde da família), um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Integram-se a esta equipe os profissionais de saúde bucal, que são: cirurgia-dentista generalista ou especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (PDAB, 2016).

Para complementar esta equipe, foi criado o NASF, composto por profissionais complementares, como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entres outros de acordo com a necessidade do território a que pertence a UBS (PDAB, 2016).

As equipes de saúde possuem um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, de forma a conhecer a realidade das famílias por meio do seu cadastramento e acompanhamento mensal. As ações identificam as necessidades de saúde e as situações de risco e vulnerabilidade social (PNAB, 2012).

Assim, o desenvolvimento do cuidado deve permear uma assistência integral, com fluxos organizados para atender as demandas e, quando necessário, encaminhar para os demais níveis de assistência do SUS (PNAB, 2012).

Estes níveis são o secundário e o terciário, os quais são responsáveis por disponibilizar atendimento especializado de média e alta complexidade para tratamento e reabilitação.

Com isso, as equipes de ESF estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilização dos profissionais com os usuários e a comunidade,

com o desafio de ampliar suas fronteiras de atuação e a resolubilidade dos problemas de saúde.

2.1.2 Atribuições dos profissionais da ESF

No contexto da ESF, torna-se importante evidenciar as atribuições de cada integrante no processo de trabalho nas UBS:

- **Médico:** O médico da ESF possui o papel de assistir todos os membros da família (em todas as fases do desenvolvimento humano), cadastrados em sua área de abrangência, de forma a realizar consultas clínicas agendadas e espontâneas, bem como pequenos procedimentos cirúrgicos; desenvolver atividades em grupos na UBS; e, quando necessário, realizar visitas domiciliares ou a espaços comunitários. Nas atribuições médicas, também se faz necessário, durante o atendimento, realizar encaminhamentos a outros pontos da atenção à saúde, respeitando os fluxos existentes; e realizar atividades de educação permanente com a equipe multiprofissional (PNAB, 2012).
- **Enfermeiro:** Este profissional deve realizar a atenção à saúde dos indivíduos e das famílias cadastradas em sua área de abrangência, com agendamento prévio ou espontâneo. O atendimento deve ser a todas as fases do desenvolvimento humano na UBS, em domicílio ou espaços comunitários, de forma a realizar a consulta de enfermagem, executar procedimentos e atividades que respeitem os protocolos ou as normas técnicas estabelecidas pelos gestores federais, estaduais e municipais. O enfermeiro possui também o papel de realizar atividades de educação permanente com todos os membros da equipe, assim como avaliar e gerenciar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (PNAB, 2012).
- **Auxiliar/Técnico de Enfermagem:** Este profissional possui o papel de participar das atividades de atenção à saúde; realizar procedimentos regulamentados para o exercício da profissão na UBS e, quando necessário, nos domicílios e espaços comunitários; e auxiliar no desenvolvimento de ações dentro da equipe (PNAB, 2012).
- **Agente Comunitário de Saúde (ACS):** O ACS deve trabalhar com as famílias pertencentes à sua área de abrangência, definida geograficamente. Tendo uma

microárea definida, deve realizar o cadastramento das famílias e mantê-lo atualizado; orientar as famílias a utilizarem os serviços de saúde disponíveis e acompanhar mensalmente as famílias cadastradas, que devem ser visitadas de acordo com o grau de vulnerabilidade (PNAB, 2012).

- **Cirurgião-dentista:** Este profissional possui as mesmas especificidades dos outros profissionais, cuidando da saúde bucal das famílias cadastradas, realizando procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluído o atendimento de urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados à fase clínica. Deve também realizar a supervisão dos auxiliares e técnicos de saúde bucal (PNAB, 2012).
- **Técnico em Saúde Bucal (TSB):** Realiza a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; coordena a manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe; apoia as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; participa do treinamento e da capacitação dos ASB e dos ACS como multiplicadores de ações de promoção à saúde; participa também das ações educativas, atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; participa da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; faz a remoção do biofilme de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; realiza fotografias odontológicas exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; insere e distribui o preparo cavitário e os materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista; procede à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e aplica medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos (PNAB, 2012).
- **Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):** O ASB realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde; realiza atividades programadas de atenção à demanda espontânea; executa limpeza, antissepsia, desinfecção e esterilização do

instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; auxilia e instrumenta os profissionais nas intervenções clínicas; realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; acompanha, apoia e desenvolve atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; aplica as medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; processa o filme radiográfico; seleciona moldeiras; prepara modelos em gesso; manipula materiais de uso odontológico; e participa da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador (PNAB, 2012).

- NASF: Este núcleo foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Constitui-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiar os profissionais das ESF para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, entre outros) e a academia da saúde, compartilhando as práticas e os saberes em saúde dos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial a elas. Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (este, quando necessário, deve ser regulado pelas equipes de Atenção Básica). Estes núcleos devem atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuando de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplo: Centro de Apoio Psicossocial, Ambulatórios Especializados, entre outros) além de outras redes (redes sociais e comunitárias). A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF, as equipes de Saúde da Família e as de Atenção Básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando o aumento da

capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes. A composição dos profissionais que integram este núcleo é constituída a partir do levantamento das necessidades de saúde de um determinado território (PNAB, 2012).

Os profissionais da ESF devem ser valorizados de forma integral, pois é a partir deles que se pode ter melhor desempenho do processo de trabalho, que deve condizer com as necessidades de saúde do seu território (Machado *et al.*, 2016).

2.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)

O PMM foi implementado pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, com o intuito de minimizar os problemas relacionados à falta de médicos na AB, principalmente nos municípios do interior do país e nas periferias das grandes cidades brasileiras, tendo como foco alavancar a infraestrutura das unidades e aumentar o número de médico nas regiões mais marginalizadas (Lei nº 12.871, 2013; Lima *et al.*, 2015; Tavares, 2015).

Segundo Tavares (2015), o programa é resultado de parte do diagnóstico da enorme disparidade na distribuição de médicos por todo o país, tendo assim como principal objetivo aumentar a densidade médica (relação médicos/ habitantes) nos municípios brasileiros.

Este programa propõe medidas para uma nova tentativa de minimizar a falta do médico e é dividido em quatro fases. A primeira é fazer com que haja melhoria na infraestrutura e nos equipamentos de saúde; a segunda é ampliar o número de vagas de graduação em Medicina, especializações e residência médica; a terceira é o aperfeiçoamento do curso de Medicina no país; e a quarta é inserir o maior número de médicos nas áreas prioritárias do SUS (Lima *et al.*, 2015).

Segundo Lima *et al.* (2016), o PMM consiste em uma política de fortalecimento e desenvolvimento do SUS, que teve como princípio suprir a necessidade de expandir a AB no

país, que possui dificuldades relacionadas ao provimento e à fixação de profissional, principalmente do médico.

Para participar do PMM, os candidatos devem ter requisitos básicos como: possuir habilitação para exercer a Medicina no país, ter conhecimento da Língua Portuguesa e ser médico de um país onde o número de médicos por habitante seja maior do que no Brasil.

As bolsas ofertadas pelo Governo Federal são de 10 mil reais por mês, pagas pelo Ministério da Saúde, e mais uma ajuda de custo para moradia, que deve ser próxima ao local de atuação, cujo valor poderá chegar até três vezes o valor da bolsa.

O profissional terá uma licença provisória com validade relacionada ao tempo de permanência no programa para atuar como médico, e estes profissionais serão destinados aos locais por inferência do Ministério da Saúde, não sendo necessária a realização do Exame de Revalidação de Diplomas de Médicos, expedido pelas Instituições de Educação Superior, denominado Revalida.

Então, em 22 de outubro de 2013, foi instituída a Lei nº 12.871, que regulamenta o Programa Mais Médicos, como uma tentativa de distribuir os profissionais médicos para a cobertura médica em todos os municípios do país. Embora o PMM se configure como uma estratégia para minimizar as desigualdades de acesso aos cuidados com a saúde no Brasil, esta não foi a primeira tentativa e também não será a última para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Os municípios que iniciaram o PMM tinham mais de 20% da população vivendo em vulnerabilidade social, em periferias das capitais e regiões metropolitanas (Lima *et al.*, 2015).

Contudo, a falta do profissional médico não é apenas um problema brasileiro, outros países também possuem déficit no número de médicos em áreas mais afastadas das grandes cidades ou em áreas com desigualdades geográficas (Pereira, Santos, Santos, Oliveira, & Rattner, 2016).

Pereira *et al.* (2016) relatam, em seu estudo, que experiências internacionais sobre captação de recursos dos serviços de saúde dependem da própria estratégia de captação de recursos para recrutamento profissional para as áreas de vulnerabilidade.

Vários países tiveram iniciativas de recrutamento de médicos para as áreas mais afastadas dos grandes centros. Colômbia, Peru, Costa Rica, México e Equador introduziram o serviço social obrigatório para suprir a necessidade dos médicos nas áreas remotas. A Colômbia, em particular, inseriu as universidades neste processo, sendo criado um novo currículo que introduziu o serviço social obrigatório nas áreas rurais como principal requisito para os médicos obterem a licença médica para o exercício da Medicina (Pereira *et al.*, 2016)

Historicamente o México foi pioneiro neste contexto, tendo o primeiro serviço social em 1945. Para obter a licença para exercer a medicina, o candidato deveria ficar doze meses em um local com vulnerabilidade (Pereira *et al.*, 2016).

Pode-se dizer que existem inúmeras discussões acerca do PMM devido ao difícil contexto político e social vivenciado no país nestes últimos anos. A contaminação político-partidária influencia o programa, deixando de lado temas relacionados à matriz ideológica e ao potencial que pode atingir, pois é um programa inédito nas Américas como uma política de fortalecimento do sistema de saúde, especialmente na AB (OPAS, 2015).

Para fortalecer este programa, torna-se importante estudar as formas de estruturação do programa. Assim, foi criada uma cadeia de valores do PMM, a qual identifica sete áreas sobre as quais se deve refletir para determinação dos resultados do programa (OPAS, 2015).

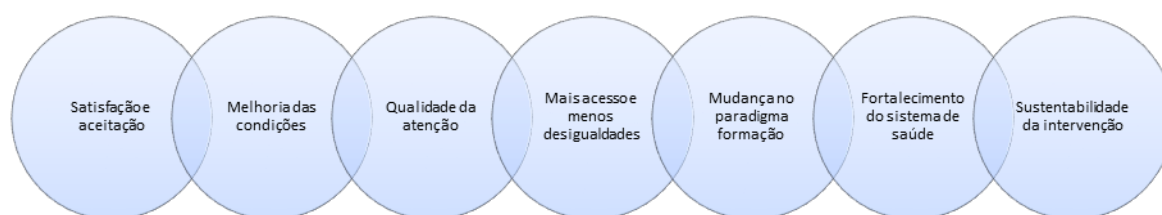


Figura 1 - Cadeia de valor do Programa Mais Médicos.

Fonte: Adaptado de OPAS, 2015

A partir das áreas identificadas na cadeia de valores, observa-se que o PMM favorece o fortalecimento da ESF por meio da formação de experiências e da disposição dos profissionais envolvidos neste contexto, fazendo com que melhore o acesso e a equidade (OPAS, 2015).

O PMM completou dois anos de existência, e esse período garantiu 18.240 médicos em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 distritos de saúde indígenas. Esses profissionais estão garantindo atendimento a 63 milhões de brasileiros que não contavam com atendimento médico e que agora encontram atendimento nas unidades de saúde próximas de suas casas (Pereira *et al.*, 2016).

Segundo Molina, Tasca e Suarez (2016) mais 700 pequenos municípios brasileiros contam com um médico residente em seu território, não precisando mais do deslocamento para outro município em busca de atendimento médico ou da utilização do setor privado.

Em 2013, a população do município de São Paulo era de 11.821.876 pessoas, as vagas em aberto eram de 281 médicos e, após a implantação do programa, 676 médicos entraram no

PMM (Pereira *et al.*, 2016). Com isso, o PMM tem representado efetiva redução nas iniquidades de saúde relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, com uma atenção resolutiva e integral (Lima *et al.*, 2016; Comes *et al.*, 2016).

Segundo este mesmo autor, a produção médica dos municípios que receberam o profissional do PMM aumentou, diminuindo encaminhamentos para especialidades, hospitais e serviços de urgência/emergência, observando-se que a resolutividade das equipes está acontecendo nas equipes ESF (Lima *et al.*, 2016).

2.3 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ESF

A atuação da equipe de ESF veio se incorporar ao SUS como uma forma de reestruturação do modelo assistencial anterior, sendo operacionalizada por equipes multidisciplinares em UBS para acompanhar um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (PDAB, 2016; Machado *et al.*, 2016).

Estas equipes garantem os princípios e as diretrizes do SUS, como a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social, a descentralização, a resolutividade e a humanização, a fim de operacionalizar as ações e os serviços, objetivando avanços na qualidade do atendimento e garantindo à população maior acesso aos serviços de saúde (Cruz *et al.*, 2009).

Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas de uma determinada área geográfica, numa jornada de trabalho de 40 horas semanais, exceto o médico, que poderá atuar em duas equipes com 20 ou 30 horas semanais (PDAB, 2016).

As principais atribuições destas equipes estão na identificação da realidade epidemiológica e social das famílias cadastradas, realizando o atendimento das demandas programadas e espontâneas, juntamente com a educação em saúde com ênfase no autocuidado (Machado *et al.*, 2016; Pavoni & Medeiros, 2009).

Todos os profissionais da ESF devem planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades do território delimitado, bem como articular com os diversos setores envolvidos no processo de cuidado. Delzियो (2011) traz, em seu estudo, um olhar diferenciado sobre o processo de trabalho, especialmente dos profissionais médicos e enfermeiros na ESF, pois no processo de cuidado deve haver a construção social intersetorial contínua, para que não percam os princípios do SUS com o envolvimento da equipe e da comunidade.

Entretanto, para que se tenha a mudança de atitude profissional, tornam-se necessárias mudanças desde a formação acadêmica dos profissionais envolvidos, a fim de haver o preparo para a atuação dentro das necessidades de saúde, visando a um atendimento com competência e resolutividade (Delzियो, 2011).

Schwartz *et al.* (2010) dizem que a organização do processo de trabalho em saúde deve mudar o foco de médico/profissional centrado para ser o usuário centrado, fazendo com que este individuo seja protagonista de sua saúde.

Com isso, os profissionais da ESF, especialmente o médico, podem oferecer maior independência aos usuários, com a diminuição do retrabalho e a valorização profissional.

2.3.1 Atribuições gerais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento de famílias e indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas da área de abrangência, priorizando as necessidades de acordo com o planejamento da equipe;
- Realizar o cuidado à saúde da população cadastrada nas UBS e, quando necessário, em domicílio ou em espaços comunitários (escolas, igrejas, associações, entre outros);
- Garantir atenção à saúde, em sua integralidade, realizando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação de saúde e prevenção de agravos; garantindo atendimento por demanda espontânea e também por ações programáticas coletivas de vigilância em saúde;
- Participar do acolhimento dos usuários, com escuta qualificada, e proceder à primeira avaliação de forma a classificar o risco, a vulnerabilidade e os sinais clínicos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória ou de outros agravos de importância local;

- Responsabilizar-se pelas famílias cadastradas, mesmo que se encontrem em outros pontos da atenção à saúde;
- Realizar reuniões de equipe a fim de discutir, em conjunto, o planejamento; avaliar as ações da equipe e, se necessário, readequar os processos; e
- Garantir qualidade no registro das informações, nas ações de educação em saúde, na educação permanente entre os profissionais e na mobilização e participação da comunidade (PDAB, 2016).

A partir das principais atribuições das equipes de ESF, nota-se que o modelo assistencial adotado aprimorou e incorporou mudanças no processo de trabalho da AB, de forma a buscar maior integralidade e acesso dos usuários e suas famílias.

Portanto, não se pode deixar de evidenciar o modelo assistencial, que é o modo de como se produz a saúde, ou seja, como a sociedade e o Estado desenvolvem tecnologias para produzir e distribuir ações de saúde (Reis, Fortuna, Oliveira, & Durante, 2007).

Especificamente, os modelos assistenciais se desenham nos microespaços e no cotidiano dos serviços de saúde, expressos pelo conjunto de processos de trabalho nos serviços de saúde e que devem ser sempre atualizados (Reis *et al.*, 2007).

Com o decorrer dos anos, o SUS também teve de atualizar o modelo assistencial e os processos de trabalho, especialmente na ESF, e nota-se que ainda se tornam necessárias mais transformações, pois ainda existem lacunas a serem preenchidas no processo de trabalho das equipes, especialmente na atuação do profissional médico.

Pavoni e Medeiros (2009) mostram que as atribuições dos profissionais envolvidos no trabalho da equipe devem ser valorizadas pelos diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, com avaliações sistemáticas a fim de readequar os processos de trabalho da equipe. Estes mesmos autores também afirmam que o trabalho em equipe na ESF é importante para o enfrentamento do processo de especialização na área da saúde, de forma a desenvolver o aprofundamento vertical do conhecimento e proporcionar intervenções individualizadas para as necessidades de saúde do território e da família, fazendo com que aumente a produtividade.

O trabalho em equipe possibilita cuidados mais completos aos usuários e suas famílias, mas também pode gerar competição entre os seus membros, tornando-se importante o controle do processo de trabalho, por meio de normas para a garantia de igualdade no grupo (Shimizu & Junior, 2012).

Segundo Shimizu e Junior (2012), a organização do trabalho influencia o processo, pois pode propiciar ou dificultar os mecanismos de reelaboração das normas, fazendo com que haja sofrimento entre os membros da equipe. Na ESF, isso pode aumentar as incertezas entre os profissionais e, consecutivamente, o aumento da tensão no trabalho, dificultando a coordenação dos processos de trabalho.

2.3.2 Atuação do profissional médico nas equipes de ESF

Na ESF, cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em processo de trabalho coletivo, desenvolvendo a prática compartilhada, que se baseia nas atribuições específicas das diversas áreas de conhecimento (Maciel, Lima, Albuquerque, Aguiar, & Santos, 2007).

Espera-se que cada integrante da equipe seja capaz de conhecer e analisar o trabalho, observando as atribuições específicas da equipe, a unidade, o domicílio e a comunidade, de forma a compartilhar conhecimentos e informações (Maciel *et al.*, 2007).

Especialmente o trabalho do médico é essencial no processo de trabalho das equipes de ESF, pois a integração do cuidado médico na equipe proporciona maior resolutividade das necessidades de saúde da população (Maciel *et al.*, 2007). Todavia, a atuação do médico da família ainda é pouco difundida no país, devido aos baixos incentivos na formação desses profissionais e à oferta de baixos salários em contrapartida da grande demanda de cuidado.

Historicamente observa-se que houve tentativa de movimentação para reforma médica, sendo iniciada nos primórdios da medicina. Em 1966, nos Estados Unidos, houve a movimentação para o desenvolvimento da medicina de família, que veio como forma de resposta para os impasses do alto custo e da superespecialização da assistência médica (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Esta movimentação disseminou-se pela América Latina e chegou ao Brasil em 1973 por intermédio da Organização Mundial da Saúde e da Associação Brasileira de Ensino Médico (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Já para Melo *et al.* (2014) a medicina de família e comunidade surgiu na década de 1970, por meio de uma movimentação para responder aos altos custos relacionados à crescente especialização da assistência médica e para resgatar a promoção, prevenção e proteção à saúde dos indivíduos.

Antes da implantação do SUS, o direito à saúde era exclusivo às pessoas inseridas no mercado de trabalho, denominadas de cidadania regulada, pois a assistência individual e curativista ficavam sob responsabilidade da Previdência Social; enquanto os cuidados de promoção, prevenção e coletivos ficavam sob responsabilidade do Ministério da Saúde, com o desenvolvimento de programas específicos e limitados (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Com esta movimentação, foi alterado o modo de assistência da população e a Constituição Federal de 1988 inovou com o modelo de assistência integral. O financiamento deste novo modelo de assistência deixa de ser baseado por procedimentos, para ser de acordo com a renda *per capita* do país, denominado de piso fixo de atenção básica – PAB (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

A Norma Operacional Básica de 1996, desenvolvida após a Constituição Federal, garantiu um piso variável para a AB, que é repassado conforme as ações desenvolvidas pelo município, como é o caso da ESF. Esta forma de financiamento possibilitou uma nova forma de execução dos serviços de saúde, denominadas de Organizações Sociais, que se configuram em um modelo jurídico privado para gerenciar estabelecimentos de saúde, sendo suas atribuições a contratação de recursos humanos e a aquisição de recursos materiais por meio de contratos de gestão com os municípios (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Este novo perfil de financiamento, a partir das Organizações Sociais, possibilitou maior flexibilidade no que diz respeito à contratação dos recursos humanos, principalmente do profissional médico de família. Porém, mesmo com a mudança, ainda não foi a resolução completa do problema.

No contexto da atuação do médico de família, buscou-se romper paradigmas relacionados à atuação do médico, de forma a desenvolver uma atenção simplificada, com baixo custo e cuidados mais resolutivos (Melo *et al.*, 2014).

Neste cenário de desenvolvimento da AB, juntamente com a ESF e as equipes multidisciplinares, o médico possui um papel fundamental, pois ele avalia a demanda de saúde dos pacientes e dos riscos individuais de adoecer, elabora o plano de cuidado que responda às necessidades de saúde, além de incorporar ao atendimento aspectos biopsicossociais de todos os integrantes da família (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

As atividades desenvolvidas pelo médico durante a semana de trabalho devem ser organizadas de forma a disponibilizar atendimento de consultas na unidade, atividades educativas de grupo, reuniões de equipe e atendimento domiciliar com intuito de disponibilizar assistência e aproximar-se da realidade do local onde a equipe está inserida (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Com isso, podem-se evidenciar inúmeras dificuldades operacionais e de manutenção da AB, mas um dos principais problemas é a falta e/ou deficiência de fixação do profissional médico (Melo *et al.*, 2014).

Existem diversos fatores para a elevada rotatividade dos médicos, que pode ser por contratos de trabalho em período integral, desvalorização profissional, falta de entendimento da população sobre a ESF, salários mais atrativos em outras áreas e falta de perfil para atuar na ESF (Melo *et al.*, 2014).

Outra questão para se refletir está relacionada à expansão rápida da ESF, que acarretou a contratação de profissionais sem formação ou experiência de atuação na AB, resultando no comprometimento da legitimidade da proposta como substituição dos modelos tradicionais (Melo *et al.*, 2014).

O médico que atua na ESF deve possuir competências preventivas, terapêuticas e de gestão de recursos. E, na prática, observa-se que existe um número grande de médicos com baixa qualificação e muitas atribuições, fazendo com que ocorram o desgaste profissional e o esgotamento (Melo *et al.*, 2014).

Segundo Campos e Malik (2008), um dos problemas mais graves identificados desde a implantação da ESF é a rotatividade médica, já que este modelo assistencial é fundamentado no vínculo profissional entre a equipe e os usuários, e a alta rotatividade médica pode comprometer a efetividade do modelo.

Nota-se que existe uma dificuldade de contratação do profissional médico para atuar na ESF, o que pode ser entendido de diversas formas, mas os autores Vasconcelos e Zaniboni (2011) referem que a manutenção e a dedicação são uma das principais dificuldades para a contratação dos profissionais médicos. Neste mesmo estudo, evidencia-se que o processo de trabalho do médico tende a ter uma relação harmoniosa com as famílias do território, porém o déficit pode estar relacionado à falta de motivação profissional e à alta oferta de salários mais atrativos, ou ainda ao alto grau de desgaste profissional, devido à assistência às demandas de saúde reprimida (Gomes & Rosa, 2014; Vasconcelos & Zaniboni, 2011).

Dessa forma, havendo locais com maiores salários, com maior motivação e mais próximos dos grandes centros, estes profissionais preferem as oportunidades mais atrativas para sua atuação.

Segundo Rosa e Gomes (2014), o nível de satisfação do profissional médico é um ponto importante para a fidelização, mas não é o único, a remuneração profissional, as condições de trabalho, o tipo de contratação, a segurança para exercer a medicina e o clima organizacional fazem parte da fidelização do profissional.

A fidelização do profissional médico da ESF é um ponto chave, pois a política de contratação é precária, fazendo com que haja grande rotatividade, e a perda do vínculo entre as famílias e o profissional médico causa custos na capacitação das equipes, interrupções nos programas de cuidado e prejuízos aos usuários (Gomes & Rosa, 2014).

Além disso, segundo Lima *et al.*, (2016), o desempenho do médico é influenciado pela equipe de ESF e não apenas pela infraestrutura, pelo tempo de permanência ou pela formação acadêmica.

Para manter uma troca adequada entre os trabalhadores e as organizações, aqueles devem demonstrar desempenho, assiduidade, permanência e colaboração espontânea; já estas devem desenvolver políticas de gestão de pessoas de forma a oferecer sistemas de recompensa econômica, financeira, social e material (Gomes & Rosa, 2014).

Outro ponto importante a ser ressaltado no processo de expansão da ESF são os pontos negativos que influenciam a não permanência do profissional médico, que está relacionada ao baixo investimento para qualificação profissional, especialmente no que se refere à gestão participativa, aos baixos salários, à indefinição do tipo de vínculo empregatício, à disparidade salarial e ao excesso de trabalho (Gomes & Rosa, 2014).

Santos *et al.* (2015) trazem, em seu estudo, que a concentração do profissional médico nos grandes centros urbanos afeta a maioria dos países e, para suprir este déficit, existem experiências internacionais para retenção dos profissionais médicos em áreas de grande vulnerabilidade, por meio de estratégias de incentivo e obrigatoriedade, como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio.

Já Campos e Malik (2008) descrevem em seu estudo que a permanência do médico na equipe pode estar relacionada à forma de contratação, ao perfil do médico e às condições de trabalho.

Torna-se, então, um desafio diminuir o déficit e a grande rotatividade dos profissionais médicos, e superá-lo faz com que desempenhe o cuidado longitudinal para com as famílias.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa tem sua natureza baseada em uma pesquisa aplicada, pois aborda, em seu conteúdo, conhecimentos utilizados na prática das equipes de ESF que envolvem verdades sobre o PMM.

Sua abordagem é qualitativa, pois possui relação dinâmica entre os sujeitos envolvidos e a interpretação dos fenômenos extraídos do processo de condução da pesquisa, no ambiente natural, que foi a principal fonte de extração dos dados.

Esta pesquisa também é considerada uma pesquisa exploratória, visto que teve o intuito de proporcionar maior familiaridade com o problema em questão, de forma a possibilitar a construção de hipóteses, por meio de levantamento bibliográfico.

O procedimento técnico utilizado é o estudo de caso único, pois envolve um estudo profundo e sistemático do objeto estudado e utilizado como ferramenta; uma entrevista semiestruturada; e a observação participante para o levantamento de informações sobre a percepção das ESF em relação à presença do profissional médico estrangeiro do PMM no processo de trabalho na UBS estudada.

Lenz (2011) descreve, em seu estudo, que uma pesquisa qualitativa é importante para chegar a resultados fidedignos no processo de investigação, principalmente, quando há objetivos bem elaborados para alcançar os resultados.

Segundo Ventura (2007), o estudo de caso é um meio de organizar os dados, de forma a preservar o objeto estudado de forma individual e integral.

Yin (2015) refere que o estudo de caso representa uma investigação empírica que compreende um método abrangente, de forma a ter um planejamento de coleta e análise dos dados, podendo ser único ou múltiplo.

E Pereira, Godoy e Terçariol (2008) afirmam também que o estudo de caso se caracteriza por ser um estudo profundo de um objeto, de forma a permitir que se tenha um amplo e detalhado conhecimento sobre o que se estuda, sendo impossível em outros métodos de investigação.

Lenz (2011) complementa que o estudo de caso não é mensurado em termos de quantidade, sendo que deve ser utilizado como método de pesquisa quando há interesse de estudar fenômenos contemporâneos e em um ambiente natural.

O estudo de caso é um dos métodos mais utilizados em algumas áreas da administração, pois, ao ter um processo adequado na condução do estudo, pode auxiliar na aceitação da comunidade científica (Lenz, 2011).

As etapas do processo de construção de um estudo de caso são: a classificação do estudo, se a pesquisa é exploratória ou descritiva; o planejamento da pesquisa, que envolve a questão de pesquisa, e como será a condução do estudo; a coleta de dados e como será este processo; e, por último, a análise dos dados e como será a descrição dos procedimentos e das técnicas de análise (Lenz, 2011).

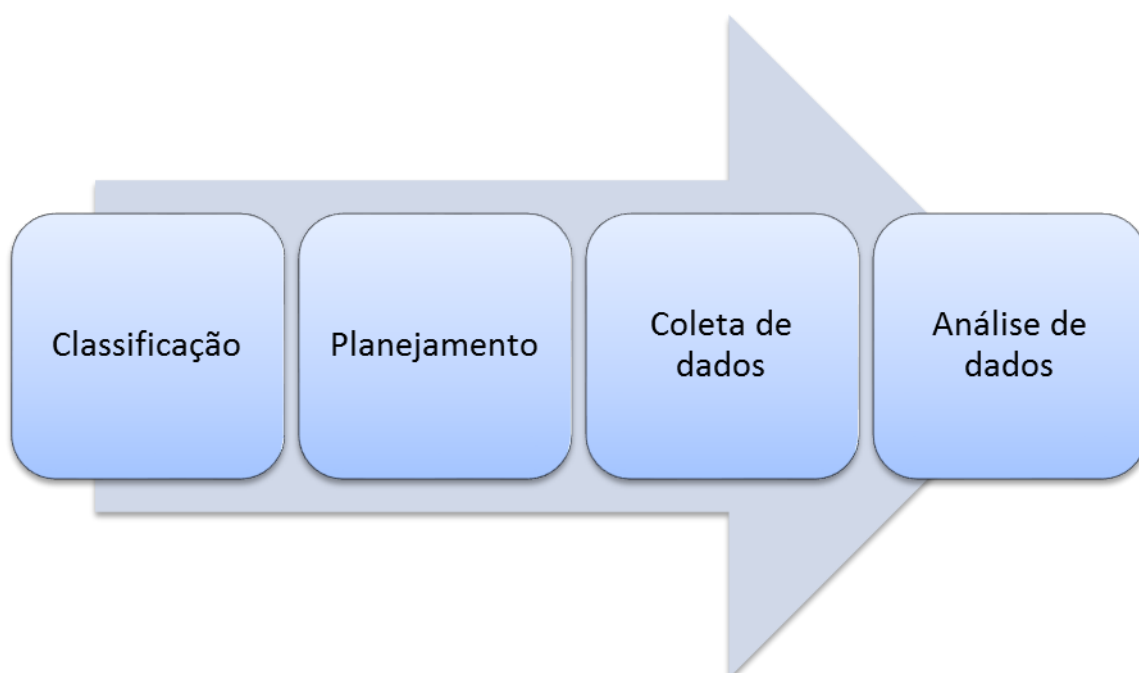


Figura 2 - Características do método estudo de caso
Fonte: Elaborado pela autora

Este estudo foi submetido à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho e da Secretaria Municipal da Saúde, pois envolve aspectos legais regidos pelas Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, firmados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que visam à autorização prévia para condução do estudo (Resolução nº 466, 2012).

O parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de julho ocorreu em 11 de maio de 2016, sob o nº 1.540.200 e o CAAE nº 54301016.4.0000.5511. E o do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS/SP ocorreu em 11 de junho de 2016, sob o nº 1.585.364 e o CAAE nº 54301016.4.3001.0086.

A pesquisa está estruturada para atingir os objetivos e responder à questão da pesquisa. A seguir, será demonstrada a figura que demonstra o fluxo da estrutura desta dissertação, de forma a ilustrar o processo de estruturação.

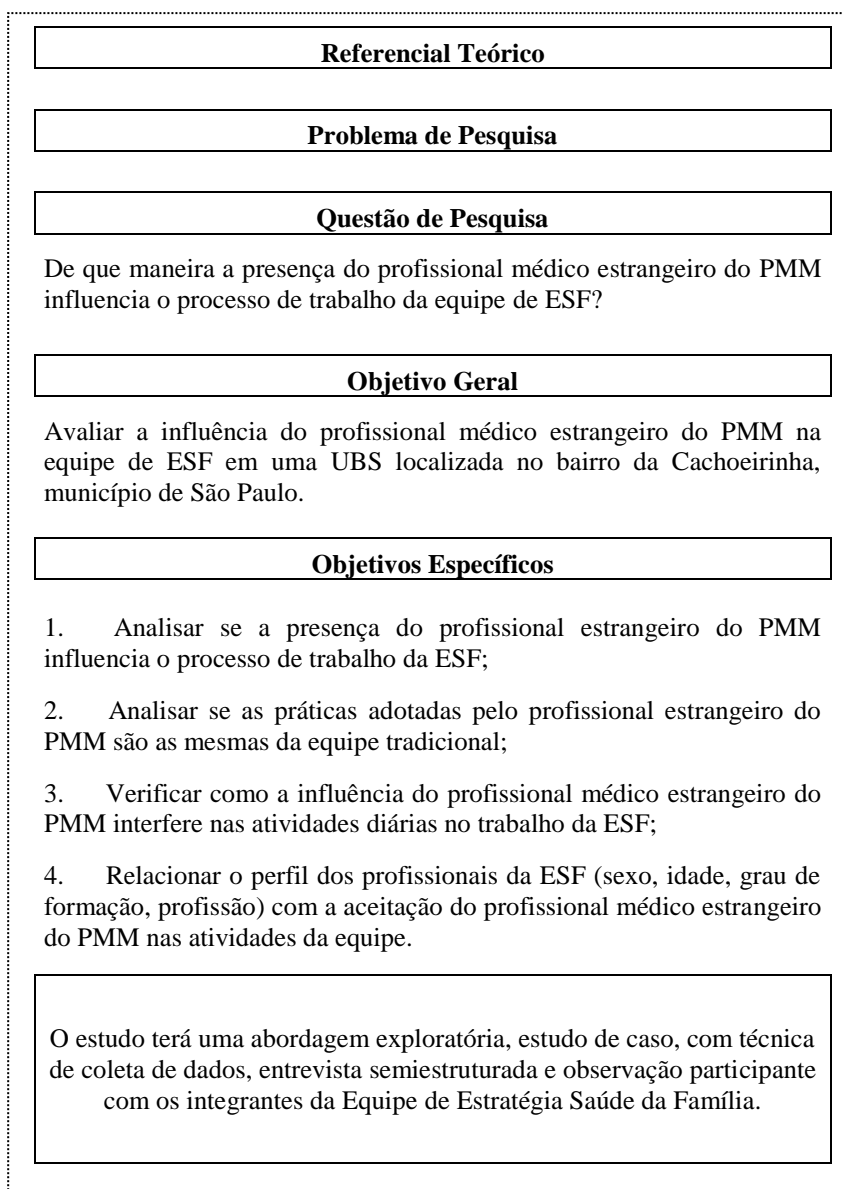


Figura 3 - Fluxo de condução do estudo

Fonte: Elaborado pela autora

3.1.1 Cenário do Estudo

A UBS estudada tem o modelo assistencial totalmente focado na ESF, é localizada no município de São Paulo, bairro da Cachoeirinha, e pertence à Supervisão de Saúde Casa Verde/ Limão/Cachoeirinha, Coordenadoria Norte.

Esta unidade possui sete equipes de ESF, as quais estão com o quadro de colaboradores totalmente preenchido. A população atendida, nesta UBS, é de 21 mil pessoas, distribuídas em 6.685 famílias cadastradas.

A equipe a que o médico estrangeiro pertence iniciou o cadastramento e acompanhamento das famílias em 2012, com média de permanência por colaborador de aproximadamente 3 anos, atualmente atendendo uma população de 2.980 pessoas, distribuídas em 961 famílias.

O médico estrangeiro do PMM é do sexo masculino, com 37 anos de idade, de nacionalidade francesa. Estudou medicina na França e a duração do curso foi de 9 anos; tem o título de Clínico geral e fez uma especialização em urgência e emergência na França. No Brasil, fez o MBA em Gestão de Projetos e Estratégia Saúde da Família e Comunidade.

3.1.2 Construção dos pressupostos

Os pressupostos são definidos por ideias que não são expressas de maneira explícita, mas que podem ser percebidas por meio de informações que levam ao objetivo proposto.

O processo de formulação dos pressupostos ocorreu a partir do delineamento da pesquisa, pois os pressupostos estão relacionados à busca de evidências relacionadas ao tema estudado, denominados de constructos.

Desta forma, utilizaram-se os constructos para identificar os pressupostos, por meio dos polos teóricos (pilares científicos) que são: a Estratégia Saúde da Família, o Programa Mais Médicos e o processo de trabalho das equipes de ESF, para compor dados que evidenciem a influência do profissional médico estrangeiro do PMM nas equipes de ESF.

A seguir, será demonstrada a figura que evidencia este processo de construção dos pilares científicos.

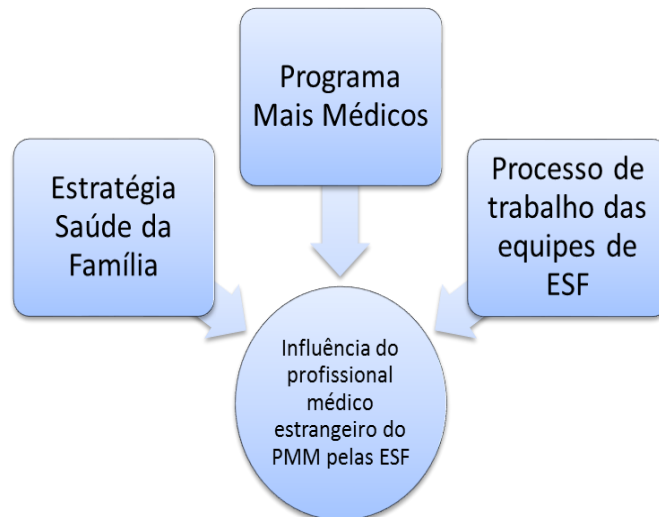


Figura 4 - Polos Teóricos (Pilares Científicos) em relação ao objetivo

Fonte: Elaborado pela autora

Nestes polos teóricos, foram elencados dados de autores que descreveram informações correspondentes aos dados necessários para compor o presente estudo.

Em primeira instância, foi evidenciado o polo Estratégia Saúde da Família, que descreve informações acerca do contexto histórico do processo de implantação da ESF no país e sua repercussão e consolidação ao longo dos anos, representando avanços para o SUS.

A seguir, serão identificados os pressupostos deste estudo em formato de figura para a identificação da questão de pesquisa, dos pilares, dos objetivos e dos autores que auxiliam na construção dos pressupostos sobre a percepção da influência do PMM nas ESF.

De que maneira a presença do profissional médico estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da equipe de ESF?			
Objetivos		Pilares	Pressupostos
Geral	Avaliar a influência do profissional médico estrangeiro do PMM na equipe de ESF em uma UBS localizada no bairro da Cachoeirinha, município de São Paulo.	Estratégia Saúde da Família e Programa Mais Médicos	A atuação do médico nas equipes de ESF busca romper paradigmas no processo de cuidados para com os indivíduos e suas famílias, trazendo um cuidado simplificado e resolutivo (Melo <i>et al.</i> , 2014).
Específicos	1. Analisar como a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da ESF;	Programa Mais Médicos	O déficit do profissional médico na equipe de ESF impacta o processo de trabalho, dificultando o acesso dos usuários ao SUS (Gonçalves <i>et al.</i> , 2014; Melo <i>et al.</i> , 2014).
	2. Analisar se as práticas adotadas pelo profissional estrangeiro do PMM são as mesmas da equipe tradicional;	Processo de trabalho das equipes de ESF	O médico que atua na ESF avalia as necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias de forma integrada, facilitando a acessibilidade aos serviços do SUS (Melo <i>et al.</i> , 2014).
	3. Verificar como a influência do profissional médico estrangeiro do PMM interfere nas atividades diárias no trabalho da ESF;	Processo de trabalho das equipes de ESF	As atividades da equipe são organizadas de acordo com as necessidades de saúde do território, por meio de atividades educativas, consultas, reuniões de equipe e atendimento domiciliar (Vasconcelos & Zaniboni, 2011).
	4. Relacionar o perfil dos profissionais da ESF (sexo, idade, grau de formação, profissão) com a aceitação do profissional médico estrangeiro do PMM nas atividades da equipe.	Programa Mais Médicos	O PMM tem como objetivo realizar a cobertura médica nas áreas de maior vulnerabilidade e com isso incorporar o médico do PMM à assistência ao território de abrangência (Lima <i>et al.</i> , 2015).

Figura 5 - Pressupostos

Fonte: Elaborado pela autora

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu em uma UBS na Zona Norte do município de São Paulo. O escopo deste projeto foi previamente apresentado aos responsáveis pela UBS e os pesquisadores receberam a anuência para a realização desta pesquisa, por meio de carta de autorização da instituição coparticipante.

Segundo Martins e Theóphilo (2009), a entrevista é um método de pesquisa para coletar informações, dados e evidências, com o intuito de entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem às questões abordadas.

Especialmente nas entrevistas semiestruturadas, a condução é feita a partir de um roteiro preestabelecido, porém o entrevistador possui a liberdade de acrescentar outras questões relacionadas ao que está sendo abordado (Martins & Theóphilo, 2009).

A entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses relacionadas com o tema da pesquisa, sendo as respostas a estes questionamentos transformados, posteriormente, em novas hipóteses sobre o assunto.

Foram entrevistados os componentes da equipe de saúde da UBS que trabalham com o profissional médico estrangeiro. A pesquisadora e entrevistadora é parte integrante de uma das equipes da UBS e fez um contato prévio com os profissionais convidados a participar da pesquisa.

Neste contato, a pesquisadora explicou e apresentou o projeto, com seus objetivos, e o processo de entrevista. E todos concordaram com a participação no estudo. Portanto, foram entrevistados oito profissionais que fazem parte da equipe estudada.

A figura 6 caracteriza o número total de entrevistados, divididos por categorias profissionais.

Profissionais	Nº
Enfermeiro	1
Auxiliar de Enfermagem	1
Agente Comunitário de Saúde	6

Figura 6 - Número de entrevistados por categoria profissional

Fonte: Elaborado pela autora

As entrevistas iniciaram mediante a leitura e assinatura do termo de consentimento e a informação, pelo entrevistador, de que as entrevistas seriam gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para análise; estas foram realizadas pelo mesmo pesquisador e tiveram duração de aproximadamente 30 minutos.

Estas entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, com a observação da visão de cada entrevistado e foi realizada em uma sala específica somente com o entrevistado e o entrevistador.

As perguntas foram relacionadas à influência do profissional estrangeiro nos processos de trabalho. A pergunta inicial que desencadeou a entrevista foi: “Quais mudanças você percebeu no seu trabalho com a chegada do profissional estrangeiro do PMM?”.

Após a resposta inicial, a conversa foi conduzida seguindo o roteiro, para identificar se o entrevistado percebeu que o profissional estrangeiro trouxe novas ideias para agregar ao processo de trabalho da equipe; se houve alguma dificuldade na realização das atividades devido ao idioma ou aos protocolos adotados pelo profissional, ou ainda se houve dificuldades culturais. Enfim, quais as contribuições que o profissional estrangeiro trouxe para as atividades na UBS.

3.2.1 Roteiro de entrevista:

A pesquisadora apresentou o processo de entrevista, esclarecendo as dúvidas e deixando o entrevistado à vontade para participação ou não, ou seja, para responder a todas as questões ou não.

- 1- Pergunta inicial: Quais mudanças você percebeu no seu trabalho com a chegada do profissional estrangeiro do PMM?
- 2- Há quanto tempo trabalha com o médico estrangeiro?
- 3- O profissional estrangeiro trouxe novas ideias para o trabalho em equipe?
- 4- Quais as dificuldades que encontrou para trabalhar com o médico estrangeiro?
- 5- O idioma foi um ponto de dificuldade?
- 6- Os protocolos clínicos adotados pelo profissional no seu país de origem eram diferentes dos utilizados pela equipe na UBS?
- 7- Você percebeu diferença entre a cultura do médico estrangeiro e a cultura brasileira (costumes, horários, comunicação com o paciente, comunicação com a equipe)? Se percebeu, o que achou positivo e o que achou negativo?
- 8- Quais foram as contribuições que o profissional estrangeiro trouxe para o processo de trabalho da sua equipe?
- 9- Outras considerações.

O procedimento de observação direta e minuciosa relacionado ao sujeito e às condições faz com que se inclua a compreensão dos significados presentes nas ações do sujeito estudado (Pereira *et al.*, 2008).

Segundo Silva (2012), para se coletar dados fidedignos para uma pesquisa, torna-se importante um instrumento de coleta de dados consubstanciado e fundamentado, a fim de coletar as informações para compor os resultados de uma pesquisa.

A figura 7 relaciona o roteiro de entrevista das equipes de ESF aos objetivos propostos para avaliar a influência do médico estrangeiro do PMM.

Roteiro de Entrevista	Objetivos da Pesquisa
Quais mudanças você percebeu no seu trabalho com a chegada do profissional estrangeiro do PMM?	Avaliar a influência do profissional médico estrangeiro do PMM nas equipes de ESF em uma UBS localizada no bairro da Cachoeirinha, município de São Paulo; Analisar como a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da ESF.
Há quanto tempo trabalha com o médico estrangeiro?	Analisar se as práticas adotadas pelo profissional estrangeiro do PMM são as mesmas da equipe tradicional; Verificar como a influência do profissional médico estrangeiro do PMM interfere nas atividades diárias no trabalho da ESF.
O profissional estrangeiro trouxe novas ideias para o trabalho em equipe?	Verificar como a influência do profissional médico estrangeiro do PMM interfere nas atividades diárias no trabalho da ESF.
Quais as dificuldades que encontrou para trabalhar com o médico estrangeiro?	Analisar como a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da ESF.
O idioma foi um ponto de dificuldade?	Relacionar o perfil dos profissionais da ESF (sexo, idade, grau de formação, profissão) à aceitação do profissional médico estrangeiro do PMM nas atividades da equipe.
Os protocolos clínicos adotados pelo profissional no seu país de origem eram diferentes dos utilizados pela equipe na UBS?	Analisar como a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da ESF.
Você percebeu diferença entre a cultura do médico estrangeiro e a cultura brasileira (costumes, horários, comunicação com o paciente, comunicação com a equipe)? Se percebeu, o que achou positivo e o que achou negativo?	Verificar como a influência do profissional médico estrangeiro do PMM interfere nas atividades diárias no trabalho da ESF.
Quais foram as contribuições que o profissional estrangeiro trouxe para o processo de trabalho da sua equipe?	Analisar como a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia o processo de trabalho da ESF.

Figura 7 - Correlação entre o roteiro de entrevista e os objetivos da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Nesta fase da pesquisa, foram analisados os dados levantados durante as entrevistas e na observação do discurso de cada entrevistado, a fim de avaliar a relação entre os conhecimentos existentes de forma a organizar os dados para responder à problemática do proposto estudo.

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, que é definida como o conjunto de instrumentos metodológicos para analisar as diferentes fontes de conteúdo (verbais e não verbais). A sua interpretação ocorreu após a transcrição fiel dos dados coletados durante a entrevista.

Segundo Santos (2012), a análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos e textos,

conduzindo descrições sistemáticas, qualitativas e quantitativas, e auxiliando a reinterpretar as mensagens, a fim de atingir a compreensão de seus significados, que vai além da leitura comum.

A análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, o qual, se analisado adequadamente, abre as portas para o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social (Mozzato & Grzybovski, 2011; Santos, 2012).

Este procedimento metodológico abre uma série de pressupostos acerca do que está sendo estudado, servindo de suporte para captação simbólica do texto, mostrando que não existe um significado único e que pode desencadear diferentes perspectivas sobre o mesmo (Mozzato & Grzybovski, 2011; Santos, 2012).

Para se chegar a uma análise fidedigna sobre o que está estudando, deve-se seguir quatro etapas:

- 1) Preparação das informações;
- 2) Categorização ou classificação das unidades em categorias;
- 3) Descrição;
- 4) Interpretação.

Estas etapas proporcionam sentido ao que está sendo estudado, possibilitando o atendimento de inúmeras necessidades de pesquisa.

3.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

As limitações encontradas na condução deste estudo estão relacionadas à pouca produção científica sobre o Programa Mais Médicos, pois as existentes estão mais relacionadas à percepção dos usuários sobre o programa. A análise em profundidade não permite grande número de participantes e por isso não pode ser extrapolado, pois este método acontece de forma sistemática em todos os aspectos das questões realizadas durante a entrevista.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo trouxe à superfície relevantes questões relacionadas à percepção do trabalho da equipe de saúde com a chegada do médico estrangeiro, em especial as ações de saúde e os fluxos internos da equipe para facilitar o trabalho com a população.

Segundo Cutolo e Madeira (2010), o “trabalho em equipe” pode ser entendido de diferentes formas: na perspectiva da integralidade, justifica-se por uma prática de trabalho interdisciplinar, em que todas as ações em saúde devem ser realizadas em conjunto e com articulação de saberes. Desse modo, a prática interdisciplinar é um dos grandes desafios para os profissionais que integram a ESF.

Peduzzi (2001) refere, em seu trabalho, que cada integrante da equipe, em sua área profissional, faz uma junção de atribuições, tarefas ou atividades. Neste mesmo sentido, observa-se que o trabalho em equipe pode ter três concepções distintas, em que se destacam resultados, relações e a interdisciplinaridade, sendo a equipe uma forma de recurso para o aumento da produtividade e racionalidade dos serviços de saúde.

Com isso, cada agente opera no processo de transformação de um objeto que tem como finalidade e intencionalidade relacionado ao trabalho específico. O fracionamento do trabalho introduz aspectos de complementariedade e de interdependência entre as ações, fazendo com que cada membro da equipe tenha autonomia técnica (Peduzzi, 2001).

O trabalho em equipe traz articulação das ações, coordenação, integração de saberes e interações entre os agentes por meio da linguagem verbal e escrita. No contexto deste estudo, o profissional médico, membro da equipe de ESF, é integrante ativo de uma equipe de saúde (Peduzzi, 2001).

Lima *et al.*, (2016) refere, em seu estudo, que o desempenho médico é influenciado pela equipe de saúde, além do tempo de atuação e o de permanência. Com isso, observa-se que ambos (médico e equipe) possuem características relevantes para a população e o processo de trabalho.

4.1.1 Caracterização dos participantes da entrevista

O estudo contou com 8 participantes, com média de idade 39,1 (mínima de 27 anos e máxima de 65 anos), sendo que 100% dos entrevistados são do sexo feminino, com os seguintes graus de escolaridade: 5 participantes com o Ensino Médio completo, 2 com Ensino Superior completo e 1 com especialização. E o tempo de permanência na equipe é de aproximadamente 3 anos. A figura 8 ilustra as informações descritas acima:

Profissão	Idade	Sexo	Escolaridade	Tempo na equipe (em anos)
Agente Comunitário de Saúde	39	Fem.	Ensino Superior incompleto	4
Agente Comunitário de Saúde	27	Fem.	Ensino Médio completo	1,91
Agente Comunitário de Saúde	65	Fem.	Ensino Superior incompleto	1,08
Agente Comunitário de Saúde	35	Fem.	Ensino Médio completo	4
Agente Comunitário de Saúde	40	Fem.	Ensino Médio completo	3
Agente Comunitário de Saúde	31	Fem.	Ensino Médio completo	3
Enfermeiro	41	Fem.	Especialização	3,83
Auxiliar de Enfermagem	35	Fem.	Ensino Médio completo	2
Média	39,71			2,97

Figura 8 - Informações sobre os participantes da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora

A categorização dos dados dos entrevistados foi de suma importância, pois ilustra a variabilidade de idades entre os entrevistados, 21 a 30 anos (12,5%), 31 a 40 anos (62,5%), 41 a 50 anos (12,5%), 51 a 60 anos (0) e 60 anos ou mais (12,5). Observa-se, então, que a equipe possui mais colaboradores na faixa etária de 31 a 40 anos de idade. Em relação ao sexo, verifica-se a predominância do sexo feminino, exceto o médico. Observa-se também que o tempo de atuação na equipe é de 3 anos (37,5%). E a maior classe de trabalho é a de agente comunitário de saúde.

Categorias		
Idade	Nº	%
21 a 30	1	12,5
31 a 40	5	62,5
41 a 50	1	12,5
51 a 60	0	0
60 mais	1	12,5
Sexo		
Feminino	8	100
Masculino	0	0
Tempo de Equipe		
1 ano	2	25
2 anos	1	12,5
3 anos	3	37,5
4 anos mais	2	25
Profissão		
Agente Comunitário de Saúde	6	75
Auxiliar de Enfermagem	1	12,5
Enfermeiro	1	12,5

Figura 9 - Ilustração das categorias relacionadas aos dados básicos dos entrevistados

Fonte: Elaborado pela autora

Com base no que foi proposto na questão de pesquisa e nos objetivos, relacionado com o que foi levantado durante as entrevistas, observaram-se as seguintes hipóteses, relacionadas ao processo de trabalho da equipe ESF com o médico estrangeiro do PMM.

Questão 1 - Quais mudanças você percebeu no seu trabalho com a chegada do profissional estrangeiro do PMM?

“Acho que a principal mudança foi a qualidade do atendimento, o ritmo do trabalho, pois o trabalho em equipe andou melhor. O ritmo da equipe e do atendimento mudou. O atendimento melhorou junto com os grupos, e os pacientes não ficam mais sem atendimento.” (Entrevista A).

“Acho que foi a questão do senso crítico da equipe, ele tornou a equipe mais reflexiva. E facilitou o acesso no sentido da comunicação como forma de acesso, com várias portas de comunicação, e-mail... o paciente pode bater na porta do consultório dele e falar diretamente com ele... grupos de WhatsApp. Ele responde os e-mails e as mensagens, ele é bem acessível

nesse sentido. Neste contexto, ele ajudou a equipe a perceber que se fazem necessários outros canais de comunicação, não apenas o agente comunitário.

Ele trouxe um pouco da questão europeia de otimizar cada minuto do seu tempo, pois nós passamos despercebidos sobre o tempo e ele não, consegue otimizar cada minuto do seu tempo, fazendo um laudo por exemplo. Ele não gosta de deixar nada para amanhã, tudo tem que ser resolvido hoje. Ele é muito resolutivo” (Entrevista B).

“Acho que ele é bem organizado, gosto da agenda dele” (Entrevista C).

“Quando entrei na equipe, ele já estava, mas a gente percebe que o acompanhamento dele com os pacientes é diferente, se comparado a outros médicos. Ele tem outra visão, por exemplo, ele não prescreve um antibiótico sem necessidade, ele não gosta de passar uma injeção sem necessidade, ele procura outras alternativas de tratamento, antes dessa última opção” (Entrevista D).

“Acho que ele conseguiu organizar melhor o trabalho, gosta de criar procedimentos, criou métodos de trabalho, ele não deixa as coisas ficarem ‘enroladas’, ele gosta de resolver bem as coisas, não deixa pendências” (Entrevista E).

“Quando cheguei na equipe, ele já estava, e percebi que a equipe era um pouquinho diferente das outras, pelo jeito como ele trabalhava e pelas coisas que ele gostava de fazer, dos relatórios... isso foi o que percebi de diferente” (Entrevista F).

“Ele é bem objetivo, atende muito bem. Tem maior número de consultas disponíveis para os pacientes. Os grupos melhoraram bastante, teve mais atendimento” (Entrevista G).

“Acho ele bem organizado, acho que se interessa muito pelo nosso trabalho, das agentes, nos defende quando tem necessidade” (Entrevista H).

Neste contexto, pode-se dizer que foi unânime entre as respostas que o atendimento e o acesso aos serviços de saúde melhoraram com a chegada do médico estrangeiro do PMM, pois os pacientes e integrantes da equipe ficaram satisfeitos com as mudanças na configuração dos grupos de atendimento e acesso a consultas médicas, proporcionando qualidade no atendimento, que se dá pela integralidade prestada, pelo senso crítico das reais necessidades, pela comunicação, organização, resolubilidade dos casos e objetividade para com as ações de saúde.

Segundo Comes *et al.* (2016), a integralidade das ações de saúde está incorporada na Constituição brasileira com o conceito de atendimento integral, e constitui uma das diretrizes do SUS. A integralidade possui diversos aspectos e um deles está relacionado a uma boa medicina.

Este mesmo autor ressalta que a criação de vínculo e confiança entre a equipe e a comunidade é de suma importância. Dessa forma, vale destacar que só foi possível ocorrer as mudanças citadas anteriormente porque o médico conseguiu atingir estes pontos com a equipe e a população (Comes *et al.*, 2016).

Questão 1 - Quais mudanças você percebeu no seu trabalho com a chegada do profissional estrangeiro do PMM?	
Categoria	Subcategoria
Tipos de mudança	Qualidade de atendimento
	Senso crítico
	Comunicação
	Organização
	Resolutividade
	Objetividade

Figura 10 - Categorização da questão número 1 da entrevista

Fonte: Elaborado pela autora

Questão 2 - Há quanto tempo trabalha com o médico estrangeiro?

“2 anos e 8 meses” (Entrevista A).

“2 anos e 8 meses” (Entrevista B).

“2 anos e 8 meses” (Entrevista C).

“1 ano e 11 meses” (Entrevista D).

“2 anos e 8 meses” (Entrevista E).

“2 anos” (Entrevista F).

“2 anos e 8 meses” (Entrevista G).

“1 ano e 1 mês, já era ACS de outra equipe” (Entrevista H).

Na equipe, existem os profissionais que já estavam na equipe antes da chegada do médico estrangeiro do PMM, os que chegaram com ele e os que chegaram depois dele; mas ao avaliar as respostas, todos pensam positivamente sobre o trabalho e a parceria com a equipe.

Todos os membros entrevistados relatam mudanças positivas no processo de trabalho com o médico estrangeiro do PMM, referindo maior resolutividade e competência no cuidado para com as famílias.

Questão 3 - Quais ideias inovadoras o profissional médico estrangeiro trouxe para o trabalho em equipe?

“As mudanças acontecerem em relação à qualidade do atendimento aos pacientes, sendo justo” (Entrevista A).

“A comunicação, com a inserção da comunicação digital, como WhatsApp, e-mail... a formalização de qualquer tipo de solicitações à gerência, à supervisão e a outros órgãos, de cobrar respostas, e não gosta de solicitar nada por telefone, tudo tem que ser registrado. Ele é uma pessoa voltada para projetos, acha que tudo tem que ter um projeto, com começo, meio e fim, um responsável, quem vai cobrar os resultados e a organização. Esta questão, ele não trouxe apenas para a equipe e sim para a unidade como um todo” (Entrevista B).

“A agenda dele é livre, facilita o acesso para os pacientes, dá mais autonomia para os pacientes virem marcar consulta” (Entrevista C).

“Ele gosta muito de grupos educativos, reuniões de equipe... ele gosta de mudar, implantar coisas novas na equipe e na unidade. Ele faz e cobra as mudanças, os resultados e coloca empenho em suas atividades” (Entrevista D).

“Dar uma cara nova à equipe, mudou bastante coisa, relacionado a disciplinar os pacientes, mostrou o trabalho do médico de família, e que ele não está aqui só para fazer receita, ele quer fazer o acompanhamento do paciente. E uma das principais falas é: ‘Não sou secretário do médico do convênio!’ ” (Entrevista E).

“Ele é muito tecnológico, ele sempre cria planilhas... é mais fácil imprimir e fazer, isso ajudou bastante a equipe” (Entrevista F).

“É tanta coisa que ele faz, mais os grupos, pois atende uma grande quantidade de pacientes, acaba tendo mais espaço na agenda” (Entrevista G).

“Inovação dos grupos, orientações aos pacientes” (Entrevista H).

Neste contexto de ideias inovadoras, as respostas foram positivas, pois trouxeram questões de tecnologia, boa comunicação, inovação de grupos e orientações, autonomia para a equipe e paciente, fazendo as atividades com disciplina e resolução dos problemas.

Segundo Comes *et al.* (2016), a equipe deve desenvolver reuniões periódicas, ter planejamento, espaços de discussões para o levantamento de problemas e resoluções, proporcionando equipes mais articuladas, que desenvolvem ações resolutivas e efetivas para alcançar a integralidade das ações de saúde.

Dessa maneira, observa-se que o médico estrangeiro do PMM, sempre em conjunto com os demais membros da equipe, tem o pensamento das ações sempre voltado ao coletivo, e os elementos utilizados são de horizontalidade, pois o médico não faz distinção entre as categorias profissionais envolvidas, fazendo parcerias de cuidado (Comes *et al.*, 2016)

Comes *et al.* (2016),descreve, em seu estudo, que o atendimento do médico estrangeiro do PMM em grupo tem maior número de participantes, fazendo assim com que o paciente tenha maior aderência ao cuidado.

Com isso, observa-se que a implantação do PMM desde 2014 contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de saúde (Lima *et al.*, 2016).

Questão 3 - Quais ideias inovadoras o profissional médico estrangeiro trouxe para o trabalho em equipe?	
Categoria	Subcategoria
Ideias inovadoras	Tecnologia
	Comunicação
	Inovação
	Autonomia
	Resolutividade
	Disciplina

Figura 11 - Categorização da questão número 3 da entrevista

Fonte: Elaborado pela autora

Questão 4 - Quais as dificuldades que encontrou para trabalhar com o médico estrangeiro?

“Não tive nenhuma dificuldade em trabalhar com o médico estrangeiro” (Entrevista A)

“No início, foi um pouco da questão linguística, entender o que ele estava falando, como o contexto do que estava falando. Outra dificuldade que não é específica dele, mas sim de os pacientes entenderem que a conduta dele não é de ‘medicalizar’ tudo, pois os brasileiros acham que devem tomar medicação para tudo, exemplo, injeção para tirar a dor. Ele prefere tratamentos alternativos, como atividade física, oficina do corpo, medicação oral, ele não faz o que o paciente quer, e sim o que ele precisa” (Entrevista B)

“Nenhuma dificuldade em trabalhar com ele” (Entrevista C).

“Não tive muitas dificuldades; às vezes, o português... quando ele não entende alguma coisa que eu venha a colocar, às vezes ele pede para repetir” (Entrevista D).

“Não senti dificuldade nenhuma” (Entrevista E).

“Nenhuma” (Entrevista F).

“Nenhuma” (Entrevista G).

“Nenhuma” (Entrevista H).

No geral, a equipe relatou poucas dificuldades para atuar com o médico estrangeiro do PMM, logo no início e relacionadas ao idioma.

Questão 5 - Quais dificuldades encontradas em relação ao idioma do profissional médico estrangeiro do PMM?

“Não tive nenhuma dificuldade relacionada ao idioma, ele fala muito bem o português; e o que ele tem dúvida, ele pergunta; mas no geral, dá para entender o que ele fala” (Entrevista A)

“Foi um pouco do idioma, como citado anteriormente, mas foi no início. Mas foi muito pouca a dificuldade de trabalhar com ele” (Entrevista B)

“Nenhuma, acho que ele fala bem o português” (Entrevista C).

“Relacionada à pergunta anterior” (Entrevista D).

“Não, ele fala e escreve muito bem o português” (Entrevista E).

“Nenhuma” (Entrevista E).

“Nós nos atrapalhávamos um pouquinho, mas não chamaria de dificuldade, ele fala bem o português” (Entrevista G).

“Nenhuma, acho que ele se expressa bem, já fala bem o português” (Entrevista H).

As dificuldades encontradas com o idioma foram relatadas apenas no início do trabalho com o médico, mas após um tempo esta dificuldade acabou, pois o médico fala o português muito bem. A comunicação na equipe de saúde é um denominador comum entre os integrantes da equipe, fazendo com que ocorra interação entre os componentes, podendo manifestar-se de três diferentes formas:

- Comunicação externa ao trabalho;
- Comunicação estritamente de caráter pessoal;
- Comunicação feita como dimensões intrínsecas ao trabalho em equipe.

No caso, a comunicação desta equipe, por mais que tenha encontrado barreiras no início, relacionadas ao idioma, é feita nas dimensões intrínsecas ao processo de trabalho (Peduzzi, 2001).

Segundo Comes *et al.* (2016) em seu estudo, o idioma não foi um ponto negativo para a comunicação do médico estrangeiro e a equipe: esta dificuldade aconteceu na chegada do profissional e posteriormente o trabalho fluiu, de forma que estreitou as relações entre o serviço, os usuários e os trabalhadores, representando um dos pontos fundamentais para o acolhimento.

Este mesmo autor complementa que a comunicação não envolve apenas a capacidade de se fazer entender claramente, mas sobretudo de escutar o outro de forma acolhedora, atingindo a subjetividade do outro, não apenas ofertando informações sobre algo de que se tem dúvida (Comes *et al.*, 2016).

Questão 6 - Os protocolos clínicos adotados pelo profissional no seu país de origem eram diferentes dos utilizados pela equipe na UBS?

“Não vi diferença entre os protocolos clínicos” (Entrevista A)

“Não, ele pegou os protocolos daqui... ele tem muita preocupação com a legislação do país e seguiu os protocolos daqui. Algumas coisas com que ele não concordava, ele adaptava; mas, na maioria das vezes, ele seguia o protocolo daqui” (Entrevista B)

“Acredito que não” (Entrevista C).

“Sim, são diferentes, mas ele procurou identificar a realidade daqui. Ele pesquisa, se empenha muito, para ficar fácil para a equipe” (Entrevista D).

“Ele adaptou o protocolo do seu país conforme as necessidades locais, com o que era de bom e foi encaixando no nosso jeito de trabalhar. No começo, era difícil para ele, mas agora está tudo tranquilo” (Entrevista E).

“Acho que não” (Entrevista F).

“Não” (Entrevista G).

“Não teve” (Entrevista H).

Nas entrevistas, observou-se que o médico estrangeiro se preocupou em utilizar os protocolos clínicos no Brasil, não deixando de lado os aprendizados do seu país de origem, como por exemplo, a medicalização sem necessidade.

Questão 6 - Os protocolos clínicos adotados pelo profissional no seu país de origem eram diferentes dos utilizados pela equipe na UBS?	
Categoria	Subcategoria
Protocolos clínicos	Legislação
	Realidade local
	Adaptação

Figura 12 - Categorização da questão número 6 da entrevista.

Fonte: Elaborado pela autora

Questão 7 - Você percebeu diferença entre a cultura do médico estrangeiro e a cultura brasileira (costumes, horários, comunicação com o paciente, comunicação com a equipe)? Se percebeu, o que achou positivo e o que achou negativo?

“As diferenças positivas foram em relação ao horário, à pontualidade, fazendo com que a equipe e os pacientes se adequassem aos horários. Outra foi relacionada às mudanças nos costumes, como as das medicações controladas, do desmame destas medicações, pois a população brasileira já tem este costume, e ele sempre explica que na cultura francesa isso não é um hábito. As diferenças existem, mas sempre somam para o trabalho em equipe” (Entrevista A).

“Tem muita diferença, o que achei de positivo, primeiro que ele é bem objetivo com o paciente, objetivo no sentido de ‘diga por que veio’, ele não deixa o paciente dar volta ao mundo de 10 anos atrás. ‘Qual é o problema hoje? Estes meses, o que tem piorado?’ Nesse sentido, ele é muito objetivo com o paciente. Aí ele traça a conduta e marca o retorno de acordo com a necessidade do paciente, até mesmo fora da agenda... o paciente não cumpriu o combinado e retorna com a mesma queixa, ele não altera a conduta, ele diz que o combinado foi este: ‘Ou você faz o combinado ou não adianta vir na consulta’. Isso faz com ele seja muito objetivo com o paciente, por isso que alguns pacientes estranharam bastante, porque ele fala que ‘a vida é sua, a saúde é sua, então você faz o que quiser, eu estou orientando a você fazer isso, agora você não quer, não precisa vir mais em consulta’. Então isso foi um entrave, porque o trabalho na ESF trabalha com o convencimento aos poucos, ele é direto e reto, com isso alguns pacientes melhoraram muito, pois entenderam que parte é deles. Por isso que teve um pouco de dificuldade neste sentido, mas depois foram se acostumando com o jeito dele, e que a responsabilidade deveria partir deles mesmos. O médico é muito profissional, ele não mistura trabalho com vida pessoal, percebo que ele é muito enfático e incisivo, a conduta dele é muito incisiva. A cultura e os costumes dele não interferiram no trabalho da equipe. Ele é muito pontual, ele é um francês, britânico. A comunicação com a equipe é muito tranquila, só

no processo de adaptação que teve dificuldade, mas depois de entender o papel de cada profissional, os fluxos da equipe, o trabalho fluiu muito bem, pois ele sabia como era descrito no papel, e vivenciando a prática foi um pouco diferente, mas ele se adaptou muito bem e acabou entendendo a realidade local, pois ele é bem envolvido socialmente, ele luta pelos direitos dos pacientes, isso foi um grande aprendizado para a equipe. Ele não faz com que o paciente gaste dinheiro: se tem no serviço público, ele preenche todas as documentações necessárias, mas se o paciente não vai atrás, ele não refaz, cada um faz a sua parte. Ele não desiste do paciente, mas ele frisa que não está ali para trabalhar duas vezes e que ele não ganha para trabalhar duas vezes, não faz trabalhos para terceiros. E não aceita atuar como coadjuvante com o convênio, ‘não sou secretário do médico do convênio’ (Entrevista B).

“A pontualidade dele” (Entrevista C).

“Sim, ele é muito regrado, em questão de educação, horário, ele é muito certinho. Acho que ele se empenha muito, quando é serviço dele, se empenha muito” (Entrevista D).

“Tem diferença, ele é bem profissional, não mistura as relações de amizade, profissional, acho isso bom. Bem disciplinado no horário. Na convivência em equipe, não tem ruídos” (Entrevista E).

“Ele é muito sério, muito correto, em relação a horários, comunicação” (Entrevista F).

“Ele é bem objetivo e trabalhador” (Entrevista G).

“Não percebi diferença nenhuma” (Entrevista H).

Nesta questão abordada durante as entrevistas, de maneira unânime não houve pontos negativos relacionados à percepção entre a cultura dele e a brasileira. Nas entrevistas, foram várias vezes citados a pontualidade, a objetividade, a organização, a autonomia e o profissionalismo deste médico.

Questão 7- Você percebeu diferença entre a cultura do médico estrangeiro e a cultura brasileira (costumes, horários, comunicação com o paciente, comunicação com a equipe)? Se percebeu, o que achou positivo e o que achou negativo?	
Categoria	Subcategoria
Diferença cultural (costumes, horários, comunicação com paciente e equipe)	Pontualidade
	Objetividade
	Organização
	Autonomia
	Regramento
	Profissionalismo

Figura 13 - Categorização da questão número 7 da entrevista

Fonte: Elaborado pela autora

Questão 8 - Quais foram as contribuições que o profissional estrangeiro trouxe para o processo de trabalho da sua equipe?

“A disciplina (equipe e pacientes), tendo dias e horários para cada atividade, como dia para troca de receita, grupos e consultas” (Entrevista A).

“Primeiro que ele dividiu muitas responsabilidades comigo. Sabemos que, na ESF, o enfermeiro fica com a maior parte da responsabilidade de organizar a equipe, de tratar das coisas mais pesadas, nisso ele foi um divisor de águas, porque não são todos os médicos que dividem as responsabilidades da equipe com atitude, falar é muito fácil, fazer com atitude, assumindo este papel como ele fez, nas minhas ausências ou junto comigo, acho que foi divisor de águas. Ele ajudou muito a organizar o processo de trabalho, da equipe como um todo, principalmente pensando que tudo deve estar registrado. Ele vai atrás do que é de direito do paciente. Ele não pede exames desnecessários, nem encaminhamentos para especialistas desnecessariamente... ele é sincero com o paciente e assume a responsabilidade do cuidado, isso organiza o processo de trabalho, porque você tem uma demanda reprimida bem menor, maior resolutividade dos casos, os pacientes não ficam vagando em outros serviços, como Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), Atendimento Médico Ambulatorial-Especialidades (AMA-E), hospitais e prontos-socorros. Dessa forma, o paciente confia no médico e na sua conduta” (Entrevista B).

“Ele trouxe a cultura dele para a sua atuação no Brasil” (Entrevista C).

“Aprendeu coisas novas... a gente, cada dia mais” (Entrevista D).

“Muitas, o fato de organizar a equipe e a UBS” (Entrevista E).

“Ele ensinou a gente a ser mais disciplinado e tecnológico de certa forma, pois algumas pessoas da equipe não tinham afinidade com o computador e agora já utilizam de forma adequada” (Entrevista F).

“Ele trouxe ideias de grupo de alimentação, uma alimentação mais saudável, grupo de orientações das mães, trouxe o trabalho da dengue. Ele ensinou muitas coisas, como lidar com os pacientes na rua, o jeito de abordagem” (Entrevista G).

“O modo de atendimento dele, bem organizado; para tudo, ele tem um método específico” (Entrevista H).

As contribuições foram relacionadas a disciplina, divisão de responsabilidades, aproximação com uma nova cultura, troca de conhecimentos, organização das atividades da equipe/unidade e tecnologia para o trabalho em equipe.

Questão 8 - Quais foram as contribuições que o profissional estrangeiro trouxe para o processo de trabalho da sua equipe?	
Categoria	Subcategoria
Contribuições profissionais	Disciplina
	Divisão de responsabilidades
	Cultura
	Aprendizado
	Organização
	Tecnologia

Figura 14 – Categorização da questão número 8 da entrevista

Fonte: Elaborado pela autora

Questão 9 - Outras considerações:

“O trabalho do médico estrangeiro em questão veio para somar não só à equipe na UBS como um todo, talvez se ele fosse de outra nacionalidade, seria de outra forma... de uma forma geral, admiro o que ele representou na UBS” (Entrevista A).

“O meu sentimento é de extrema gratidão, acho que nunca mais vou encontrar um médico igual a ele. No sentido de envolvimento, comprometimento, que se preocupa com o social, a violência em todos os sentidos. Ele ama o Brasil muito mais do que muito brasileiro, ele sabe que o Brasil tem potencial para mudar, mas as pessoas precisam mudar a cultura e diminuir a passividade. E ele é muito ativo, acredito que isso ele deixou na equipe, não deixar para o outro... ” (Entrevista B).

“Nada a complementar” (Entrevista C).

“Nada a complementar” (Entrevista D).

“Aprendi muito com ele, e ele também aprendeu com a equipe” (Entrevista E).

“Vou sentir muita falta dele, é um ótimo médico!” (Entrevista F).

“Gosto muito dele, acho ele muito profissional, trabalhador e bem objetivo nas coisas que ele quer fazer, sem esperar. E o que é certo para ele é o certo, não gosta de fazer nada errado” (Entrevista G).

“Ele é bem organizado, não deixa ninguém com dúvida” (Entrevista H).

Neste espaço, o entrevistado expressou o seu sentimento em relação ao trabalho junto com o médico estrangeiro, os quais foram: admiração pelo profissional, gratidão pelo trabalho feito, aprendizado, profissionalismo, objetividade de trabalho e organização.

O trabalho em equipe na ESF requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade da atenção primária, em que a saúde possui um contexto individual,

familiar e social; bem como a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação como formas de intersetorialidade, como parcerias na resolutividade dos problemas de saúde (Maciel *et al.*, 2007).

Questão 9 - Outras considerações	
Categoria	Subcategoria
Considerações sobre trabalho do médico estrangeiro	Admiração
	Gratidão
	Aprendizado
	Profissionalismo
	Objetividade de trabalho
	Organização

Figura 15 - Categorização da questão número 9 da entrevista

Fonte: Elaborado pela autora

Bertão (2015) refere em seu estudo que houve mudanças no processo de trabalho da equipe de saúde da família, permitindo que o principal segmento da população tivesse um atendimento de qualidade.

Com isso, observa-se que o trabalho em equipe multiprofissional, em especial a equipe da ESF com inserção do médico estrangeiro do PMM, é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura por meio de relações recíprocas entre as intervenções técnicas das diferentes áreas profissionais (Peduzzi, 2001).

Este tipo de trabalho ocorre no contexto de ações objetivas, que mantêm relações hierárquicas entre médicos e não médicos nos diferentes graus de subordinação, de forma a utilizar a flexibilidade na divisão do trabalho e a autonomia entre os profissionais para atuar com as equipes (Peduzzi, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação de todos na produção de cuidados. Isso significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelos profissionais envolvidos no cuidado.

Assim observa-se que a inserção do médico estrangeiro do PMM foi positiva para o processo de trabalho da equipe da ESF, fazendo com que os integrantes da equipe percebessem as mudanças nos processos da equipe, no acesso aos usuários e no fortalecimento dos grupos educativos.

Dessa forma, a principal contribuição para a prática deste estudo foi expor a importância da atuação das equipes de ESF, especialmente as que contam com o médico estrangeiro do PMM, possibilitando novos horizontes para a atuação das equipes de ESF como forma de modelo a ser seguido.

Observando os resultados das entrevistas dos profissionais, nota-se que o PMM contribui para o funcionamento do SUS, em especial a AB, que é a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

Nota-se ainda que o PMM alcançou até o momento, por meio das evidências de gestão produzidas por análises sistemáticas do impacto da ESF, a interação entre o médico e a equipe, o que trouxe a melhoria da cobertura da população cadastrada nas unidades, contribuindo positivamente para a redução dos índices de mortalidade infantil e de internações hospitalares sensíveis à AB.

O PMM foi destinado para fortalecer as equipes de ESF, cuja efetividade tem sido evidenciada por diversos estudos reconhecidos por entidades acadêmicas, inclusive por este estudo.

Desse modo, torna-se importante ressaltar a importância deste estudo na atuação dos gestores, pois estes devem ter uma visão da equipe, observando as mudanças, a implantação dos novos programas, observando as melhorias de forma a desenvolver habilidades de gerenciamento das necessidades das equipes de saúde.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

O presente estudo foi direcionado para análise de profundidade das entrevistas realizadas na equipe de ESF, de forma que não pode expandir para um número grande de profissionais.

Contudo também se fazem importantes novos estudos relacionados à percepção das equipes de ESF, especialmente aquelas que possuem médicos do PMM, a fim de avaliar de forma sistemática a presença destes profissionais e os impactos que estes produzem no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Baduy, R. S., Feuerwerker, L. C. M., Zucoli, M., & Borian, J. T. (2011). Healthcare regulation and healthcare management as tools to assure comprehensiveness and equity in health. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 295–304.
- Bertão, I. R. (2015). A Atuação de um Médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de estratégia de saúde da família. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 9(4), 217–224.
- Brandão, G. C. G. (2014, outubro 17). *O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande - PB* (text). Universidade de São Paulo. Recuperado em 10 de Setembro, 2016, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-20012015-145044/>
- Campos, C. V. de A., & Malik, A. M. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, 42(2), 347–368.
- Canada Health Act. (2016). *Official Status of Consolidations*. Canadá. Recuperado em 24 de maio, 2016, de <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>.
- Castro, A. L. B. de, & Machado, C. V. (2010). Primary health care policy in Brazil: notes on Federal regulation and funding. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 693–705.
- Comes, Y., Trindade, J. de S., Pessoa, V. M., Barreto, I. C. de H. C., Shimizu, H. E., Dewes, D., ... Santos, L. M. P. (2016). The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2729–2738.
- Cruz, D. B. da, Gabardo, M. C. L., Ditterich, R. G., Moysés, S. J., & Nascimento, A. C. (2009). Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Revista APS – Atenção Primária a Saúde*, 12(2): 168-175.
- Cutolo, L., & Madeira, K. (2010). O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 39(3):79-84. Recuperado em 16 de novembro, 2016, de http://www.acm.org.br/revista/scripts/resumo.php?CD_EDICAO=47&CD_ARTIGO=822.
- Delzivo, C. R. (2011). Programa de Saúde da Família: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu trabalho cotidiano (The Family Health Program: perceptions of physicians and nurses about their daily work). *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, 2(1), 134–143.

- Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. (2009). *Painel de Indicadores do SUS*. Recuperado em 05 de Janeiro, 2016, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_saude_familia_n4.pdf.
- Faria, L. R. de, & Alves, C. A. (2015). O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 72–85.
- Gomes, C. de F., & Rosa, C. D. P. D. (2014). Análise dos efeitos de estratégia utilizada para fidelização de profissionais médicos na atenção básica de um município brasileiro. *Revista dos Mestrados Profissionais*, 3(2): 191-211.
- Gonçalves, C. R., Cruz, M. T. da, Oliveira, M. P., Morais, A. J. D., Moreira, K. S., Rodrigues, C. A. Q., ... Leite, M. T. de S. (2014). Human resources: critical factor for primary health networks. *Saúde em Debate*, 38(100), 26–34.
- Health Charities Coalition of Canada. (2016). Health Charities Canada | Health Advocacy | Canadian Public Health. *The How to Health Guide*. Recuperado em 17 de novembro, 2016, de http://www.healthcharities.ca/media/30187/HCCC_HowTo%20HealthGuide_2016_EN-Final.pdf
- La Osa, J. A. de la. (2011). A first-hand look at public health in Cuba. *Estudos Avançados*, 25(72), 89–96.
- Lei nº 12.871. (2013)*. Lei número 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. Recuperado em 17 de novembro, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
- Lenz, G. (2011). *Análise da aplicação do estudo de caso em dissertação de mestrado em Administração. VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Recuperado em 08 Outubro, 2016, de <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/48014587.pdf><http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/48014587.pdf>.
- Lima, R. de C. G. S., Garcia, C. A. S., Kerkoski, E., & Chesani, F. H. (2015). Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 9(4), 67–80.
- Lima, R., Fernandes, T. G., Balieiro, A. A. da S., Costa, F. dos S., Schramm, J. M. de A., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2016). A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2685–2696.
- Machado, L.M., Colomé, J.S., Silva, R.M, Sangoi, T.P, & Freitas, N.Q. (2016). Significados do fazer profissional na Estratégia Saúde da Família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, 8(1): 4026-4035.

- Maciel, R., Lima, A., Albuquerque, A., Aguiar, A., & Santos, J. (2007). *O multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do Programa de Saúde da Família. Relatório Final*. Fortaleza-Cerará. Recuperado em 03 de novembro, 2016, de http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf.
- Madureira, P. de S. P. (2010). *Sistema de saúde cubano*. Recuperado em 18 Abril, 2016, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/19944>
- Martins, G., & Theóphilo, C. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo, SP: Atlas. Recuperado em 16 Agosto, 2016, de https://bibliotecafea.com/2013/08/27/autor-doador/martins_1/#main
- Matta, G. C., & Pontes, A. L. de M. (2007). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz.
- Melo, V. H., Rio, S. M. P. do, Bonito, R. F., Lodi, C. T. C., Fonseca, M. T. M., & Amaral, E. (2014). Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(30), 3–12.
- Menicucci, T. M. G. (2014). *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*, 21(1), 77–92.
- Molina, J., Tasca, R., Suárez, J., Molina, J., Tasca, R., & Suárez, J. (2016). Monitoramento e avaliação do projeto de cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2925–2933.
- Mozzato, A., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea – ANPAD*, 15(4): 731-747.
- Neto, M., Silva, P., Rosa, L., Cunha, C., & Santos, R. (2010). O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. *Saúde em Redes*, 8(76), 43–56.
- NHS. (2013). *National Health Service. Guide to the Healthcare System in England: Including the Statement of NHS Accountability*. England. Recuperado em 24 de maio, 2016, de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF.
- Ohara, E. C. C., & Saito, R. X. D. S. (2010). *Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade* (2º ed). São Paulo: Martinari.
- Oliveira, F. P. de, Vanni, T., Pinto, H. A., Santos, J. T. R. dos, Figueiredo, A. M. de, Araújo, S. Q. de., & Cyrino, E. G. (2015). Mais Médicos: um programa brasileiro em uma

- perspectiva internacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 623–634.
- OMS. (2015). Organização Mundial da Saúde. Observatório Mundial da Saúde. Canadá.
- OPAS. (2015). *Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas*. Brasília (DF): OPAS.
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 15–36.
- Pavoni, D. S., & Medeiros, C. R. G. (2009). Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *ResearchGate*, 62(2).
- PDAB. (2015). Portal do Departamento de Atenção Básica. *Saúde mais perto de você*. Recuperado em 17 de novembro, 2016, de http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php
- PDAB. (2016). Portal do Departamento de Atenção Básica. *Estratégia Saúde da Família*. Recuperado em 17 de novembro, 2016, de http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103–109.
- Pereira, L., Godoy, D. M. A., & Terçariol, D. (2008). Case study as scientific research procedure: reflection from clinical work. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 422–429.
- Pereira, L., Santos, L., Oliveira, A., & Rattner, D. (2016). *Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil*, 2013–2014, 16 (3616): 1-12.
- PNAB. (2012). *Portal Nacional de Atenção Básica*. Recuperado em 16 de novembro, 2016, de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>
- Portaria nº 399/GM*. (2006). Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. *Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Recuperado em 5 de janeiro, 2016, de <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=48>
- Reis, M. A. S. dos, Fortuna, C. M., Oliveira, C. T., & Durante, M. C. (2007). Labor process organization in a family health unit: challenges to practice change. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 655–666.

- Resolução nº 466*, Pub. L. No. 466 (2012). O Conselho Nacional de Saúde regulamenta a pesquisa com seres humanos. Recuperado em 16 de junho, 2016, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Ronzani, T. M., & Silva, C. de M. (2008). Brazil's Family Health Program according to healthcare practitioners, managers and users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 23–34.
- Rosa, W. de A. G., & Labate, R. C. (2005). Family health program: the construction of a new care model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 1027–1034.
- Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). The concepts of health access. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 260–268.
- Santos, F. M. dos. (2012). Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica de Educação*, 6(1), 383–387.
- Santos, L. M. P., Costa, A. M., & Girardi, S. N. (2015). Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3547–3552.
- Sarti, T. D. (2015, maio 4). *A (Bio) política da Saúde da Família: adoecimento crônico, micropolítica do trabalho e o governo da vida* (text). Universidade de São Paulo. Recuperado em 18 de Agosto, 2016, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16072015-113309/>
- Schwartz, T. D., Ferreira, J. T. B., Maciel, E. L. N., & Lima, R. de C. D. (2010). Family Health Strategy: evaluating the access to SUS from the perception of the users of the health unit Resistência, in the region of São Pedro, Vitória, Espírito Santo State. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2145–2154.
- Scremin, L., & Javorski, E. (2013). *O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do programa mais médicos*. 9º Ciclo de Debates sobre Jornalismo – UniBrasil – 28 de outubro a 01 de novembro de 2013. Recuperado em 10 de janeiro, 2016, de <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernoscomunicacao/index.php/comunicacao/article/view/127>
- Shimizu, H. E., & Junior, C. (2012). The working process in the Family Health Strategy and its repercussions on the health-disease process. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2405–2414.
- Silva, J. M. da, & Caldeira, A. P. (2010). Health care model and quality indicators: perceptions of primary health care professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1187–1193.
- Silva, C. G. (2012). *Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas*. Trabalho de conclusão de Graduação, Universidade de São Paulo, São

Paulo. Recuperado em 20 de maio, 2016, de http://www.each.usp.br/flamori/images/TCC_Cinthia_2012.pdf.

- Sousa, M. F. de. (2008). The Family Health Program in Brazil: analysis of access to basic care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 153–158.
- Stegmuller, K. (2009). O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 889- 897.
- Tanaka, O. Y., & Oliveira, V. E. de. (2007). Reforms and organization of the British National Health System: lessons to the Brazilian National Health System. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 7–17.
- Tavares, R. A. de A. (2015, novembro 27). *Partido político importa?: uma avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil* (text). Universidade de São Paulo. Recuperado em 18 de agosto, 2016, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12138/tde-27042016-115748/>
- Vasconcelos, F. G. A., & Zaniboni, M. R. G. (2011). Difficulties of medical working at the family health program. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1497–1504.
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Revista Socerj – Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, 20(5): 383-386.
- Yin, R.K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5º ed). Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICE**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS EQUIPES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA EQUIPES DE ESF**

Iniciais: _____ Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade:

- () Ensino Fundamental incompleto; () Ensino Fundamental completo;
() Ensino Médio incompleto; () Ensino Médio completo; () Ensino Superior incompleto;
() Ensino Superior; () Especialização; () Mestrado; () Doutorado.

Profissão: _____**Equipe:** _____ **Tempo na equipe:** _____

- 1) Quais mudanças você percebeu no seu trabalho com a chegada do profissional estrangeiro do PMM?

- 2) Há quanto tempo trabalha com o médico estrangeiro?

3) O profissional estrangeiro trouxe novas ideias para o trabalho em equipe?

4) Quais as dificuldades que encontrou para trabalhar com o médico estrangeiro?

5) O idioma foi um ponto de dificuldade?

6) Os protocolos clínicos adotados pelo profissional no seu país de origem eram diferentes dos utilizados pela equipe na UBS?

7) Você percebeu diferença entre a cultura do médico estrangeiro e a cultura brasileira (costumes, horários, comunicação com o paciente, comunicação com a equipe)? Se percebeu, o que achou positivo e o que achou negativo?

8) Quais foram as contribuições que o profissional estrangeiro trouxe para o processo de trabalho da sua equipe?

9) Outras considerações?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Lara Jansiski Motta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54301016.4.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.540.200

Apresentação do Projeto:

O Programa Mais Médicos (PMM) foi iniciado em 2014 pelo Governo Federal com apoio dos estados e municípios para melhoria dos atendimentos no SUS, pois levou atendimento médico a locais onde não existia os profissionais médicos para executar as ações de promoção e prevenção a saúde. No mesmo instante da criação do PMM, houve grande desconforto dos profissionais médicos relacionados a atuação de profissionais estrangeiros, tendo estas manifestações a partir dos conselhos regionais de medicina que alegaram que esta medida seria apenas paliativa e ineficaz (Scremin; Javorski, 2013). A partir desta problemática, torna-se importante evidenciar o trabalho dos profissionais do PMM após três anos da instituição da lei, a fim de avaliar a influência do profissional estrangeiro no processo de trabalho das equipes d ESF.E o questionamento principal deste estudo se dá por como as equipes de ESF avaliam a atuação do profissional estrangeiro do PMM no processo de trabalho na UBS. Esta esquisa terá uma abordagem qualitativa por meio do método de estudo de caso utilizando-se as técnicas de observação participante entrevistas semi-estruturadas com os componentes da Equipe de Saúde da Família.A análise dos dados se dará por meio da técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

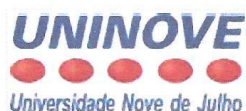
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9197

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 1.540.200

Avaliar a percepção das equipes de ESF sobre o profissional estrangeiro do PMM em uma UBS localizada no bairro da Cachoeirinha, município de São Paulo.

Posteriormente, analisar se a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia no processo de trabalho das ESF

Os objetivos estão claros

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram acrescentados no TCLE.

Acrescentar no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As solicitações foram atendidas.

Recomendações:

Acrescentar riscos e benefícios no projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As solicitações foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_660793.pdf	02/05/2016 12:11:26		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclesilviaferreira.doc	02/05/2016 12:09:30	Lara Jansiski Motta	Aceito
Outros	anuenciaubs.pdf	14/03/2016 10:01:47	Lara Jansiski Motta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosilvia.docx	14/03/2016 09:58:27	Lara Jansiski Motta	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostossilvia.pdf	14/03/2016 09:58:07	Lara Jansiski Motta	Aceito

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9197

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 1.540.200

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Maio de 2016

Assinado por:

**Raquel Agnelli Mesquita Ferrari
(Coordenador)**

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-9197

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SMS/SP



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Lara Jansiski Motta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54301016.4.3001.0086

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.585.364

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa terá uma abordagem qualitativa por meio do método de estudo de caso utilizando-se as técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas com os componentes da Equipe de Saúde da Família. Será realizada em uma UBS na zona norte do Município de São Paulo.

O Programa Mais Médicos-PMM foi iniciado em 2014 pelo Governo Federal com apoio dos estados e municípios para melhoria dos atendimentos no SUS, pois levou atendimento médico a locais onde não existiam os profissionais médicos para executar as ações de promoção e prevenção à saúde. No mesmo instante da criação do PMM, houve grande desconforto dos profissionais médicos relacionados à atuação de profissionais estrangeiros, tendo estas manifestações a partir dos conselhos regionais de medicina que alegaram que esta medida seria apenas paliativa e ineficaz. A partir desta problemática, torna-se importante evidenciar o trabalho dos profissionais do PMM após três anos da instituição da lei, a fim de avaliar a influência do profissional estrangeiro no processo de trabalho das ESF. E o questionamento principal deste estudo se dá por como as equipes de ESF avaliam a atuação do profissional estrangeiro do PMM no processo de trabalho na UBS. A análise dos dados se dará por meio da técnica de análise de conteúdo.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 1.585.364

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a percepção das equipes de ESF sobre o profissional estrangeiro do PMM em uma UBS localizada no bairro da Cachoeirinha, município de São Paulo. Posteriormente, analisar se a presença do profissional estrangeiro do PMM influencia no processo de trabalho das ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são mínimos, os entrevistados responderão ao questionário, poderão eventualmente se sentirem desconfortáveis ao responder algumas perguntas.

Benefícios: Contribuição para a gestão dos serviços de Saúde Pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia esta de acordo coma proposta da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante. Porém, a autorização para realização da pesquisa foi apresentada. não explicita data prevista para início da coleta dos dados mas a pesquisadora compromete-se a não iniciá-la antes da emissão do parecer de aprovado do CEP.

TCLE, Cronograma, planilha de custos e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 1.585.364

autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosilvia.docx	14/03/2016 09:58:27	Lara Jansiski Motta	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostossilvia.pdf	14/03/2016 09:58:07	Lara Jansiski Motta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Junho de 2016

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHOMESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**TCLE - Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa**

Nome do Voluntário: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa relacionada à influência do médico estrangeiro do Programa Mais Médicos no processo de trabalho da sua equipe.

As informações apresentadas neste Termo de Consentimento foram fornecidas por Sílvia Ferreira e pela Professora Lara Jansiski Motta, autorizando sua participação, após a aceitação do convite, com o conhecimento da natureza das perguntas e dos riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação, podendo o entrevistado desistir em qualquer etapa da entrevista.

O tempo de duração de cada entrevista será de 30 minutos e será gravada para o registro completo das informações.

Os dados pessoais do participante (nome, endereço, telefone e *e-mail*) serão apenas para o controle interno do estudo e alguma eventual comunicação relacionada à pesquisa. Não será exposto nenhum dado pessoal do entrevistado.

1. Título do Trabalho Experimental:**A PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE MÉDICO ESTRANGEIRO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO PAULO****2. Objetivo:**

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a percepção da equipe de Estratégia Saúde da Família sobre a influência do profissional estrangeiro do Programa Mais Médicos em uma Unidade Básica de Saúde localizada no bairro da Cachoeirinha, município de São Paulo.

3. Justificativa:

Torna-se importante conhecer o trabalho dos profissionais do Programa Mais Médicos, após três anos da implantação da lei, com o objetivo de avaliar a influência do profissional médico estrangeiro no processo de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família.

Com isso, o estudo poderá trazer benefícios acadêmicos sobre a influência do profissional médico estrangeiro no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

4. Procedimentos da Fase Experimental:

O(A) Sr.(a) será convidado(a) a participar de uma entrevista, com o objetivo de avaliar sua percepção sobre o trabalho após a chegada do profissional médico estrangeiro do Programa Mais Médicos. Sua participação é voluntária e, sentindo-se constrangido, poderá desistir a qualquer momento. O tempo de duração de cada entrevista será de 30 minutos e será gravada para o registro completo das informações.

5. Desconforto ou Riscos Esperados:

Os voluntários serão submetidos a riscos mínimos durante a pesquisa, pois os entrevistados responderão a perguntas relacionadas à sua percepção sobre o processo de trabalho; mas, ao se sentirem constrangidos, podem negar sua resposta ou participação.

6. Retirada do Consentimento:

O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. E se houver constrangimento durante a realização da entrevista, o entrevistado poderá retirar seu consentimento.

7. Garantia do Sigilo:

Os pesquisadores asseguram a privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

8. Local da Pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida na instituição coparticipante UBS Dra. Ilza Weltman Hutzler, localizada na Rua Coronel Walfrido de Carvalho, S/N. (11) 3981-3127.

9. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

É um colegiado interdisciplinar e independente que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e pelo acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos.

Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua Vergueiro, nº 235/249 – 3º subsolo - Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001 Fone: 3385-9197
comitedeetica@uninove.br

CEP/SMS - Para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas, **smscep@gmail.com** / 11-33972464.

10. Nome completo e telefones dos pesquisadores (orientador e alunos) para contato:

Sílvia Ferreira – (11) 97992-3644 e Lara Jansiski Motta - (11) 99882-9511.

11. Eventuais intercorrências que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

12. Consentimento do Participante:

Após leitura e compreensão deste Termo de Informação e Consentimento, entendo que a minha participação é voluntária e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste Termo de Consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este Termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

São Paulo, de de 2016.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

1ª via: Instituição

2ª via: Voluntário