



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

Marina Abreu Corradi Cruz

**A INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE APÓS
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS -**
a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG

Campinas

2015

Marina Abreu Corradi Cruz

**A INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE APÓS
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS -**
a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de concentração Política, Gestão e Planejamento.

Orientador: Prof.^o Dr. Edison Bueno

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Marina Abreu Corradi Cruz e orientada pelo Prof.^o Doutor Edison Bueno.

Campinas
2015

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C889i Cruz, Marina Abreu Corradi, 1982-
A integralidade nas práticas de saúde após implantação do Programa Mais Médicos - a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Justuba/MG / Marina Abreu Corradi Cruz. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Edison Bueno.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Integralidade em saúde. 3. Saúde pública. 4. Sistema Único de Saúde. I. Bueno, Edison, 1956-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The integrality in health practices after the implementation of the "Mais Médicos Programme" - Basic Health Unit Samambaia - Justuba/MG

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Integrality in health

Public health

Unified Health System

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Edison Bueno [Orientador]

Sílvia Santiago

Aguinaldo Gonçalves

Data de defesa: 27-08-2015

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARINA ABREU CORRADI CRUZ

ORIENTADOR: DR. EDISON BUENO

MEMBROS:

1. PROF. DR. EDISON BUENO

2. PROF. DRA. SILVIA SANTIAGO

3. PROF. DR. AGUINALDO GONÇALVES

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de agosto de 2015

*Aos profissionais e usuários motivadores e companheiros de
trabalho e de luta em defesa do SUS.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Edson Bueno pela compreensão e apoio, ao apontar os melhores caminhos, dando estímulos para o desenvolvimento deste trabalho e pela amizade demonstrada nesses anos.

A minha mãe, minha irmã e meu pai, por compreenderem e participarem ativamente das minhas decisões.

Ao meu irmão que onde quer que esteja é sempre minha inspiração.

Aos professores, pelos ensinamentos, dentro e fora da sala de aula.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo e pelo apoio.

Aos amigos cubanos pelos saberes compartilhados.

A UNICAMP, porque sem ela não poderia ter realizado esta conquista.

A todos aqueles, que embora não citados nominalmente, contribuíram direta e indiretamente para a execução deste trabalho.

RESUMO

Este projeto de pesquisa teve como objetivo identificar aspectos relativos ao princípio da integralidade nas práticas de saúde vivenciadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Samambaia, Juatuba/MG, a partir da implantação e implementação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013. O estudo foi realizado por meio de pesquisa qualitativa e descritiva e a investigação aconteceu por meio da observação *in loco* e entrevistas semiestruturadas com usuários da UBS e o profissional médico do PMM. A pesquisa foi norteada pelos princípios doutrinários do SUS, neste caso a integralidade, sendo este entendido como a articulação entre serviços e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência e as reflexões apresentadas foram fundamentadas nas percepções dos usuários e do profissional médico da UBS. A pesquisa identificou ações e práticas de saúde na UBS Samambaia que refletem a perspectiva de um atendimento integral, mesmo percebendo limites no que se refere a integralidade enquanto atributo prioritário na assistência à saúde. No que diz respeito às percepções dos usuários sobre melhorias advindas do PMM, observou-se que os mesmos não as relacionam ao Programa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This research project aimed to identify aspects of the principle of integrality in health practices experienced in the Basic Health Unit (BHU) Samambaia, Juatuba/MG, from the institution and implementation of the Program *Mais Médicos* (PMM) in 2013. The study was conducted through qualitative and descriptive research that was realized through field observation and semi-structured interviews with BHU's users and the medical professional of the PMM. The research was guided by the doctrinal principles of SUS, in this case the integrality, understood as the articulation between services and practices developed by health professionals involved in the care and the reflections presented were justified in the BHU's users perceptions and his medical professional. The research identified actions and health practices at BHU Samambaia that reflect the perspective of an integral care, even if it realizes some limits regarding the attribute of integrality as a priority in health care. With regards to the user's perceptions about improvements arising from the PMM, it could be observed that they do not relate them to the Program.

Keywords: Primary health care; Integrality in health; Public Health; Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 – A população brasileira e dos estados (Censo 2010), número de médicos inscritos no CFM e relação médicos por 1000 habitantes..... | 64 |
| Tabela 2 – Estados brasileiros com a menor relação médicos por 1000 habitantes..... | 65 |
| Tabela 3 – Estados brasileiros com a maior relação médicos por 1000 habitantes | 65 |
| Tabela 4 – População das regiões brasileiras (Censo 2010), número de médicos registrados no CFM e relação médicos por 1000 habitantes | 66 |
| Tabela 5 – Relação médicos por 1000 habitantes em alguns países..... | 66 |
| Tabela 6 – População total, por gênero, rural/urbana-MG | 72 |
| Tabela 7 – Estrutura etária da população-MG | 73 |
| Tabela 8 – Indicadores de habitação-MG | 74 |
| Tabela 9 – Vulnerabilidade social-MG..... | 74 |
| Tabela 10 – Macrorregiões de saúde em MG-2007..... | 77 |
| Tabela 11 – Número de médicos participantes do PMM-MG por nacionalidade..... | 79 |
| Tabela 12 – Número de médicos participantes do PMM-MG por perfil do município..... | 80 |
| Tabela 13 – População total, por gênero, rural/urbana - Juatuba-MG | 82 |
| Tabela 14 – Estrutura etária da população – Juatuba-MG | 82 |
| Tabela 15 – Indicadores de habitação – Juatuba-MG | 84 |
| Tabela 16 – Vulnerabilidade social – Juatuba-MG | 84 |
| Tabela 17 – Descrição dos Entrevistados | 106 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 – Categorias e Perguntas..... | 106 |
| Quadro 2 – Tabulação das respostas dos entrevistados por categorias | 110 |
| Quadro 3 – Compilação das respostas do médico do PMM às perguntas 1, 2, 3, 5, 6 e 7..... | 114 |
| Quadro 4 – Compilação das respostas do médico do PMM relativas às perguntas 4, 8, 9 e 10. | 117 |
| Quadro 5 – Sistematização comparada das respostas dadas pelo médico do PMM sobre a prática da APS/Cuba e sobre a prática da AB/Brasil..... | 118 |
| Quadro 6 – Sistematização das respostas dadas pelo médico do PMM às perguntas 4, 8, 9 e 10..... | 120 |
| Quadro 7 – NOB/96. | 169 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| AC | Alta Complexidade |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| BUT | Brigadas Universitárias de Trabalho |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CAD | Cadastro Único para Programas Sociais |
| CEO | Centros de Especialização Odontológica |
| CEME | Central de Medicamentos |
| CEMIG | Companhia Energética de Minas Gerais |
| CF | Constituição Federal do Brasil |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COPASA | Companhia de Saneamento de Minas Gerais |
| COSEMS/MG | Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais |
| CPMF | Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira |
| CRM | Conselho Regional de Medicina |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS/MS |
| DEPARA | Sistema de Imigração de Cadastro Nacional de Estabelecimento para Unidades Produtivas |
| DNERu | Departamento Nacional de Endemias Rurais |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |

| | |
|---------|---|
| DSEI | Distritos Sanitários Especiais Indígenas |
| DUDH | Declaração Universal dos Direitos Humanos |
| EAD | Equipe de Atenção Básica |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ELAM | Escola Latinoamericana de Medicina |
| SEM | Educação Médica Superior |
| EPSM | Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado |
| FCM | Faculdade de Ciências Médicas |
| FEU | Federação Estudantil Universitária |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FNP | Frente Nacional de Prefeitos |
| FPOMAG | Ficha de Programação Orçamentária Magnética |
| FJP | Fundação João Pinheiro |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| HPRB | Hospital Público Regional de Betim |
| IAPS | Instituto de Aposentadorias e Pensões |
| IAPAS | Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| Ipespe | Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas |
| MC | Média Complexidade |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome |
| MG | Estado de Minas Gerais |

| | |
|------------|--|
| MGB | Médico Geral Básico |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NESCON | Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina – UFMG |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência à Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan Americana de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PPI | Programação Pactuada e Integrada |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PROADI-SUS | Programa de Apoio Institucional ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde |
| PMM | Programa Mais Médicos |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PUC | Pontifícia Universidade Católica |
| RMS | Registro Médico de Saúde |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SEGETS | Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| Seppir | Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial |
| SAI | Sistema de Informação Ambulatorial |

| | |
|-------------|--|
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIC | Sistema de Informação ao Cidadão |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SISHIPERDIA | Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes |
| SISPRENATAL | Sistema de Informação do Pré-natal |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| SUCAM | Superintendência de Campanhas de Saúde Pública |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TMI | Taxa de Mortalidade Infantil |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UF | Unidade Federativa |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| VERSIA | Verificador do Banco de Dados SIA/SUS |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| <i>Medicina de Família e na Família: algumas diferenças percebidas entre dois países</i> | 26 |
| CAPÍTULO 1 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO ENSINO DE MEDICINA EM CUBA | 28 |
| CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 35 |
| 2.1. Breve histórico sobre a Saúde Pública no Brasil | 35 |
| 2.2. Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica: conceitos e reflexões no contexto brasileiro | 44 |
| 2.3. A Integralidade nas ações e serviços de saúde | 54 |
| 2.4. Considerações sobre o Programa Mais Médicos | 60 |
| 2.5. Estudo de Caso: Unidade Básica de Saúde Samambaia | 68 |
| 2.5.1. Aspectos socioeconômicos do Estado de Minas Gerais | 68 |
| 2.5.2. O Programa Mais Médicos em Minas Gerais | 75 |
| 2.5.3. Município de Juatuba | 77 |
| 2.5.4. Unidade Básica de Saúde – Samambaia | 83 |
| CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO | 86 |
| 3.1 A questão da pesquisa | 86 |
| 3.2 Delineamento do estudo | 86 |
| 3.3 O tipo de pesquisa e a metodologia utilizada | 87 |
| 3.4 Aspectos éticos da pesquisa | 88 |
| 3.5 A Implicação na análise de dados da pesquisa | 89 |
| 3.6 A coleta e o tratamento dos dados | 92 |
| 3.7 A pré-análise dos dados | 101 |
| 3.7.1 Os usuários | 102 |
| 3.7.3 A descrição da observação <i>in loco</i> : percepções da pesquisadora sobre a rotina de trabalho da UBS – Samambaia – Juatuba/MG | 122 |
| 3.7.4 A descrição da observação <i>in loco</i> : percepções da pesquisadora sobre a rotina do trabalho do médico do PMM na UBS – Samambaia – Juatuba/MG | 124 |
| CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS | 127 |

| | |
|---|------------|
| 4.1 Dados relativos à entrevista c usuários | 127 |
| 4.2 Dados relativos à entrevista com Médico do PMM..... | 140 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 148 |
| REFERÊNCIAS..... | 153 |
| AGUIAR, K. F. de.; ROCHA, M. L. da. Micropolítica e o exercício da pesquisa- intervenção: referenciais e dispositivos em análise. Psicologia: ciência e profissão. V. 27, n.4, Brasília, dezembro, 2007. | 153 |
| APÊNDICE..... | 160 |
| APÊNDICE 1 | 160 |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 160 |
| APÊNDICE 2 - Roteiro de entrevista para os usuários da UBS Samambaia | 163 |
| APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista para médico do PMM da UBS Samambaia | 165 |
| APÊNDICE 4 – Roteiro de observação in loco da UBS Samambaia | 166 |
| APÊNDICE 5 – Fotos da UBS Samambaia..... | 168 |
| 169 | 169 |
| ANEXOS | 170 |
| ANEXO 1 – Quadro 7: NOB/96..... | 170 |
| ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP | 171 |
| | 173 |
| ANEXO 3..... | 175 |
| Autorização para coleta de dados | 175 |

INTRODUÇÃO

A temática saúde representa um desafio global dada a complexidade das suas interações, a sua amplitude, o seu aspecto primordial, os diferentes contextos socioeconômicos, a sua territorialidade, entre outros. Da mesma forma, as estratégias adotadas, na contemporaneidade, para a garantia e promoção da saúde são constantemente revisadas e aprimoradas de modo a responder às exigências colocadas por esta complexidade.

A evolução do reconhecimento da saúde como direito perpassa por questões jurídicas, políticas, econômicas e sociais. A compreensão da necessidade de garantir o acesso a políticas e serviços de saúde foi traduzida na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948, onde destaca-se o artigo 25,

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. 2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social (DUDH, 1948).

Em 1949 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Esta definição ampliou o conceito de saúde, não associando-a apenas à doença, mas apresentando o aspecto do bem estar como elemento significativo.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata Saúde Para Todos no Ano 2000, reafirma esta definição quando diz que a saúde é:

estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e a consecução do mais elevado nível de saúde

é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a acção de muitos outros sectores sociais e económicos.

Embora exista todo um arcabouço normativo e conceitual disponível, a questão da saúde continua sendo um aspecto preocupante. O Comitê dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais das Nações Unidas, em seu Relatório de 2000, afirma que, apesar da Declaração de Alma-Ata, o pleno desfrute do direito à saúde continua sendo um objetivo distante para milhões de pessoas no mundo, sendo que para aqueles que vivem em situação de pobreza, este objetivo está se tornando sempre mais remoto.

Neste cenário, o Brasil apresenta inúmeros desafios. Desde a Colônia ao Império, até a democratização, diferentes aspectos contribuíram para que políticas de promoção e acesso à saúde se tornassem cada vez mais distantes das condições sociais da população e limitadas a grupos sociais específicos, seja pela limitação da migração de médicos na época da colonização; pela destinação de investimentos a segmentos específicos; pela concentração de ações voltadas somente para o combate de epidemias e endemias; pelo direcionamento de políticas assistenciais em saúde somente para trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, em zonas urbanas; dentre outros.

Por outro lado, observa-se uma falta de informação por parte da sociedade civil brasileira sobre seus direitos e políticas de saúde disponíveis, preconizadas pela Constituição Federal de 1988 que define saúde de forma ampla, como um direito básico e universal, relacionado ao acesso à qualidade de vida, assim expresso no artigo 196, como “um direito de todos, e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (...)” e concebe o Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme destaca Campos (2008, *online*),

(...) Pesquisas mostram que vários segmentos sociais do Brasil não sabem que o Brasil tem um sistema público socializado de saúde universal. Sabem que existe o Saúde da Família, o de Saúde Mental.... Tudo isso é SUS, mas nunca criamos tensão para socializar o direito à saúde, com prazo para se ter atenção primária, médico de família. Dados mostram que hoje boa parte da população ao pensar no direito à saúde, pensa no direito à saúde suplementar.

No que diz respeito à situação da atual saúde pública no Brasil, a Organização Pan-Americana da Saúde, por meio do documento *Desenvolvimento Sustentável e*

Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil (2014) nos apresenta um cenário mais otimista em relação a essa realidade:

O Brasil avançou de forma inquestionável nas últimas décadas. Ainda que durante a década de 1991-2000 puderam ser observadas melhoras nos indicadores selecionados (taxa de alfabetização, taxa de pobreza e acesso à água encanada) das três dimensões de desenvolvimento (social, econômico e ambiental) e na TMI, o grande salto foi notado entre 2000 e 2010. A pobreza diminuiu de forma sustentável durante o período de estudo, mas na primeira década não foi acompanhada de igual avanço na distribuição de renda medida pelo Índice Gini. Esse indicador aumentou entre 1991 e 2000, de 0,52 para 0,55, respectivamente. No entanto, na década seguinte, também esse indicador apontou melhorias, com redução importante e consistente alcançando 0,49 em 2010. Estudos apontam que as políticas de redistribuição de renda podem explicar de maneira importante essa evolução favorável. Por outro lado, não deve ser esquecido que o Brasil persiste como um dos países do mundo com maior desigualdade de renda. A evolução marcada do IDH municipal completa o cenário de mudanças positivas no Brasil nas últimas décadas. Em 1991 nenhum brasileiro vivia em um município com IDHm alto ou muito alto, enquanto que, em 2010, 67% da população do país vivem em municípios com essa condição. Dessa forma, é possível concluir que a sustentabilidade do modelo de desenvolvimento adotado pelo Brasil não apenas alicerça a melhoria das médias dos indicadores, mas também promove a redução das desigualdades sociais e econômicas tão marcantes no país. Esses avanços inquestionáveis, sem dúvida, melhor posicionam o Brasil no momento de enfrentar os desafios da atualidade e do futuro próximo no campo da saúde e dos demais setores: uma economia global em crise, o envelhecimento da população e o crescimento de suas demandas, o surgimento da nova classe média também com alto grau de demanda, a necessidade de fortalecer o Sistema Único de Saúde, a educação e a preservação do meio ambiente, entre tantos outros. O Brasil avançou no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2015) e encontra-se bem posicionado para enfrentar novos desafios que sem dúvida serão evidenciados na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 (OPAS, 2014, p.27).

Segundo a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2011, com 2.773 pessoas revelou que 58,1% dos entrevistados consideram o principal problema do SUS a falta de médicos. Em outra pesquisa realizada pelo IPEA, em 2013, foi apontado que entre 48 carreiras universitárias, a medicina ocupa o primeiro lugar no ranking dos melhores salários, jornada de trabalho, taxa de ocupação e cobertura de previdência. Segundo a mesma pesquisa, a medicina é a 4ª profissão com o maior aumento de salário entre 2009/2012, de uma lista de 48 profissões de nível superior. Estes dados auxiliam na compreensão do cenário e nos faz observar que embora a medicina seja uma carreira atraente do ponto de vista

econômico, ainda existe uma escassez de profissionais no país, o que pode ser decorrente da alta competitividade para ingresso em universidades; oferta insuficiente de vagas em universidades; alto custo de financiamento dessa carreira, dentre outros fatores.

Diante desses vários indicadores, os desafios que envolvem a saúde pública e o Sistema Único de Saúde são inúmeros: subfinanciamento, necessidade do fortalecimento da legislação reguladora da ação dos órgãos gestores em saúde, a criação de uma política de recursos humanos que atenda às necessidades do sistema, entre outros. De acordo com Mattos (2006, p. 39), todos estes elementos são pilares para consolidação efetiva do SUS e para que de fato, o mesmo cumpra os princípios da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral; e a participação popular”.

Neste contexto, a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 24 de junho de 2013, integra o Pacto pela Saúde¹ e representa uma iniciativa adotada pelo governo federal para responder as problemáticas de saúde pública vivenciadas pelo país. Vale destacar que o Programa não é suficiente para atender a todas as necessidades que o SUS apresenta.

Considerando o cenário exposto, esta pesquisa buscou, a partir de observações, vivências e reflexões, identificar a percepção de usuários e do profissional médico, em relação à integralidade nas práticas em saúde na Unidade Básica de Saúde Samambaia, Juatuba/MG, pós-implantação do PMM. Uma vez que a integralidade é, de acordo com Mattos (2006, p. 41), “uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis”.

Neste sentido esta pesquisa que resultou nesta dissertação, buscou alcançar o seguinte objetivo geral de identificar e analisar os aspectos relativos ao princípio da integralidade nas práticas de saúde vivenciadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Samambaia, Juatuba/MG, depois da implantação e implementação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, a partir da percepção dos usuários da UBS e do profissional médico do PMM. Buscou-se, igualmente, conhecer as atividades desenvolvidas pela UBS Samambaia; conhecer as atividades desenvolvidas pelo profissional do PMM na UBS Samambaia; compreender como o usuário vivencia a atenção prestada pelo

¹ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado pela União, estados e municípios. Seu objetivo é promover ações inovadoras de gestão visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. (Conselho Nacional de Saúde s/d.). Disponível em: conselho.saude.gov.br Acesso em: 30 maio 2015.

profissional do PMM na UBS Samambaia; refletir sobre a utilização de práticas de saúde da UBS Samambaia que se fundamentam no princípio da integralidade.

Decorrente dessa compreensão de integralidade, a pesquisa desenvolvida, que resultou nesta dissertação, se orientou pelas seguintes questões:

- As práticas desenvolvidas na UBS Samambaia, após a implantação do PMM, tem buscado a integralidade no atendimento aos usuários?
- Os usuários percebem, nas ações e serviços prestados diferenças no atendimento após a implantação do PMM na UBS Samambaia?

Tais perguntas se relacionam às seguintes inquietações que surgiram durante o processo de pesquisa:

- O PMM fortalece a atenção básica?
- O PMM atende os anseios da população com relação aos serviços e ações em saúde prestados?
- O PMM seria capaz de mudar a relação entre médico e paciente?
- O PMM poderia ser instrumento na construção de uma cultura de valorização, tanto do poder público quanto da população, em relação à importância da Atenção Básica?

Para responder tais questões, propusemos algumas hipóteses de pesquisa:

- A garantia da presença do médico através do PMM favorece a integralidade nas ações e serviços de saúde na UBS Samambaia.
- A fixação do profissional médico através do PMM estabelece um vínculo positivo entre a equipe e a comunidade onde a UBS Samambaia está inserida.

Interseções entre a investigação desenvolvida e a trajetória da pesquisadora

O propósito da pesquisa está relacionado com a minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional.

Menos de um ano após a morte do meu irmão caçula, no ano de 2000, decidi mudar o rumo da minha vida universitária. Aprovada em publicidade e propaganda, área pela qual tenho uma simpatia à parte, decidi que meu futuro merecia algo diferente, desafiador e condizente com meus anseios ideológicos de mudar o mundo. Depois de assistir um documentário sobre a medicina em Cuba, percebi que o trabalho de saúde desenvolvido pelos cubanos ia ao encontro daquilo que eu almejava.

Segundo o site Revista Forum², em Cuba há 25 faculdades de medicina (todas públicas), além da ELAM, na qual estudam estrangeiros de 113 países, inclusive do Brasil. Em 2012, Cuba formou 11 mil novos médicos. Deste total, 5.315 são cubanos e 5.694 vêm de 59 países principalmente da América Latina, África e Ásia. O país tem 161 hospitais e 452 clínicas. Em Cuba há hoje 6,4 médicos para mil habitantes.

Motivada pelo reconhecimento do país no âmbito médico, aos 18 anos, depois de recorrer à Embaixada Cubana e percorrer o caminho³ para estudar medicina em Cuba, desembarquei na ilha, em 01 de setembro de 2001. Pequena em extensão territorial, na época com, aproximadamente, 11 milhões de habitantes e com um calor característico, a ilha me recebia de braços abertos. Era a primeira experiência em viver longe de casa e da família. Um curso intensivo de espanhol e muita vontade de descobrir o segredo dos avanços da medicina naquele país era o que eu levava na bagagem.

Iniciei os estudos no Oriente da ilha, na cidade de Manzanillo, província de Granma, onde vivi os quatro primeiros anos. A convivência com estudantes de outros países como Argentina, Chile, Equador, Peru, República Dominicana, entre outros, facilitou a aprendizagem do idioma espanhol, além de ampliar os conhecimentos e diversificar as atividades culturais.

² Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/blog/2013/08/dez-informacoes-sobre-a-saude-e-a-medicina-em-cuba/> Acesso em: 06 junho 2015.

³ Outra forma para se estudar medicina em Cuba era através da Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM), escola criada pelo governo cubano para atender a países subdesenvolvidos que necessitavam de profissionais médicos. Em 1998, depois que o furacão Mitch atingiu a América Central e o Caribe, Fidel Castro decidiu criar a ELAM com o objetivo de formar em Cuba médicos para trabalhar em países chamados subdesenvolvidos. A Organização Mundial da Saúde definiu assim o trabalho da ELAM: “A Escola Latino-Americana de Medicina acolhe jovens entusiasmados dos países em desenvolvimento, que retornam para casa como médicos formados. É uma questão de promover a equidade sanitária. A ELAM assumiu a premissa da “responsabilidade social”. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/blog/2013/08/dez-informacoes-sobre-a-saude-e-a-medicina-em-cuba/> Acesso em: 29 junho 2015.

Todos os estudantes que não eram de Manzanillo moravam em alojamentos dentro da Universidade, o que facilitava o acesso a laboratórios e biblioteca, inclusive nos fins de semana. As aulas eram divididas em teóricas e práticas e tinham início às 8 horas e se estendiam até às 16 horas. As aulas teóricas eram sempre ministradas no auditório da faculdade, com turmas de 60 alunos, enquanto as atividades práticas aconteciam em laboratórios ou salas com, no máximo, 10 alunos. Nesse período muitas foram as dificuldades que vivenciei como, por exemplo, a pouca comunicação com a família, a adaptação ao novo idioma e ao novo contexto cultural, os racionamentos frequentes de água e luz, entre outras. Todas elas, porém tornaram-se aspectos motivadores na minha formação pessoal e profissional.

Em relação ao programa de estudos dos três primeiros anos, este incluía as disciplinas de Introdução à Medicina Geral e Integral, Anatomia I, II e III, Embriologia I e II, Filosofia e Saúde I, II e III, Histologia I, II e III, Inglês I, II, III e IV, V, Educação Física I, II, III e IV, Fisiologia I, II, Informática Médica I, II, Biologia Celular e Molecular, Tempo Eletivo, Metabolismo Intermediário e sua Regulação, Agentes Biológicos, Introdução à Clínica, Psicologia Médica I, II, Patologia Geral, Farmacologia I, II, Propedêutica Clínica e Semiologia Médica e Medicina Interna.

Todos os livros utilizados eram emprestados pela faculdade, sendo algumas das bibliografias utilizadas as dos autores Arthur C. Guyton, John E. Hall, J. Claude Bennett, Fred Plum, Luiz Carlos Uchôa Junqueira, José Carneiro, Alfred Goodman Gima, entre outros.

No quarto ano estudei Medicina Geral Integral, Inglês VII e VIII, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Mitigação de Desastres, Tempo Eletivo e Pediatria. As disciplinas eram ministradas nas instituições públicas cubanas, por exemplo, as aulas de ginecologia e obstetrícia na Maternidade Municipal, Pediatria no Hospital Pediátrico, Cirurgia Geral no Hospital Clínico Cirúrgico.

Existia também a possibilidade de participar da Federação Estudantil Universitária (FEU), que organizava os estudantes para realização de atividades de lazer e trabalhos voluntários através das Brigadas Universitárias de Trabalho (BUT) que eram realizadas no período de férias. Foi participando da FEU, que me inscrevi na Brigada Internacionalista Henry Reeve (MARQUEZ, 2010)⁴.

⁴ A Brigada Henry Reeve ou Contingente Internacional de Médicos Especializados em Situações de Desastres e Graves Epidemias, surgiu em 1961, quando dezenas de médicos cubanos foram enviados à Angola em missão humanitária. Na primeira etapa da Revolução Cubana, emigraram cerca de metade

O quinto ano foi o mais diversificado, pois era composto pelas disciplinas de Dermatologia, Inglês IX e X, Medicina Legal e Ética Médica, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, Mitigação de Desastres, Psiquiatria, Tempo Eletivo, Medicina Geral e Integral II e Saúde Pública.

Ao final de cada ano letivo era previsto o período de férias, de aproximadamente 60 dias, o que possibilitava ao estudante estrangeiro o retorno ao seu país de origem.

No sexto e último ano, chamado de internato rotatório, cursei Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Medicina Geral Integral e Ginecologia e Obstetrícia.

Vale ressaltar que no primeiro, quarto, quinto e sexto anos, estudei a disciplina Medicina Geral Integral, onde estuda-se temas como: O Processo Saúde e Doença; A Atenção Primária da Saúde; O Homem o Entorno e a Medicina; O Médico e a Enfermeira de Família na Atenção Primária à Saúde (APS); A Promoção de Saúde no Indivíduo; Família e a Comunidade; A Prevenção de Doenças na APS; Alterações no Crescimento e Desenvolvimento nas Diversas Etapas da Vida; Atenção Médica Integral às Enfermidades Crônicas não Transmissíveis e Outros Danos à Saúde; Medicina Natural e Tradicional; Atenção Médica na Comunidade; O Modelo de Médico na Família; Promoção à Saúde; Atenção, Pré-Natal, à Criança, ao Adolescente, ao Adulto e Idoso; Principais Enfermidades Transmissíveis; Vigilância em Enfermidades Exóticas, entre outras.

Desde o primeiro ano os estudantes de medicina estão autorizados a assistir a plantões voluntariamente, sempre supervisionados por seus professores.

Cursei o quinto e o sexto ano em Havana, capital da Ilha, na Universidade de Ciências Médicas, junto a uma diversidade ainda maior de estudantes estrangeiros, incluindo Estados Unidos da América, Suíça, Cabo Verde, Nigéria, entre outros. Realizei o exame estatal prático em cirurgia geral e, em 13 de julho de 2007, o exame teórico para a conclusão do curso de medicina.

do total de médicos que havia no país e esse desafio foi enfrentado com um reduzido número de professores de medicina e uma profunda vontade política de edificar os resultados que hoje, Cuba alcança. Esta Brigada esteve presente em muitos lugares do mundo, sempre que a comunidade internacional solicita ajuda humanitária. Exemplos: Angola, Haiti, Chile, Paquistão, Guatemala, Nepal, entre outros. A Brigada leva o nome do patriota nova-iorquino Henry Reeve que lutou pela independência cubana dos espanhóis. A Brigada está integrada por vários médicos, especialistas em Medicina Geral Integral e mestres em Ciências Médicas. Outros são especialistas em epidemiologia, cardiologia, cirurgia, psiquiatria, pediatria, entre outras. Manual Docente para la Preparación de la Brigada Henry Reeve, Centro Latino Americano, Medicina de Desastres; Dr. Abelardo Ramirez Marquez, Ministério de Saúde Pública, ELAM ; Cuba, 2010.

O período de graduação, de setembro de 2000 a junho de 2007 representou uma grande oportunidade de aprendizagem e convivência com professores como Dr. Moises Morejón Garcia, Especialista de 1º Grau em Medicina Interna, Dr. Alfredo Abreu Daniel, Mestre em Dermatologia, Ana Herrera Galeano, Especialista de 2º grau em Medicina Interna, Manuel Enrique Cendan Rosa, Especialista de 2º Grau em Farmacologia entre outros, modelos de médicos e seres humanos, que foram fundamentais para a consolidação da minha formação. Com a convivência cotidiana com tais professores, desenvolvi o gosto pelo trabalho com a atenção básica, aprendi a contextualizar o meu trabalho clínico e de pesquisa dentro do referencial da Medicina Geral Integral.

De volta ao Brasil, a primeira grande dificuldade foi a da revalidação do diploma. Dentre as opções disponíveis para o reconhecimento optei pela revalidação através da Universidade Federal do Ceará. Três anos de espera aguardando a autorização de cadastro no Conselho Regional de Medicina – CRM, o alto investimento financeiro nos trâmites, além, do enfretamento ao preconceito de outros profissionais médicos, do Conselho Federal de Medicina – CFM e dos CRMs em relação à formação acadêmica em Cuba, bem como a de outros países, foram alguns obstáculos enfrentados.

Enquanto aguardava a revalidação do diploma trabalhei na Prefeitura Municipal de Betim, na Secretaria de Saúde, no período de 2009 a 2012. Primeiramente atuei no planejamento da Secretaria de Saúde, logo depois assumi a assessoria do gabinete da secretaria. Na época, tive a oportunidade de trabalhar com a então Secretária de Saúde, Conceição Aparecida Pereira Rezende, uma profissional com grande experiência na saúde pública do Brasil. Posteriormente, ainda na Secretaria de Saúde de Betim, já com o diploma revalidado, assumi a Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle, experiência que representou um grande desafio para a minha carreira e norteou, definitivamente, minhas escolhas profissionais no SUS.

Durante esse período, participei do curso de pós-graduação em Vigilância a Saúde, onde tive a oportunidade de conviver com diversos profissionais da área que também influenciaram positivamente na minha educação.

Nesse sentido, minha formação acadêmica, aliada a tais vivências e aos quatro anos de experiência profissional, possibilitaram a consolidação de um viés mais humanístico e integrativo na realização das minhas práticas em saúde. Em 2010, com o terremoto no Haiti e inscrita na Brigada Internacionalista Henry Reeve, participei da

missão humanitária como médica voluntária na região de Carrefour, próximo a capital Porto Príncipe. Realizei, junto com outros médicos voluntários, atendimento médico emergencial, ações de promoção em saúde e prevenção de doenças.

No Brasil, comecei trabalhar como médica da Atenção Básica em 2013 no município de Juatuba/MG, na comunidade periurbana de Francelinos. Lá pude colocar em prática todo o conhecimento construído até então.

Outro grande desafio foi atuar em um sistema de saúde em que, de acordo com as minhas percepções, a formação no exterior, principalmente em Cuba, gera preconceitos e resistências por parte dos profissionais médicos brasileiros, formados no Brasil. Além disso, pude verificar que a população assistida, em sua maioria, não conhece seus direitos, não defende seus interesses e não reconhece ou não identifica o SUS como um sistema de saúde integral. Enfrentar os entraves relacionados à falta de recursos, à morosidade nos processos e ineficiências da gestão, me motivaram a investir em minha capacitação, na perspectiva de trabalhar para um sistema que garanta, verdadeiramente, a integralidade da atenção ao usuário, como preconizado pelo SUS.

Em 2013, iniciei o mestrado na UNICAMP e, desde então, venho aprimorando meus conhecimentos em saúde coletiva. Nesse processo de formação, os conhecimentos construídos por meio da convivência com professores como Dr. Edson Bueno, Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, Dra. Maria Filomena de Gouveia Vilela, Dr. Sérgio Resende Carvalho, entre outros e colegas de turma, me ajudaram a compreender melhor e comprometer-me, ainda mais, com o SUS.

Em 2014, participei do processo seletivo no município de Juatuba/MG e, atualmente, trabalho na UBS Cidade Nova I, onde sou responsável por atender uma comunidade de cerca 2.800 habitantes.

Ainda em 2014, participei do Seminário Médico realizado pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Minas em Betim, onde tive a oportunidade de relatar para os alunos do curso de medicina, minha experiência como médica voluntária no Haiti. A partir desta experiência fui convidada a ministrar aulas da disciplina *Práticas na Comunidade*, nesta instituição, para os graduandos do curso de medicina. Lecionar tem sido uma experiência enriquecedora, seja do ponto de vista profissional que pessoal, uma vez que é possível estabelecer uma troca ativa “aprender e ensinar”, compartilhar saberes e experiências.

Por atuar na atenção básica, acompanho, no município de Juatuba, a implantação do Programa Mais Médicos, do qual me informo também pelos meios de comunicação, sobre as várias considerações, tanto a favor, quanto contra, o que me instigou a buscar compreender mais sobre as implicações do PMM na atenção básica e no cuidado com os usuários que utilizam o SUS.

Por fim, é importante frisar que a minha trajetória foi inspirada na oportunidade de conviver em diversos contextos, vivenciar diferentes experiências e conhecer profissionais da área da saúde que influenciaram diretamente a minha prática laborativa.

Medicina de Família e na Família: algumas diferenças percebidas entre dois países

Como mencionado anteriormente, em Cuba a densidade de médicos por número de habitantes é de 6,72 para cada 1 mil habitantes, média considerada altíssima, tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza-se da densidade de 22,8 profissionais de saúde para cada 10.000 habitantes⁵. Assim, praticamente todas as famílias cubanas têm, pelo menos, um familiar ou um amigo próximo que exerça a profissão médica. Isso reforça a ideia de que a formação e atuação do profissional médico em Cuba são verificadas em número suficiente e bem distribuídas regionalmente. Além disso, é possível afirmar que este dado contribua para uma relação mais próxima entre o médico e o paciente, dado que ser médico em Cuba é algo acessível a todos.

Os médicos cubanos, após término da graduação de seis anos, devem iniciar a especialização em Medicina Geral Integral, que dura três anos, tornando-se médicos de família. Somente após finalizada esta especialidade, é possível, realizar uma segunda especialidade. Acredita-se que esta obrigatoriedade em se tornar especialista em medicina de família fortaleça ainda mais a Atenção Primária à Saúde, o que contribui para alcançar os indicadores de saúde do país, reconhecidos mundialmente.

⁵ Fonte: Organização Mundial de Saúde. Disponível em www.who.int. Acesso em: 10 julho 2015.

Diante deste cenário, foi possível observar que a família cubana está habituada a ter médico *de família*, aquele responsável pelos cuidados em saúde e médico *na família*. Esta realidade, ao contrário, não é verificada no Brasil.

A forma como se ingressa na universidade em Cuba difere do Brasil, nos seguintes aspectos: em Cuba as vagas para ensino superior, incluindo o curso de medicina, são distribuídas por desempenho escolar individual, por critério geográfico de localidade e por necessidade de profissionais. Sendo assim, graduam-se médicos de todas as regiões e municípios do país. Esse processo garante uma ampla distribuição das vagas para formação e, conseqüentemente o profissional médico em toda ilha. A gratuidade das universidades também favorece o acesso ao ensino superior a todo cidadão cubano.

A formação médica é fundamentada no conceito de internacionalismo e solidariedade o que estimula o interesse pela carreira médica, além da possibilidade de trabalhar em lugares remotos onde não chegam médicos.

O sistema de saúde em Cuba corresponde ao modelo biomédico, priorizando assim a profissão médica em relação às demais profissões.

Segundo Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha (2008, p. 143)

a ESF [Estratégia Saúde da Família], ainda que se tenha inspirado em modelos de países como Cuba, diferencia-se de outras experiências internacionais em função de incorporar o trabalho em equipe multidisciplinar, destacando a função do agente comunitário de saúde.

No Brasil, ter um médico na família é considerado um privilégio para poucos. Algumas razões que justificam tal entendimento estão relacionadas ao baixo número de vagas ofertadas por universidades públicas e com a concentração das mesmas nos grandes centros; universidades privadas com custo elevado; material didático caro; duração longa do curso e a exigência de dedicação integral.

Considerando os aspectos descritos, é comum parte dos médicos que dedicaram, no mínimo seis anos e investiram alto em sua formação, não abrirem mão do conforto dos grandes centros urbanos para dedicarem ao trabalho em uma comunidade no interior do país. Por ser uma carreira de acesso restrito, muitos almejam o *status de ser médico*, não somente por “tratar e curar” pessoas, mas também pelo reconhecimento e respeito que a sociedade brasileira delega ao profissional.

CAPÍTULO 1 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO ENSINO DE MEDICINA EM CUBA

O presente capítulo tem como objetivo apresentar alguns aspectos relativos ao ensino da medicina, implementadas por Cuba, de modo a possibilitar a compreensão do cenário da saúde coletiva no país a partir das concepções e técnicas educacionais utilizadas. Este relato apresenta como fonte o Plano de Estudos do Curso de Medicina,

publicado pelo Ministério da Saúde Pública, Área de Docência e Investigações, Centro de Educação Médica Superior de Cuba, em 2007.

De acordo com o documento acima citado, a Educação Médica Superior (EMS) cubana passa a representar um modelo a partir do período revolucionário (1959) uma vez que, consideradas as condições econômicas e sociais existentes no país e suas organizações de saúde, foram implementadas mudanças que objetivavam aumentar os níveis de saúde do povo cubano e prestar solidariedade a outros povos irmãos no campo da medicina⁶.

Nessa perspectiva, foram implantadas todas as medidas pertinentes, relativas à saúde, para transformar Cuba em uma potência médica mundial sendo uma delas o aperfeiçoamento na formação dos estudantes do curso de medicina, e como consequência, a elaboração de um novo Plano de Estudos.

A concepção do graduado adotada era de um médico geral básico (MGB) que atuaria durante um período como médico a cargo de várias famílias, da comunidade, de indivíduos, portanto, identificado como médico de família. Estes graduados também atenderiam em comunidades rurais, postos de trabalho, instituições educacionais e recreativas. Além disso, foi implantado o internato rotatório para todos os estudantes de medicina.

Estabeleceu-se também a obrigatoriedade da Medicina Geral Integral como especialidade para todos os médicos de família. Após esta formação, os especialistas em Medicina Geral Integral poderiam especializar-se também em qualquer outra especialidade médica: Medicina Interna, Cardiologia, e outras. Dessa forma, o médico geral e integral seria aquele que desempenharia trabalhos de cooperação médica internacional e todos os médicos cubanos seriam especialistas em pelo menos uma área, aquela da Medicina Geral Integral.

Outra medida tomada neste período foi aquela de adotar estes profissionais médicos, a cargo de famílias, comunidades e indivíduos como verdadeiros, “guardiões, militantes da saúde, médicos que haveriam de desempenhar o papel mais fundamental na saúde de nosso povo” (CASTRO *apud* Plano de Estudos do Curso de Medicina, Centros de Educação Médica Superior, Cuba, 2006, p.2).

Sendo assim, o médico geral básico apresenta as competências de: prestar atenção médica integral à crianças, adolescentes, adultos, mulheres gestantes e

⁶ Embora esta análise seja referente ao período pós-revolucionário, o ensino universitário de medicina em Cuba data-se de 1726.

peças idosas no aspecto individual, assim como às famílias, às instituições escolares, fábricas, cooperativas e instituições de atenção a grupos especiais da sociedade, mediante ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, ações de prevenção específica à indivíduos saudáveis e doentes, ações de atenção a pacientes ambulatoriais, cadastrados ou não, ou enfermos hospitalizados e a reabilitação física, psicológica e social daqueles que demandassem. Além da responsabilidade de identificar e informar os efeitos negativos do ambiente e do próprio homem, este profissional médico era responsável por executar ações inerentes a profilaxia higiênico-epidemiológica contidas nos objetivos dos programas de trabalho da atenção primária à saúde, nas questões relativas à higiene pessoal, dos alimentos, do trabalho e escola, com fim de proteger e promover a saúde individual, familiar e da coletividade.

Este profissional médico também é responsável por cumprir funções administrativas de acordo com a organização da saúde pública, de modo a possibilitá-lo movimentar os recursos do sistema, a fim de utilizá-los no cumprimento de suas atividades de atenção médica integral, garantindo a otimização dos recursos humanos materiais e financeiros destinados aos programas de saúde; controlando e avaliando os programas subordinados ao seu nível ocupacional.

Dentre as atribuições já citadas, ele deve participar também, ativamente, na informação necessária à população e na educação para a saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como deve colaborar para a educação do acadêmico de medicina, na do pessoal da saúde (Educação Continuada) e na sua própria educação e preparação profissional.

Outro aspecto de sua competência profissional é a aplicação do método científico ao diagnóstico na solução dos problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, na busca, avaliação e aplicação da informação científico-técnica relacionada com a saúde humana, assim como na coleta ativa da informação e sua análise estatística, tanto por meio do exercício cotidiano de sua profissão, como por meio da participação na execução de investigações biomédicas, de caráter regional ou nacional, em sua área de trabalho.

Cabe destacar ainda, que tal profissional é responsável por realizar em tempo de guerra e em situação de desastres naturais, as ações de atenção médica aos atingidos e enfermos, e preparar, do ponto de vista médico sanitário, a população afetada.

Em relação ao Plano de Estudos do curso de medicina em Cuba, destacam-se as seguintes bases fundamentais para a formação do Médico Geral Básico:

- concepção de um projeto factível de aplicação em todas as faculdades de medicina do país, tendo em conta as disposições e orientações metodológicas do Ministério de Educação Superior;

- aprofundamento da educação integral e na formação de uma personalidade multilateral e harmônica dos estudantes, capacitando médicos preparados para exercer na prática, com sólidos conhecimentos um enfoque científico, as tarefas e problemas que a organização de saúde impõem como encargo social;

- conceptualização da medicina como ciência sociológica;

- articulação apropriada dos estudos de pré e pós-graduação;

- incremento ao plano de estudos com a participação das ciências higiênicas, epidemiológicas e de atenção primária;

- coordenação e integração dos conteúdos das diferentes disciplinas;

- implementação da prática da medicina e das ciências básicas da clínica nos primeiros anos e vinculação das ciências biomédicas à prática da medicina;

- estabelecimento do internato em todas as disciplinas clínicas e epidemiológicas;

- identificação, controle e supervisão à aquisição de habilidades teóricas e práticas;

- aprovação dos conteúdos práticos, como pré-requisito, indispensável em todas as disciplinas; distribuição de forma racional dos conteúdos semestrais e semanais, por forma de ensino e as avaliações frequentes e parciais;

- desenvolvimento dos métodos ativos de aprendizagem, com objetivo de incrementar a independência cognitiva dos estudantes;

- aperfeiçoamento da forma de ensino, prestando especial atenção à educação no trabalho;

- introdução de períodos de tempo eletivo que permita aos estudantes aprofundarem em matérias de seu interesse;

- criação do departamento de Medicina Geral Integral;

- combate ao enciclopedismo;

- atualização e ajustamento da literatura docente de acordo com o que requer o plano de estudos;

- incremento do uso dos meios técnicos de ensino;

- aprofundamento do estudo da terapêutica em todos os estudos;
- concepção da disciplina como uma parte derivada de sua ciência específica;
- orientação à todas as disciplinas em função do médico a formar;
- concepção do plano de estudos como um todo, único produto do entrelaçamento dos conteúdos e avaliação sistemática do plano de estudos com vistas a seu aperfeiçoamento constante.

Quanto às características gerais, o novo Plano de Estudos de Medicina Geral Básica tem a duração de seis anos e a sua organização é semestral. Nos dois primeiros anos, cada semestre tem a duração de dezoito semanas letivas e quatro de exames finais. A partir do terceiro ano a duração de cada semestre se eleva, ao eliminar-se o período de exames finais, tendo em conta que cada ano se examina ao final do mesmo.

As disciplinas e as matérias se distribuem em ciclos da seguinte forma: *Ciclo de Ciências Básicas* realizado nos três primeiros semestres contempla as matérias biomédicas e de ciências sociais; o *Ciclo Básico da Clínica*, realizado nos 4º e 5º semestres, abarca a introdução à clínica, patologia médica, genética médica, propedêutica clínica e semiologia médica, bioestatística e computação (informática médica); o *Ciclo Clínico*, realizado a partir do 6º semestre, abarca as instâncias por especialidades nos hospitais e áreas de saúde, culminando com o internato rotatório no sexto ano.

O curso inclui também o ensino de um idioma estrangeiro, desde o primeiro até o quinto ano, a prática de educação física nos dois primeiros anos e a preparação militar no terceiro e quarto ano.

Há uma atenção às particularidades dos estudantes que acontece por meio do desenvolvimento de atividades extracurriculares, com a inclusão de um tempo eletivo de duas semanas de duração em cada curso acadêmico, objetivando intensificar o estudo de alguma matéria especial e a realização de trabalhos investigativos.

O período do internato, que ocorre no sexto ano, é concebido como prática profissional para consolidar e criar hábitos de trabalho. Os novos conteúdos que o estudante adquirir durante o mesmo no desenvolvimento da própria atividade prática, não estão incluídos no plano de estudo como novos conteúdos.

Outro aspecto relevante é o intento em melhorar a relação professor/aluno. Cada docente (tutor ou guia) se responsabiliza por um número de estudantes (oito a

nove), em particular no ciclo clínico, a fim de que os estudantes adquiram as habilidades identificadas no Plano.

A distribuição do tempo dos estudantes contempla o fundo do tempo semanal docência teórica e prática do primeiro ao quinto ano e de trinta horas, no máximo. No período de internato realizam-se sete horas diárias de trabalho e um plantão semanal.

A proporção entre as horas dedicadas a atividades teóricas e práticas é de três para dois, tendo em conta que a teoria define a atividade prática, a proporção real é de um para um.

Nas disciplinas as atividades práticas se desenvolvem diariamente durante o período da manhã e as teóricas no período da tarde. Ajustes são possíveis nesta organização e dependem da rotação, do serviço clínico e da matéria tratada. O trabalho independente e a responsabilidade clínica epidemiológica é quase total no internato, com supervisão e controle por parte dos docentes. O tempo médio de auto estudo varia entre quinze a trinta horas semanais, de acordo com o ano acadêmico.

A realização de plantão nos serviços clínicos higiênicos e epidemiológicos acontece a partir do terceiro ano e tem uma duração de seis a oito horas. O plantão se realiza nas áreas de serviços, pronto-socorro e unidades de cuidados médios e intensivos, de acordo com a especialização e com a relação professor/aluno. É possível que o horário do plantão seja superior àquele estabelecido, incluindo o sábado e o domingo, mas sempre de modo a não interferir, sensivelmente, no trabalho independente de auto estudo.

Na aplicação do sistema de avaliação, o princípio diretor para concorrer o exame teórico é aquele de ter aprovado a parte prática da matéria.

No que diz respeito às atividades extracurriculares, estas têm por finalidade contribuir para a formação multilateral dos estudantes. As mesmas se organizam em um conjunto de atividades que desenvolvem habilidades e capacidades intelectuais, físicas, estatísticas e culturais, como por exemplo: Atividade Científica Estudantil, Encontros de Conhecimentos, Exames Ordinários de Prêmios, Movimento de Alunos Ajudantes "Frank País"⁷, Estudantes de Excepcional Rendimento Acadêmico, Atividades Culturais, Atividades Esportivas, Atividades Recreativas.

⁷ Segundo Tonny, da Irmandade dos Mártires da Caminhada, Frank País García nasceu no dia 07 de dezembro de 1934, em Santiago de Cuba. Seu pai era Francisco País Pesqueiro, um pastor protestante casado com Rosário García Calvin, ambos da Espanha, que emigraram para Cuba. Frank foi um dirigente estudantil reformista, inteligente e disciplinado, artista e organizador, presidente da "Associação de Alunos", professor voluntário na Escola para Operários. Participou ativamente, com escritos e em manifestações públicas, na luta clandestina contra a ditadura. Um líder revolucionário cubano que lutou contra a ditadura de Fulgêncio Batista. Foi um dos

No que se refere ao sistema de avaliação realizado pelas instituições de ensino superior em Cuba, são adotados os seguintes formatos: *avaliação frequente*, *avaliação parcial* e *avaliação final*.

A *Avaliação frequente* é aquela realizada pelo professor e pelo tutor, sistematicamente em todas as atividades teóricas e práticas de educação no trabalho. Dá-se ênfase nas atividades e habilidades demonstradas pelos estudantes. Os resultados são registrados diariamente em um cartão de controle da avaliação. A *Avaliação Parcial* avalia objetivos e atividades temáticas por meio da realização de seminários e de grupos de discussões das histórias de saúde familiar. Dá-se ênfase aos aspectos relacionados com a ética na APS. A *Avaliação Final* considera os resultados das avaliações frequentes e parciais, e a realização de exercícios práticos e teóricos. Na realização do *Exercício prático*, o estudante, na presença do professor ou tutor, executa os procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos no programa. Este exercício poderá ser realizado durante a última semana da disciplina. Se o estudante não obtiver três pontos como mínimo, o mesmo não poderá realizar o exercício. O *Exercício Teórico* consiste na exposição de um trabalho sobre um problema de saúde do consultório. Os estudantes selecionam o tema durante a primeira semana da disciplina e informam ao professor de modo a evitar temáticas repetidas. O trabalho deverá ser elaborado e apresentado por dois estudantes, na última semana da disciplina.

A nota final é emitida de forma qualitativa sendo Excelente - 5; Bom - 4; Regular - 3 e Mal - 2.

fundadores da "Ação Nacional Revolucionária" que se chamou mais tarde "Movimento Revolucionário 26 de Julho". Frank País foi assassinado pela polícia nas ruas de Santiago de Cuba em 30 de julho de 1957. Por conta de seu martírio desencadeou uma onda de protestos em todo o país e constituiu um acontecimento decisivo para impulsionar a Revolução Cubana. Cem mil pessoas acompanharam o cortejo fúnebre desse rapaz de 22 anos, que sonhava com a "Construção da Pátria Nova". Frank é considerado em Cuba um mártir da revolução, um líder da Insurreição Cubana. Disponível em: <http://irmandadedosmartires.blogspot.com.br/2015/07/galeria-dos-martires-frank-pais-garcia.html> Acesso em: 07 agosto 2015.

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Breve histórico sobre a Saúde Pública no Brasil

A história da saúde pública no Brasil foi marcada por uma série de eventos e medidas paliativas, limitadas e eventuais desde a colonização até a democratização, passando pela centralização e uniformização das estruturas de saúde na era Vargas, ao combate das epidemias a implantação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, pelos modelos dos Centros de Saúde, dos grandes hospitais até a reivindicação e criação de um sistema de saúde público universal. Dessa forma, o atual modelo de saúde pública brasileiro é resultado de um processo de maturação política, social, cultural e econômica que se consolidou com a Constituição Federal de 1988.

De acordo com Paim (2009, p. 25 e 26),

Quando o Brasil era colônia de Portugal, sua organização sanitária espelhava a da metrópole. Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Já o físico-mor, diretamente ou por meio de seus delegados nas capitânicas, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros, etc. Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos.

Segundo o mesmo autor, desde essa época, a população solicitava através de cartas ao rei, a presença de médicos que era bastante dificultada pela falta de interesse dos mesmos em migrarem para o Brasil.

No início do século XIX, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, deu-se início às políticas de saúde no país, com o objetivo de criar uma estrutura mínima que atendesse às necessidades da Corte. Segundo Polignano (2001, p.3), “até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte: 1 - Delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais; 2 - Controle de navios e saúde dos portos”. O interesse principal com a saúde pública se limitava ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital, tendência esta que se estendeu por quase um século.

Durante o período colonial e imperial constatava-se uma carestia acentuada de profissionais médicos no território. Como exemplo, Salles (1971) *apud* Polignano (2001, s/d) cita que no Rio de Janeiro só existiam quatro médicos exercendo a profissão, no ano de 1789 e que nos demais estados este quadro era inexistente.

Ainda de acordo com Polignano (2001, p. 3),

A inexistência de uma assistência médica estruturada fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos). Aos boticários cabiam a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato comuníssimo até hoje.

Em 1828 foi promulgada a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde (FUNASA, s/d) e “o Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, a Junta de Higiene Pública” (PAIM, 2009, p. 26).

Ainda no império, houve uma nova reforma dos serviços sanitários com a criação da Inspetoria Geral da Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, e do Conselho Superior de Saúde Pública (PAIM, 2009).

Ao final do Império “a organização sanitária brasileira era rudimentar e centralizada, incapaz de responder às epidemias e de assegurar assistência aos doentes, sem discriminação (PAIM, 2009, p.27)”. Observa-se que o acesso à saúde neste período era condicionado à situação econômica cabendo às casas de misericórdia, caridade e filantropia o atendimento àqueles desprovidos de recursos.

Com a República, fundada em 1889, os serviços de saúde passaram a ser de responsabilidade dos estados. Com o advento da era industrial tornou-se evidente a precariedade do modelo sanitário brasileiro que necessitava, ainda mais, de medidas capazes de responder às epidemias⁸, às necessidades da população, bem como às necessidades das grandes indústrias.

Em resposta às lacunas existentes e às epidemias foram adotadas as campanhas sanitárias⁹ e a reforma dos órgãos federais responsáveis pela saúde,

⁸ Dentre as epidemias registradas é possível citar varíola, malária, febre amarela e peste (POLIGNANO, 2001).

⁹ Ações de combate às epidemias, peste bubônica, varíola e malária implementadas por meio de programas de vacinação obrigatória, expedições às obras de infraestrutura, inspeção sanitária de portos, desinfecção de espaços públicos e domiciliares, entre outros. Essas campanhas eram coordenadas por seus principais médicos e cientistas, dentre eles Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna, Barros Barreto. (PAIM, 2009).

além da criação de códigos sanitários¹⁰ e da implantação de instituições científicas voltadas para a pesquisa biomédica (PAIM, 2009).

Com as políticas populistas do governo Vargas foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)¹¹, que abrangeram as categorias profissionais mais organizadas como a dos marítimos, industriais e outras. Os IAPs garantiam pleno direito à assistência médica, aposentadoria e pensões, a partir de um desconto salarial, para aqueles que trabalhavam produtivamente. Dessa forma, o direito à saúde pública se restringia àqueles que viviam em zonas urbanas e estavam inseridos no mercado formal de trabalho, excluindo seus familiares, os trabalhadores rurais e todo o restante da população que, em casos de necessidade, deveria recorrer às casas de misericórdia ou entidades privadas de assistência médica.

Neste período foram adotados modelos de saúde distintos: um modelo de saúde pública, “preventivo, coletivo e rural” e um modelo de assistência previdenciária, baseado em grandes hospitais, com médicos de todas as especialidades e grande quantidade de equipamentos, “curativo, individual e urbano” (MELLO e VIANNA, 2011). Segundo Paim¹² (2009, p. 32), “no final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos em saúde pública e 20% com a assistência médica individual (...)”.

Em 1953 o então Ministério da Educação e Saúde foi separado em dois Ministérios distintos¹³. Em 1956, criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) com a finalidade de organizar e de executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, substituído, na década de 60, pela Superintendência de Campanhas (SUCAM) (PAIM, 2009).

Nessa mesma década, os problemas ligados à desigualdade social e a alta concentração da riqueza fortaleceram o debate de diversos sanitaristas¹⁴ sobre a

¹⁰ Os códigos sanitários, assim como as leis e os regulamentos, objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados (FONSECA, 2004, p. 32).

¹¹ Embora tenha sido uma política populista, a mesma foi aplicada para fins diferentes dos estabelecidos, uma vez que os recursos arrecadados pelos IAPs foram aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país, como por exemplo, a construção da Siderúrgica Nacional.

¹² Segundo o mesmo autor, em 1964 este dado era inverso, uma vez que os regimes militares reduziram os investimentos na saúde pública, chegando a menos de 1% dos recursos públicos federais no início da década de 70.

¹³ Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953.

¹⁴ Destacam-se os profissionais Samuel Pessoa, Noel Nutes, Josué de Castro e Mario Magalhães da Silveira como defensores desta corrente.

criação do sistema de saúde pública que funcionasse em redes locais e tivesse uma visão municipalista, aproximando a saúde das condições sociais do povo.

No período desenvolvimentista do governo de Juscelino Kubistchek foi observada expansão da assistência médico-hospitalar em prejuízo da saúde pública e o fortalecimento dos ramos farmacêuticos e de equipamentos (PAIM, 2009)¹⁵.

Com o regime militar instaurado a partir de 1964 foi unificado o Sistema Previdenciário e os seus demais órgãos e criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o objetivo de gerir aposentadorias, pensões e a assistência médica dos trabalhadores¹⁶.

Em 1967, o Decreto Lei 200 estabeleceu dentre outras diretrizes a atribuição ao Ministério da Saúde de formular e coordenar a Política Nacional de Saúde. Dentre as demais ações de competência do Ministério destacam-se as atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária (POLIGNANO, 2001).

Durante toda a década de 70 verificou-se o aumento da taxa de mortalidade infantil, das epidemias e dos acidentes de trabalho, constituindo o que foi chamado de “crise na saúde”. Neste mesmo período destacaram-se as experiências inovadoras em saúde¹⁷ em diversos municípios e o fortalecimento dos movimentos populares¹⁸ e dos conselheiros de saúde. Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Lei nº 6.229/1975), dois anos mais tarde, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) reuniu todos os órgãos de assistência médica no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), da administração financeira dos recursos no Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

¹⁵ Neste mesmo período, verificou-se a inserção no país de empresas de serviços privados que prestavam serviços de saúde (geralmente diagnósticos e terapêuticos) aos empregados das empresas que as contratavam. Esta tipologia de serviço foi denominada *medicina de grupo* e se enraizou no final da década de 60 (PAIM, 2009).

¹⁶ O INPS abrangia também trabalhadores do comércio, da indústria e do setor de serviços. A partir dos anos 70 o Instituto se estende aos trabalhadores rurais.

¹⁷ Elaboração dos primeiros documentos legais instituindo e regulamentando um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; criação da Central de Medicamentos CEME com o objetivo de promover e organizar o fornecimento de medicamentos aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo; incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico; foram implantados programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais, em especial na região nordeste do país; entre outras. Disponível em: bvsms.saude.gov.br Acesso em: 30 de maio de 2015.

¹⁸ Movimentos formados por segmentos de estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde que tinham como proposta a Reforma Sanitária e implantação do SUS. (PAIM, 2009, p.39)

De acordo com Leite (1978, p. 103),

o SINPAS constituiu apenas na reformulação administrativa das entidades de atribuições ligada à previdência e assistência sociais, que passam agora a funcionar em forma de sistema, segundo modernas técnicas organizacionais. (...) O SINPAS introduziu somente medidas de reorganização administrativa, sem alteração de direitos e deveres, natureza e conteúdos dos diferentes programas, condições das prestações (...).

Ainda segundo o autor (1978, p.111),

o INAMPS tem a seu cargo a prestação de assistência médica aos trabalhadores urbanos, aos trabalhadores e empregadores rurais e aos funcionários públicos, federais e estatutários, bem como aos seus dependentes, com a amplitude que as condições locais e os recursos próprios permitirem e na forma das respectivas legislações (...).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde,

as Conferências de Saúde se iniciaram há 70 anos cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. A obrigatoriedade da realização das conferências de Saúde foi mantida em 1990, quando a lei n 8.142 as consagrou como instancias colegiadas de representantes dos vários segmentos, sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011, *on-line*).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) aconteceu em 1941, seguida em 1950 da 2ª e em 1963 da 3ª Conferência. Durante o regime militar aconteceram as demais Conferências, 4ª em 1967, 5ª em 1975, 6ª em 1977 e 7ª em 1980.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁹ é marcada pela participação de atores estratégicos para a temática como representantes dos movimentos sociais, profissionais da saúde e gestores. Contou com quase cinco mil pessoas, entre delegados e observadores, que discutiram a saúde em 98 grupos de trabalho, durante cinco dias. O tema da Conferência foi “Saúde como direito de cidadania – políticas sociais e econômicas abrangentes”. Três macros temas reuniram os grupos: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do setor. Um dos grandes momentos da conferência foi o consenso obtido em torno da criação

¹⁹ Disponível em URL: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/> Acesso em: 30 de março de 2015.

do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds), que depois se transformaria no SUS. A interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população foram outras importantes definições feitas pela CNS. A principal bandeira foi a reivindicação de um sistema único de saúde público e de qualidade, controlado pela sociedade e pelos Conselhos e ofertado com equidade. O Relatório final da 8ª Conferência inspirou, posteriormente, o capítulo Saúde da Constituição de 1988 (PAIM, 2009).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelos princípios doutrinários da universalidade dos serviços; da equidade na assistência à saúde e da integralidade da assistência. Segundo o artigo 196, do Título 8 da Ordem Social, do Capítulo II – Seção II, da Saúde, da CF/88:

A saúde é o 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 universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, Artigo 196, 1988).

Dessa forma o SUS substitui o modelo contributivo de seguro social para um conceito de saúde como direito de todos, independentemente da raça, da cor, religião, situação de renda, situação de emprego, etc. (universalização); assegura a todos os indivíduos os mesmos direitos, sem preconceitos ou privilégios (equidade na assistência à saúde) e adota um modelo de assistência integral, onde as ações de promoção da saúde, prevenção e cura não são fragmentadas ou segmentadas, mas indivisíveis (integralidade da assistência).

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 aprovada pelo Congresso institui as condições, a organização e o funcionamento do Sistema. O artigo 4 dispõe que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” e ainda o § 2º que destaca que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

Dado o complexo cenário das questões de saúde pública, o SUS é regido por princípios organizativos que visam estruturar os serviços por níveis de atenção (princípio de hierarquização); distribuí-los regionalmente (princípio da regionalização);

redistribuindo as responsabilidades das ações e serviços entre as três esferas de governo (princípio da descentralização) e, finalmente, busca assegurar o direito da sociedade de participar das gestões públicas em geral e de saúde (princípio de participação social).

Embora tenha sido aprovado todo o quadro normativo relativo à implantação e implementação do SUS, os recursos destinados à política por parte do governo federal eram insuficientes para uma atuação efetiva em saúde por parte dos estados e municípios. Como estratégia para esta problemática o SUS adotou um conjunto de Portarias, chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOB)²⁰ que visavam regularizar a descentralização de recursos financeiros da União para os estados e municípios, planejar as ações, dentre outras (PAIM, 2009).

Sucessivamente adotou-se como alternativa econômica exclusiva para financiar a saúde a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que passou a vigorar em 1997. Tais recursos acabaram não resolvendo o problema da saúde, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, além de inúmeras denúncias de desvios por parte do governo (POLIGNANO, 2001).

Ainda segundo Polignano (2001, p. 28),

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.

Diante do cenário exposto o governo editou a NOB-SUS 01/96²¹ propondo o enquadramento dos municípios nos novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal²² (POLIGNANO, 2001). E ainda, como

²⁰ Ver: NOB-91; NOB-93; NOB-96; Noas-2000 e Noas-2002.

²¹ Para o maior aprofundamento da temática ver: NOB-SUS/96, Disponível em: <http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/norma-operacional-b%C3%A1sica-do-sistema-%C3%BAnico-de-sa%C3%BAdenob-sus-96> Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

²² Ver o quadro NOB/96 em Anexo 1.

estratégia para as problemáticas enfrentadas, o governo adotou uma série de políticas vinculadas aos diferentes ministérios²³.

Na continuidade dos esforços pela descentralização do SUS, em 2006 as NOBs foram incorporadas ao chamado *Pacto pela Saúde*, propondo ações e a redefinição das atribuições dos municípios, estados e união (PAIM, 2009).

De acordo com Menicucci (2011, p. 525 e 526),

O Pacto é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e tem três componentes: o Pacto pela Vida, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitários considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; o Pacto em Defesa do SUS, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; o Pacto de Gestão do SUS, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão - entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Ainda segundo Menicucci (2011, p. 526),

(...) as transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos.

²³ Segurança alimentar e nutricional, tendo como objetivo central o combate à fome - coordenada pelo Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar; Promoção da igualdade racial: combate ao racismo e às iniquidades raciais – coordenada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir; Promoção da igualdade de gênero - impulsionada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Desenvolvimento urbano, para assegurar oportunidades de acesso à moradia digna, à terra urbanizada, à água potável, ao ambiente saudável e à mobilidade sustentável com segurança no trânsito – coordenada pelo Ministério das Cidades e Racionalização de recursos públicos por meio, por exemplo, da unificação dos programas de transferência direta e condicionada de renda.

Outra questão relacionada às mudanças ocorridas nesse período, também apontada por Menicucci (2011, p.527), “foi a vinculação de saúde com desenvolvimento, transcendendo a discussão das políticas de saúde para além da atenção à saúde e inserindo a saúde como um dos pilares do crescimento industrial”.

A partir de 2006 observa-se um significativo avanço na implantação e/ou implementação de políticas e ações voltadas para a promoção e garantia da saúde, entre elas:

O Programa Mais Saúde; o reforço da atenção básica por meio da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), da qualificação dos profissionais de nível superior do PSF, do Brasil Sorridente e do trabalho de agentes comunitários de saúde (...). Destacam-se ainda o Programa Saúde na Escola (PSE); o tratamento da hipertensão e do diabetes; o planejamento familiar; a ampliação do acesso a serviços especializados; ações de investimento em infraestrutura, duplicação da cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); implantação de complexos reguladores, com finalidade de melhorar o acesso a internações; implantação de novas formas de compra de serviços (...). Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das Equipes de Saúde da Família (ESF) (...). Na área da saúde bucal, foram acrescentadas 2569 equipes de Saúde Bucal para atenção básica e instalados 176 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (MENICUCCI, 2011, p.527).

Outra iniciativa de destaque foi a criação, em 2013, do Programa Mais Médicos (PMM) que, segundo o Ministério da Saúde,

faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais (BRASIL, s/d)²⁴.

Para além da atuação na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social o Programa contempla os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e segundo o MS, garantindo mais médicos para o Brasil e mais saúde para a população. A iniciativa prevê também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil.

²⁴ Ministério da Saúde. Disponível em URL: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em: 30 de maio de 2015.

2.2. Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica: conceitos e reflexões no contexto brasileiro

A compreensão dos termos Atenção Primária a Saúde (APS) e Atenção Básica é bastante ampla e diversificada, sobretudo, no contexto brasileiro.

Um dos marcos referenciais na matéria foi o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, que apresenta o termo Atenção Primária à Saúde numa perspectiva “sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida” (LAVRAS, 2011, s/p). Ainda segundo Lavras (2011), o Relatório influenciou a criação do Sistema Nacional de Saúde britânico em 1948 e, posteriormente, serviu de orientação para a reorganização dos sistemas de saúde em outros países do mundo. Os aspectos do Relatório são apresentados por Mendes (2007, p. 64):

Nele se diz que disponibilidade de serviços só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e dos profissionais de saúde. A medicina preventiva e curativa não podem ser separadas em virtude de nenhum princípio sólido, pois todos os planos de serviços devem ser estreitamente coordenados. Devem ser colocadas na esfera do médico generalista funções que abrangem as ações sobre o indivíduo e sobre a comunidade. O plano de serviços deve ser acessível a todas as classes da comunidade e abranger todos os serviços médicos necessários para a saúde da população. Os serviços para as famílias devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que nos casos difíceis se desfrute das vantagens das melhores técnicas disponíveis.

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde foi elaborada a Declaração de Alma-Ata²⁵ que destaca:

²⁵ A Conferência aconteceu em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, ex-República Socialista Soviética.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

A Conferência de Alma Ata é considerada um marco referencial uma vez que influenciou os posteriores debates sobre as políticas de saúde no mundo e suas direções, além de ter reafirmado a saúde como direito humano fundamental (GIL, 2006).

A questão da saúde já era, naquela época, uma temática complexa para muitos países, que apresentavam dificuldades estruturais e financeiras de investimento e de manutenção de políticas e estratégias de saúde. Este cenário resultou na necessidade de uma reorganização setorial que abarcou mudanças voltadas para uma melhor alocação, racionalização e emprego dos recursos, bem como para a revisão do modelo assistencial praticado até então (GIL, 2006).

Passados dez anos da Declaração de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS), diante das desigualdades e injustiças sociais e de saúde constatadas na maioria dos países do mundo, reafirmou o conjunto de princípios que constituem a Atenção Primária a Saúde preconizados pela Declaração, tendo em vista a construção de uma base da Atenção Primária dos serviços de saúde, que foram formalizados, anos mais tarde, com a Carta de Lubliana. De acordo com o documento, os sistemas de saúde deveriam ser:

1. **Submetido a valores:** dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional.
2. **Orientado para a saúde:** objectivos claros de ganhos de saúde; a protecção e promoção da saúde deve ser um objectivo principal da sociedade no seu conjunto.
3. **Centrado nas pessoas:** dirige-se às necessidades dos cidadãos e tem em conta as suas expectativas em saúde e em cuidados de saúde

expressas por um processo democrático. Tem de assegurar que a voz e a escolha dos cidadãos influenciem decisivamente o modo segundo o qual os serviços de saúde estão planeados e actuam. Os cidadãos devem também partilhar responsabilidades pela sua própria saúde.

4. **Dirigido para a qualidade:** a qualidade dos cuidados de saúde prestados deve melhorar constantemente incluindo a relação custo/eficácia.

5. **Correctamente financiado:** o financiamento deve permitir oferecer cuidados a todos os cidadãos de forma sustentável, com cobertura universal e acesso equitativo de todos aos cuidados necessários. Os recursos para a saúde têm de ser usados com eficiência. O governo deve ter um papel crucial na regulação do sistema de financiamento dos sistemas de cuidados de saúde para garantir a solidariedade.

6. **Orientado para os cuidados de saúde primários:** o sistema deve conseguir que os serviços de saúde, a todos os níveis, protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem doenças, reabilitem doentes e acompanhem os doentes terminais. Devem reforçar a participação do doente no processo de decisão e promover a continuidade de cuidados nos seus meios culturais específicos. (OMS, Carta Lubliana, 1996).

No âmbito conceitual, de maneira sintetizada, pode-se afirmar a existência de diversas concepções e denominações²⁶ que designam a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo identificada como uma estratégia de organização da atenção à saúde que tem como objetivo atender de forma integrada à maior parte das necessidades de saúde de uma população.

Starfield (2002, p. 28) define APS com base na definição da OMS, de 1978. Para a autora,

A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; [...]. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, [...], aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os

²⁶ Embora existam diferentes interpretações e conceitos de APS, justificadas por sua trajetória histórica, pelo contexto em que foi delineado, como se deu a sua evolução, dentre outros, este estudo se limitará a apresentar considerações conceituais gerais, se concentrando na utilização dos mesmos na trajetória brasileira. Segundo Gil (2006, p. 1177) essas interpretações variam de: (1) Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor saúde; (2) Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde e (3) Atenção Primária à Saúde como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade. Nos países do terceiro mundo, predomina a interpretação da Atenção Primária à Saúde como um programa específico para os marginalizados e excluídos e materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres.

recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde .

De acordo com Starfield (2002, p. 28) a APS é o ponto de primeiro contato, a porta de entrada acessível para um novo atendimento diante de um problema de saúde.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Para Starfield (2002, p. 61–63), a APS deve orientar-se pelos seguintes princípios ordenadores ou atributos essenciais: o *primeiro contato*, a *longitudinalidade*, a *integralidade* ou *abrangência*, e a *coordenação*. O *Primeiro Contato* implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela ESF é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato. A *Longitudinalidade* é o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde que consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. A *Integralidade* diz respeito às ações programadas para aquele serviço e qual a sua adequação às necessidades da população. E a *Coordenação*, que relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário (STARFIELD, 2002 e SAMPAIO, 2003).

Ainda segundo Starfield (2001) *apud* BRASIL (2010), desses princípios devem-se considerar três aspectos adicionais ou atributos derivados: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária. A centralização na família, espaço singular, diz respeito ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas. A competência cultural remete a capacidade de reconhecer a diversidade de características e necessidades das várias populações que apresentam peculiaridades culturais. A orientação comunitária se refere ao entendimento de que as necessidades estão relacionadas ao contexto social, e reconhecê-las pressupõe o conhecimento do contexto físico, econômico e cultural.

Em um estudo realizado por Gil (2006), no contexto brasileiro é possível verificar, a partir do referencial teórico e institucional disponível, que para alguns pensadores os conceitos de APS e AB são considerados sinônimos e tratados em um viés assistencial e de unidades locais, enquanto para outros pensadores a APS é considerada como “serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento” (GIL, 2006, p. 1173).

No Brasil, várias foram as tentativas de organizar a Atenção Primária à Saúde (APS), desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 20 até a atualidade. Dentre estas tentativas pode-se destacar na década de 60 a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), após a extinção de contrato internacional que a mantinha desde 1942 e a expansão dos Centros de Saúde ligados às Secretarias de Estado da Saúde. Os Centros de Saúde passaram a atuar no desenvolvimento de serviços de saúde pública, como por exemplo, educação sanitária e enfrentamento das grandes endemias e na atenção materno-infantil (LAVRAS, 2011).

Ainda, no final da década de 70 e início da década de 80 foram verificadas as primeiras experiências no Brasil de implantação de serviços municipais de saúde, inspirados nos preceitos da Declaração de Alma Ata, dentre elas destacam-se as experiências de medicina comunitária que marcaram o início da participação dos municípios no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Tais experiências sofreram grande influência do movimento de reforma sanitária daquela década e contaram com o apoio das universidades.

Dessa forma, no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde era considerada o referencial norteador das políticas em saúde, sobretudo no que diz respeito à organização dos serviços e na revisão do modelo assistencial vigente. Com o decorrer do tempo e com o desenvolvimento do SUS a utilização da APS como referencial norteador passa a perder, gradativamente, sua potência sendo, cada vez mais, substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde.

Assim, passados vinte anos da Declaração de Alma Ata surge o conceito de Atenção Básica. Como destaca Gil (2006, p. 1179),

o conceito emerge em um contexto de importantes ajustes econômicos, inclusive permeados por políticas de redução do papel do Estado (Estado Mínimo) que caracterizaram a década de 1990 e, apesar disso, parece ter sido mais facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde. Inferimos que a explicação disso reside na própria trajetória de construção do SUS, que, ao longo de sua história veio formulando instrumentos e normas para orientar a descentralização e organização do sistema, como as NOB, o PAB, as formas de habilitação do sistema etc. Esta aprendizagem institucional intensificou-se durante as negociações em torno da NOB-96, ressaltando que é a partir daí que se observa sua incorporação nos documentos oficiais do MS, Relatórios das Conferências e mesmo nos artigos pesquisados, demonstrando certa preferência por esse conceito.

Nesta perspectiva, a partir dos anos 90, foram criados os Programas: de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família²⁷ (PSF), que apresentavam diferentes objetivos dentre eles o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde e a criação de vínculo com a população, favorecendo o acesso aos serviços de saúde. Estas ações unidas aos incentivos financeiros específicos repassados aos municípios²⁸ resultaram na intensificação do referencial da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal.

Esta nova compreensão é o que Gil (2006) chama de “superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais” (GIL, 2006, p. 1171).

Há experiências municipais que fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição.

No estudo realizado por Gil (2006, p. 1173) de revisão dos principais documentos normativos do SUS somente na NOB-96 são citados os primeiros aspectos de mudança de modelo.

Na NOB-93 e nas Leis Orgânicas não há indicativos sobre modelos de atenção à saúde e não foram encontradas referências sobre ações

²⁷ Atualmente denominado Estratégia de Saúde de Família, o PSF foi implantado no Brasil em 1994, pelo Ministério da Saúde, inspirado na experiência cubana de médico de família, e implantado, inicialmente, no município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro. O Programa tinha como objetivo rever o modelo assistencial vigente, baseado em um atendimento de emergência, em sua grande parte, praticado em grandes hospitais. O Programa visava considerar a família como o foco da atenção, de modo a poder compreender de maneira mais clara o processo saúde/doença. Dessa forma, as ações foram ampliadas, passando a ser atuadas aquelas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Além disso, os serviços de saúde foram reorganizados.

²⁸ A exemplo o Piso da Atenção Básica.

específicas que deveriam estar asseguradas pelo SUS nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Explicitamente citadas estão as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição e saneamento básico. Da mesma forma, não se observa qualquer recomendação sobre organização dos cuidados primários ou serviços básicos de saúde como responsabilidade do primeiro nível de assistência.

Já no âmbito das discussões ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde, Gil (2006) destacou que “nas duas últimas²⁹ a discussão sobre o modelo assistencial esteve mais presente e, em ambas, na perspectiva da Atenção Básica” (GIL, 2006, p.1173).

Em 2006, a Portaria 648/GM³⁰ de 28 de março que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, explicitando em seu texto os pressupostos que fundamentam essa estratégia quando diz que,

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica, Capítulo I, Da Atenção Básica, 1 - Dos Princípios Gerais)

²⁹ Realizadas nos anos de 2000 e 2003.

³⁰ Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011. Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html Acesso em: 23 de abril de 2015.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, do Ministério da Saúde/2012 – PNAB³¹ a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Segundo o Portal da Saúde/SUS, ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

Ressalta-se ainda que a PNAB (2012, p. 22) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos em seu documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

Pelo exposto, pode-se dizer que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e objetiva a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, além da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas perspectivas de uma vida saudável.

Entretanto, diante dos avanços percebidos na organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, faz-se necessário reconhecer a existência de grandes entraves que devem ser superados para que os propósitos explícitos na Política Nacional possam ser cumpridos e garantidos a todos os usuários.

³¹ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Disponível em URL: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php> Acesso em: 02 maio de 2015.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013, p. 162), um grande desafio do Sistema Único de Saúde,

é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades.

Dentre os desafios presentes no SUS hoje, deve-se também considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder, de forma adequada, às necessidades de saúde da população brasileira.

De acordo com Pinheiro et al (2002) *apud* Pinheiro e Mattos (2006, p.23) é possível perceber,

a importância da descentralização, universalidade e integralidade da atenção como uma tríade de princípios que expressam o processo de consolidação das conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania. Novos atores foram incorporados ao cenário nacional e, com a universalidade do acesso, estes vêm possibilitando o surgimento de experiências centradas na integralidade da atenção.

É possível perceber inúmeras mudanças ocorridas no sistema de saúde em relação a descentralização, ao acesso e ao controle social, mesmo reconhecendo as incontáveis limitações que dificultam o acesso universal, pois, atualmente não existem mais barreiras formais, como as que limitavam o acesso apenas aos indivíduos que contribuía para a previdência social. Entretanto, o país ainda apresenta diversos obstáculos que impedem a efetivação do direito à saúde.

No que se refere à integralidade, as mudanças não são tão evidentes como as relacionadas anteriormente. Segundo Mattos (2004, p.1412), “dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas”.

Contudo, para além da luta do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, quando necessários, a todos os seus níveis de atenção, faz-se urgente sair em defesa de uma articulação entre as ações de prevenção e de assistência, de modo a ter uma compreensão ampliada a respeito das necessidades de saúde da população.

Ainda de acordo com Mattos (2004, p. 1414),

(...) defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica.

Dessa forma, a perspectiva da integralidade, deve ser construída no diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários desses serviços. E, qualquer pessoa que buscar o serviço de saúde, deve sair dele com uma resposta concreta.

Nessa perspectiva, as propostas de acolhimento, a necessidade de uma escuta atenta dos profissionais dos serviços de saúde, as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos dos usuários nos serviços, a clínica ampliada, entre outras, são ferramentas importantes na busca de garantir, no cotidiano, a integralidade nas ações e serviços de saúde.

2.3. A Integralidade nas ações e serviços de saúde

Como dito anteriormente, acredita-se que a construção da integralidade da assistência em saúde representa um dos grandes desafios no processo de implementação do SUS. De acordo com a Lei 8.080, de 1990, a integralidade se configura em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (PINHEIRO, 2009, p. 256).

De acordo com Mattos (2006, p.44), pode-se identificar três conjuntos de sentidos para integralidade. O primeiro sentido seria, *a integralidade como um traço da boa medicina*. Para o autor, este conjunto de sentidos

(...) relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. Suas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. Além de fragmentária, aquela atitude freqüentemente adotada por médicos era vista como reducionista, pois o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.

Dessa forma, a integralidade como um traço da boa medicina, responderia ao sofrimento do paciente, que ao procurar o serviço de saúde teria um atendimento não reducionista ao seu sistema biológico, uma vez que a integralidade pressupõe um encontro ou acolhida onde a atitude do médico, por meio da conversa, busca identificar demandas relacionadas à saúde não se limitando somente àquelas explícitas. Nesse conjunto de sentidos, há também a preocupação do profissional com o uso das técnicas de prevenção, de modo a criar um comportamento adequado do consumo de bens e serviços de saúde.

O segundo conjunto de sentidos para integralidade, segundo Mattos (2006, p.52), é *a integralidade como modo de organizar as práticas*. Para ele, este conjunto de sentidos está relacionado

mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. A criação, na década de setenta, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), consolidou uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica — a primeira era pensada como sendo da alçada do Ministério da Saúde, enquanto a segunda ficava na alçada do Ministério da Previdência Social. Uma das razões para tal dissociação era o reconhecimento de que as necessidades das práticas de saúde pública e das práticas assistenciais eram bastante distintas. As últimas eram demandadas diretamente pela população, enquanto as primeiras eram apreendidas inicialmente pelos técnicos. Do ponto de vista da formulação de políticas e propostas de ação, parecia aos defensores do antigo SNS que seria melhor dispor de um corpo de técnicos diferenciado para tratar de cada um desses tipos de necessidade de serviços de saúde. Assim, os técnicos da Previdência deveriam processar a demanda por atendimento médico, buscando viabilizar seu atendimento. Já os técnicos do Ministério da Saúde deveriam identificar aquelas necessidades mais típicas da saúde pública, não diretamente demandadas pela população, e organizar propostas de intervenção. Estas, seguindo uma tradição secular, eram pensadas de modo centralizado: isto é, os técnicos do Ministério da Saúde definiam as estratégias de enfrentamento de um problema de saúde pública e elaboravam normas sobre as atividades que deveriam ser empreendidas. Tais atividades eram executadas em serviços de saúde pública, e não no conjunto de serviços públicos de saúde.

Nesse segundo conjunto de sentidos para integralidade, seria necessária, como afirma Pinheiro (2009, p. 256), “uma certa ‘horizontalização’ dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.” Dessa forma, a articulação entre a demanda programada e a demanda espontânea, seria uma estratégia para se aplicar protocolos de diagnóstico e identificar situações de risco para a saúde, além de possibilitar o desenvolvimento de atividades coletivas de saúde junto à comunidade.

O terceiro conjunto de sentidos de acordo com Mattos (2006, p.57) é, *a integralidade e políticas especiais*, que destaca que o mesmo

(...) é relativo às configurações de certas políticas específicas, chamadas aqui de políticas especiais. São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Poderíamos falar que esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos.

Nesse processo, a integralidade é constituída como ato em saúde, no dia a dia, vivenciado pelos sujeitos atores (profissionais e gestores) nos serviços de saúde. Diante desta concepção é possível destacar experiências de práticas em saúde transformadoras na vida das pessoas que buscam cuidados. Tais práticas criativas e eficientes de cuidado em saúde, construídas por iniciativas municipais e estaduais, ultrapassam os modelos pensados para sua efetivação.

Tais experiências favorecem o repensar no que diz respeito aos processos de trabalho, da gestão, do planejamento, além de propiciar a construção de novos saberes e práticas em saúde. Dessa forma, as experiências de integralidade apresentam conceitos, definições e noções numa perspectiva mais ampliada em relação a definição legal, podendo ser reconhecida como uma ação social, resultado da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Segundo Pinheiro (2009, p. 258), a integralidade pode ser reconhecida como meio de concretizar o direito à saúde e a considera fundamental:

eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade.

Para a autora, os dois movimentos citados anteriormente, constituem as principais ligações da integralidade como meio de concretizar o direito à saúde da população, do qual surgem questões consideradas importantes para sua apropriação conceitual e prática no campo da saúde coletiva.

Ainda segundo Pinheiro (2009, p. 259), é necessário ter atenção para três dimensões que constituem a integralidade como meio para efetivar o direito à saúde: “a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população”.

Outro aspecto a ser considerado, segundo Pinheiro (2009), é a integralidade produtora da cidadania do cuidado. Este aspecto da integralidade refere-se ao “ato de cuidar integral que tem as práticas de saúde como eixos políticos-organizativos,

formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS” (PINHEIRO, 2009, p. 260).

Na integralidade o usuário é considerado como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. A percepção da integralidade se dá por meio da resolução das demandas do trabalho, da equipe e dos serviços de saúde, que acontece com a realização de discussões permanentes, de capacitações, com a utilização de protocolos e reorganização dos serviços. Como exemplo, é possível destacar o acolhimento ao usuário baseado no compartilhamento da gestão do cuidado que acontece por meio da participação do usuário nas decisões sobre a saúde que se deseja obter. O acolhimento é visto, segundo Pinheiro (2009) como a estratégia para sondar processos intermediários que constroem relações nas práticas de saúde. Ele busca a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, além de reconhecer que, sem o acolhimento e vínculo, não há responsabilização (FRANCO *et. al*, 1999 *apud* PINHEIRO, 2009). Pode-se dizer então, sobre a concepção da integralidade como uma construção coletiva, que se constitui no “espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2009, p.262).

Ao refletir sobre a luta pela equidade e pela integralidade, Cecílio (2006, p. 113), também afirma a necessidade de repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde. O autor faz suas análises a partir das necessidades de saúde. Tais necessidades seriam o centro de intervenções e práticas, e ajudariam, potencialmente, os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazer uma melhor escuta daqueles que buscam cuidados em saúde. Ainda segundo o autor, o desafio seria conseguirmos fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos.

Cecilio (2006) trabalha com a ideia de que “as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos de necessidades” (CECILIO e MATSUMOTO, 1999 *apud* CECILIO, 2006, p. 114).

Ele afirma que o primeiro conjunto, diz respeito a se ter “*boas condições de vida*”, como o ambiente, que determina o processo saúde/doença; como também os diferentes lugares ocupados pelos homens e mulheres no processo produtivo nas

sociedades capitalistas, que explicam bem sobre os modos de adoecimento e morte dos mesmos. Além de aspectos como o acesso à água tratada, as condições de moradia e aos hábitos pessoais.

O segundo conjunto de necessidades de saúde que constitui a taxonomia destaca a necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde³² capaz de melhorar e prolongar a vida.

Considerando os conceitos de tecnologias duras³³, leve-duras³⁴ e leves³⁵ (MERHY, 1997, p.16), aqui é preciso abandonar qualquer intensão de hierarquizar estas tecnologias.

³² Para Emerson Elias Merhy e Laura Camargo Macruz Feuerwerkerno, no encontro entre o médico e o usuário, este profissional de saúde utiliza “caixas de tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja. Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf> Acesso em: 22 junho de 2015.

³³ De acordo com Emerson Elias Merhy e Laura Camargo Macruz Feuerwerkerno (1997), a primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores. A essas chamamos tecnologias duras. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf> Acesso em: 22 junho de 2015.

³⁴ Segundo os mesmos autores, a segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do médico sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia (trabalho morto, pois produzido anteriormente), mas no momento concreto do agir do médico, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (imprevisto, singular), há uma mediação imposta - pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico do médico. Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). Às tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf> Acesso em: 22 junho de 2015.

³⁵ Para os autores citados anteriormente, a terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre médico e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves. Disponível em URL: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf> Acesso em: 22 junho de 2015.

Cecilio (2006, p. 115) trabalha ainda “com a ideia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive”.

Ele aponta ainda para um terceiro conjunto de necessidades que diz respeito “à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto ‘sistema’ de saúde para o usuário” (CECILIO, 2006, p. 115). De acordo com o autor, vínculo enquanto referência e relação de confiança, o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível.

O quarto conjunto de necessidades está relacionado “à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida” (CECILIO, 2001, p. 115). Para que o indivíduo construa essa autonomia, é necessária informação e educação em saúde. Dessa forma, cada sujeito reconstrói os sentidos de sua própria vida, favorecendo mudanças na busca da satisfação de suas necessidades.

Nessa perspectiva, segundo Pinheiro e Luz (2003) *apud* Viana (2012, p. 34),

vale ressaltar que a integralidade se consolida a partir da organização dos processos de trabalho e depende de outros fatores para sua materialização, tais como, a criação de vínculos entre usuários e trabalhadores e a construção da autonomia da pessoa que busca o serviço de saúde para o atendimento de suas demandas e a satisfação de suas necessidades.

Pelo exposto, pode-se afirmar que a integralidade deve ser o resultado da articulação das ações e serviços de saúde e deve ser concebida no espaço singular do mesmo, a partir do diálogo e da ação de cada profissional de saúde e de seus usuários.

Ressalta-se que a integralidade deve ser reconhecida como um princípio de organização das redes de cuidado, a partir da atenção básica, da assistência à saúde e da relação entre o trabalho na Unidade e os demais níveis do Sistema.

2.4. Considerações sobre o Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído pela Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013, assinada pela Presidenta Dilma Rousseff e regulamentado por portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. Tal medida foi convertida na Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos, alterando as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981.

O PMM integra o Pacto Nacional pela Saúde e objetiva a melhoria do atendimento aos usuários do SUS, tendo como metas prioritárias “Mais hospitais e unidades de saúde, Mais Médicos e Mais Formação” (BRASIL, 2013).

No que se refere à meta Mais Hospitais, o Ministério da Saúde aponta para a necessidade de não centralizar a saúde somente nos profissionais e, segundo o governo, investiram-se R\$ 12,9 bilhões até 2014 em infraestrutura dos hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA)³⁶. “Deste montante, R\$ 7,4 bilhões já vem sendo destinados a obras e equipamentos de 818 hospitais; 877 UPA e 16 mil Unidades Básicas” (BRASIL, 2013). Além disso, investe-se na compra de equipamentos para 5 mil unidades; R\$ 3,2 bilhões para obras em 818 hospitais e aquisição de equipamentos para 2,5 mil hospitais (BRASIL, 2013).

No que se refere à meta Mais Médicos, os dados do documento Pacto Nacional pela Saúde (BRASIL, 2013) apontam que o Brasil possui hoje 1,8 médicos por 1.000 habitantes. Este índice é menor do que em outros países, como a Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4). Além da carência dos profissionais, o Brasil sofre com uma distribuição desigual de médicos nas regiões, sendo que 22

³⁶ Todos os dados referentes ao Programa são do Ministério da Saúde, portanto, optou-se por apresentar os dados registrados no Portal da Transparência, na pesquisa “Recursos em âmbito nacional por Programa”, onde encontra-se o Programa 2015: Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele observam-se as seguintes ações orçamentárias, relativas ao exercício de 2015. Ação 12L4 (Função Saúde e Subfunção Assistência hospitalar e ambulatorial): *Implantação, construção e ampliação de UPAS*, destinados R\$ 107.020.543,50 para os estados BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MT, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RS, SP e TO. Ação 12L5 (Função Saúde e Subfunção Atenção Básica): *Construção e ampliação de UBS*, destinados R\$ 25.397.762,33 para os estados AC, AL, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MT, PA, PB, PR, PE, PI, RJ, RN, RS, SC, SP, SE e TO. Ação 6146 (Função Saúde e Subfunção Desenvolvimento Científico): *Pesquisa em Saúde e Novas Tecnologias para o SUS*, destinados R\$ 7.842.760,00 para os estados AL, AM, DF, MS, MG, PA e PR. Ação 8628 (Função Saúde e Subfunção Ensino Superior): *Apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação strictu e latu senso em áreas estratégicas para o SUS*, destinados R\$ 3.140.469,94 para os estados MG, PR, PE e PI. Ação 20XD (Função Saúde e Subfunção Formação de Recursos Humanos): *Educação, formação e saúde*, destinados R\$ 16.952.507,33 para os estados MA, BA, CE, DF, ES, MT, MG, PR, PE, PI, RS, RO, SC e SP.

estados estão abaixo da média nacional. Acre, Amapá, Maranhão, Pará e Piauí possuem menos de um médico por mil habitantes. Além disso, 700 municípios não contam com nenhum médico com residência.

O documento *Estudantes de Medicina e Médicos do Brasil: Números Atuais e Projeções*, Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras, Relatório I (BRASIL, 2013) apresenta uma série de dados: o número e a distribuição dos médicos no Brasil; a pirâmide etária dos médicos brasileiros; os cursos e estudantes de medicina; a projeção do número de médicos, entre outros.

No que concerne o número e a distribuição de médicos no Brasil, o documento destaca a dificuldade em apontar um número exato de médicos em atividade no país. Para a compreensão deste cenário, seguem as Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5.

Tabela 1 – População brasileira e dos estados (Censo de 2010), número de médicos inscritos no CFM e relação médicos/1000 habitantes

| Estado | População (Censo de 2010) | Médicos ativos (CFM) | Médicos/ 1000 habitantes |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Acre | 732.793 | 699 | 0,95 |
| Alagoas | 3.120.922 | 3.742 | 1,20 |
| Amapá | 668.689 | 511 | 0,76 |
| Amazonas | 3.480.937 | 3.858 | 1,11 |
| Bahia | 14.021.432 | 16.505 | 1,18 |
| Ceará | 8.448.055 | 9.496 | 1,12 |
| Distrito Federal | 2.562.963 | 9.648 | 3,76 |
| Espírito Santo | 3.512.672 | 7.301 | 2,08 |
| Goiás | 6.004.045 | 9.135 | 1,52 |
| Maranhão | 6.569.683 | 3.897 | 0,59 |
| Mato Grosso | 3.033.991 | 3.558 | 1,17 |
| Mato Grosso do Sul | 2.449.341 | 3.835 | 1,57 |
| Minas Gerais | 19.595.309 | 37.868 | 1,93 |
| Pará | 7.588.078 | 6.033 | 0,80 |
| Paraíba | 3.766.834 | 4.813 | 1,28 |
| Paraná | 10.439.601 | 18.706 | 1,79 |
| Pernambuco | 8.796.032 | 12.871 | 1,46 |
| Piauí | 3.119.015 | 3.114 | 1,00 |
| Rio de Janeiro | 15.993.583 | 57.041 | 3,57 |
| Rio Grande do Norte | 3.168.133 | 4.126 | 1,30 |
| Rio Grande do Sul | 10.695.532 | 25.138 | 2,35 |
| Rondônia | 1.560.501 | 1.686 | 1,08 |

| | | | |
|------------------------------|-------------|---------|------|
| Roraima | 451.227 | 555 | 1,23 |
| Santa Catarina | 6.249.682 | 11.029 | 1,76 |
| São Paulo | 41.252.160 | 105.871 | 2,57 |
| Sergipe | 2.068.031 | 2.743 | 1,33 |
| Tocantins | 1.383.453 | 1.509 | 1,09 |
| Brasil | 190.755.799 | 365.288 | 1,92 |
| Brasil (médicos até 70 anos) | 190.755.799 | 339.057 | 1,77 |

Fonte: Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções, projeto avaliação das escolas médicas brasileiras - Relatório I – 2013, p. 25.

Tabela 2 – Estados brasileiros com a menor relação médicos/1000 habitantes

| Estado | População (Censo de 2010) | Médicos ativos (CFM) | Médicos/ 1000 habitantes |
|---------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Maranhão | 6.569.683 | 3.897 | 0,59 |
| Amapá | 668.689 | 511 | 0,76 |
| Pará | 7.588.078 | 6.033 | 0,80 |
| Acre | 732.793 | 699 | 0,95 |
| Piauí | 3.119.015 | 3.114 | 1,00 |
| Rondônia | 1.560.501 | 1.686 | 1,08 |
| Tocantins | 1.383.453 | 1.509 | 1,09 |
| Amazonas | 3.480.937 | 3.858 | 1,11 |
| Ceará | 8.448.055 | 9.496 | 1,12 |
| Mato Grosso | 3.033.991 | 3.558 | 1,17 |

Fonte: Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções, projeto avaliação das escolas médicas brasileiras - Relatório I – 2013, p. 26.

Tabela 3 – Estados brasileiros com a maior relação médicos/1000 habitantes

| Estado | População (Censo de 2010) | Médicos ativos (CFM) | Médicos/ 1000 habitantes |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Distrito Federal | 2.562.963 | 9.648 | 3,76 |
| Rio de Janeiro | 15.993.583 | 57.041 | 3,57 |
| São Paulo | 41.252.160 | 105.871 | 2,57 |
| Rio Grande do Sul | 10.695.532 | 25.138 | 2,35 |
| Espírito Santo | 3.512.672 | 7.301 | 2,08 |
| Minas Gerais | 19.595.309 | 37.868 | 1,93 |
| Paraná | 10.439.601 | 18.706 | 1,79 |
| Santa Catarina | 6.249.682 | 11.029 | 1,76 |
| Mato Grosso do Sul | 2.449.341 | 3.835 | 1,57 |
| Goiás | 6.004.045 | 9.135 | 1,52 |

Fonte: Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções, projeto avaliação das escolas médicas brasileiras - Relatório I – 2013, p. 26.

Tabela 4 – População das regiões brasileiras (Censo de 2010), número de médicos registrados no CFM e relação médicos/1000 habitantes

| Estado | População (Censo de 2010) | Médicos ativos (CFM) | Médicos/ 1000 habitantes |
|---------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Centro-Oeste | 14.050.340 | 26.176 | 1,86 |
| Nordeste | 53.078.137 | 61.307 | 1,16 |
| Norte | 15.865.678 | 14.851 | 0,94 |
| Sudeste | 80.353.724 | 208.081 | 2,59 |
| Sul | 27.384.815 | 54.873 | 2,00 |
| Total Geral | 190.732.694 | 365.288 | 1,92 |

Fonte: Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções, projeto avaliação das escolas médicas brasileiras - Relatório I – 2013, p. 26.

Tabela 5 – Relação médicos/1000 habitantes em alguns países

| País | Médicos/1000 habitantes |
|----------------|--------------------------------|
| Brasil | 1,72 |
| Portugal | 3,76 |
| Reino Unido | 2,74 |
| Polônia | 2,14 |
| Áustria | 4,75 |
| Bélgica | 2,99 |
| Bulgária | 3,64 |
| Suécia | 3,58 |
| Dinamarca | 3,42 |
| França | 3,50 |
| Alemanha | 3,53 |
| Grécia | 6,04 |
| Hungria | 3,10 |
| Itália | 4,24 |
| Uruguai | 3,74 |
| Argentina | 3,16 |
| Venezuela | 1,94 |
| Chile | 1,09 |
| Cuba | 6,04 |
| Estados Unidos | 2,67 |
| Canadá | 1,91 |
| México | 2,89 |

| | |
|-----------------|------|
| Egito | 2,83 |
| Israel | 3,63 |
| Coréia do Norte | 3,29 |
| Austrália | 2,99 |

Fonte: Estudantes de medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções, projeto avaliação das escolas médicas brasileiras - Relatório I – 2013, p. 27 - *apud* World Health Statistics 2011, publicado pela Organização Mundial da Saúde

De acordo com o documento acima citado, o número de médicos no Brasil não é suficiente para atender as demandas da população³⁷, tendo em vista a inexistência de desemprego para esta categoria e a criação exponencial de novos postos de trabalho.

Segundo as Tabelas 3 e 4 é possível observar uma disparidade na distribuição de médicos nos diferentes estados brasileiros, destacando Maranhão e Amapá com os menores índices. Já o Distrito Federal e Rio de Janeiro destacam-se como estados que possuem maior relação de médicos por número de habitantes, conforme mostra a Tabela 5.

No que diz respeito à análise das regiões geográficas brasileiras, a Tabela 6 mostra que as regiões Norte e Nordeste são aquelas que menos contam com médicos em atividade. De acordo com a Tabela 7 entre os países citados da América do Sul, o Brasil apresenta um dos menores índices de médicos por número de habitantes, na frente somente do Chile.

O PMM como resposta a esta meta, oferta vagas em regiões onde faltam médicos, prioritariamente a médicos de nacionalidade brasileira, interessados em atuar nessas regiões. Quando tais vagas não são preenchidas, o programa prevê a candidatura de médicos estrangeiros. Até o momento 14.462 médicos estão atuando na atenção básica pelo PMM, contemplando 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Desse total, 75% dos médicos estão em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semiárido nordestino, a periferia de grandes centros e regiões com população quilombola (BRASIL, 2014).

³⁷ De acordo com o mesmo documento, há no Brasil uma divergência entre gestores de diversos níveis da assistência à saúde e alguns representantes de entidades médicas, em especial, o Conselho Federal de Medicina (CFM) em relação a real necessidade de mais médicos no Brasil. Para os gestores da saúde o número de médicos existentes no Brasil é insuficiente para o atendimento às necessidades de saúde de nossa população e as do SUS. Entretanto, alguns líderes de entidades médicas afirmam que não há necessidade de mais médicos no Brasil. Segundo essas entidades, o problema seria o desequilíbrio na distribuição de médicos entre diferentes regiões do país, diferentes estados, capitais e interior, áreas centrais e periféricas das regiões metropolitanas e entre a área pública e a área suplementar da assistência à saúde (BRASIL, 2013, p.27).

No que diz respeito à meta Mais Formação, o PMM prevê uma série de medidas estruturantes para aprimorar a formação médica, entre elas uma mudança na formação dos estudantes de Medicina visa aproximar mais os novos médicos à realidade de saúde do país. O PMM prevê a abertura de 11,5 mil novas vagas nos cursos de graduação em medicina e cerca de 12 mil vagas para formação de especialistas até 2017 (BRASIL, 2013).

Dessa forma, as metas acima citadas do PMM representam uma estratégia de política atuante em três diferentes vertentes – buscando responder às demandas e problemáticas, no que diz respeito à infraestrutura, à ampliação do provimento e fixação de profissionais médicos em municípios do interior e zonas isoladas e à formação para o SUS.

Há menos de dois anos do lançamento do Programa Mais Médicos este é alvo de elogios por parte do governo e de muitos usuários do SUS e de muitas críticas, sobretudo, por parte de entidades médicas. Para o ministro da saúde Arthur Chioro, o PMM aumentou em 35% o número geral de consultas na atenção básica³⁸. O atendimento a pessoas com diabetes aumentou 45%³⁹. No mesmo período, os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial aumentaram 5%; as consultas de pré-natal, 11% e o encaminhamento de pacientes para hospitais diminuiu em 20%⁴⁰ (BRASIL, 2014).

Estima-se que o Brasil, por meio do PMM, atingirá o índice de 2,7 médicos por 1000 habitantes nos próximos 10 anos, aumentado para 600 mil o número de médicos no Brasil (BRASIL, 2014).

Entretanto, o Conselho Federal de Medicina se posiciona, desde o anúncio do PMM, de forma crítica, caracterizando-o como uma iniciativa com evidente intenção política, com objetivos eleitorais em detrimento de interesses sociais legítimos e relevantes. Em Nota, publicada no Portal Conselho Federal de Medicina, em 4 de setembro de 2014, os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, destacam os seguintes pontos:

- ausência de validação de diplomas dos intercambistas pelo Revalida e de comprovação da formação dos participantes com currículo e

³⁸ De acordo com estes dados foram 5.972.908 em janeiro de 2014, ante 4.428.112 em janeiro de 2013.

³⁹ De acordo com estes dados, passaram-se de 587.535 atendimentos em janeiro de 2013 para 849.751 em janeiro de 2014.

⁴⁰ De acordo com estes dados, o encaminhamento de pacientes para hospitais passou de 20.170 para 15.969.

carga horária compatíveis com a formação médica praticada no Brasil, o que coloca a população, especialmente a das regiões mais carentes, vulneráveis à ação de indivíduos sem o devido preparo e qualificação;

- ausência de transparência e de fiscalização relacionada ao convênio firmado pelo Governo com a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), cujas cláusulas e execução agridem a legislação trabalhista e os direitos humanos;
- falta de transparência sobre os locais de trabalho dos intercambistas e de acesso à relação de tutores e supervisores, informações às quais os CRMs – órgãos encarregados legalmente de fiscalizar as atividades – só têm tido acesso após ordem judicial por conta de recusa do Governo.

Sobre os pontos acima destacados pelos Conselhos de Medicina o governo federal apresentou a Lei nº 12.871⁴¹, de 22 de outubro de 2013, que esclarece através do Cap.IV, Art.16 ao determinar que,

(...) o médico e intercambista exercerá a medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do Art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Com relação ao ponto destacado pelo Conselhos de Medicina sobre a ausência de transparência e de fiscalização relacionada ao convênio firmado pelo Governo com a Opas, ressalta-se que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁴² é um organismo internacional de saúde pública com mais de um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde nos países das Américas. Seus projetos de cooperação com os países são implementados observando o cumprimento dos marcos legais e as normas internacionais, de forma transparente e com processos administrativos e financeiros rigorosos em todos os casos.

De acordo com o órgão, a mobilização de profissionais cubanos para o programa Mais Médicos foi feita de acordo com as normas éticas e administrativas da OPAS, contemplando as recomendações do Código de práticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a contratação internacional de pessoal sanitário.

⁴¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acesso em: 08 de agosto de 2015.

⁴² Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827 Acesso em: agosto de 2015.

Os médicos cubanos que estão trabalhando no Brasil são profissionais experientes com mais de 10 anos de prática clínica em sua maioria, experiência internacional em uma ou mais missões e especialização em saúde da família. Cada um deles assinou um contrato com a empresa cubana que apoia a cooperação internacional desse país, tendo assegurados os direitos trabalhistas previstos na legislação cubana, como salários, benefícios sociais e férias anuais ao país, entre outros.

No artigo publicado em março de 2014 por GARCIA, na revista de Economia Aplicada, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, intitulado *Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de seu Sucesso*, foram apresentados alguns aspectos sobre os objetivos do Programa e discutidas as possibilidades de sucesso do mesmo. O estudo levou em consideração a inserção dos médicos em regiões prioritárias para o SUS; as políticas educacionais nos cursos de medicina e o estímulo à pesquisa aplicada.

Foram apresentados os elementos relativos às duas frentes: a participação dos municípios no Programa e a participação dos médicos no Programa. No que diz respeito à participação dos municípios, observou-se uma grande adesão dos mesmos ao Programa. Dos 5.570 municípios brasileiros, 3.548 se inscreveram no PMM. Apesar deste alto número, somente 687 municípios receberam médicos pelo Programa, segundo o estudo. No que diz respeito à participação dos médicos, o artigo apontou os critérios que devem ser observados relativos à formação; limite de prazo de participação; escolha das regiões de trabalho; desempate e faixas salariais.

O estudo concluiu que a adesão dos municípios ao Programa, embora tenha sido alta, não dependa da avaliação da necessidade dos mesmos, mas dos critérios e perfis estabelecidos pelo PMM, já sobre a participação dos médicos, o estudo aponta que, de fato, as decisões dos médicos levam em consideração dois aspectos fundamentais: as características socioeconômicas dos municípios e o incentivo financeiro proposto aos profissionais.

2.5. Estudo de Caso: Unidade Básica de Saúde Samambaia

A escolha pelo município de Juatuba/MG para a realização da pesquisa de campo foi fundamentada, primeiramente, pela sua participação no Programa Mais Médicos em 2013.

Outro aspecto considerado é a proximidade do município em relação à cidade de residência da pesquisadora (Betim/MG).

2.5.1. Aspectos socioeconômicos do Estado de Minas Gerais

Localizado na Região Sudeste do Brasil, o estado de Minas Gerais (MG) é a maior Unidade Federativa (UF) da região, com 586.519,727 km². Conforme Censo realizado em 2010⁴³ pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado é o segundo estado mais populoso do país, com 19.597.330 habitantes, correspondendo à densidade demográfica de 33,41hab/ km². A população mineira corresponde a aproximadamente 10,2% do contingente populacional brasileiro. Apresenta crescimento demográfico de 0,91% ao ano e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 19.573 de reais. De acordo com os dados disponibilizados no site da Fundação João Pinheiro⁴⁴, o PIB em 2011 foi de 386,2 bilhões de reais.

Minas Gerais possui 853 municípios, sendo 85,3% população urbana e 14,7% população rural. A capital Belo Horizonte é a cidade mais populosa do estado com 2.375.151 habitantes.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG)⁴⁵, 2011 aponta que o estado apresenta ainda grande desigualdade interna quanto à distribuição de sua população. A maioria dos municípios, aproximadamente 57%, é de pequeno porte e têm uma população menor de 10.000 habitantes, 40% têm população maior que 10.000 e menor que 100.000 habitantes, e apenas 27 (3%) municípios tem uma população com mais de 100.000 habitantes.

⁴³ Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/36P> Acesso em: 03 de janeiro de 2015.

⁴⁴ Disponível em: www.fjp.mg.gov.br Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

⁴⁵ Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG) 2011. Disponível em: www.saude.mg.gov.br Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal⁴⁶ (PNUD, 2013) de Minas Gerais é 0,731, em 2010, o que situa essa UF na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM da UF é Longevidade, com índice de 0,838, seguida de Renda, com índice de 0,730, e de Educação, com índice de 0,638. Minas Gerais ocupa a 9ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,824 (Distrito Federal) e o menor é 0,631 (Alagoas).

Tabela 6 – População total, por gênero, rural/urbana - MG

| População | População (1991) | % do Total (1991) | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
|-----------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| População total | 15.743.152 | 100,00 | 17.891.494 | 100,00 | 19.597.330 | 100,00 |
| Homens | 7.803.384 | 49,57 | 8.851.587 | 49,47 | 9.641.877 | 49,20 |
| Mulheres | 7.939.768 | 50,43 | 9.039.907 | 50,53 | 9.955.453 | 50,80 |
| Urbana | 11.786.893 | 74,87 | 14.671.828 | 82,00 | 16.715.216 | 85,29 |
| Rural | 3.956.259 | 25,13 | 3.219.666 | 18,00 | 2.882.114 | 14,71 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência⁴⁷ na UF passou de 52,84% para 44,01% e a taxa de envelhecimento⁴⁸, de 6,20% para 8,12%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 63,57% e 4,97%. Já no Brasil, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,94% em 2000 e 45,92% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente (PNUD, 2013).

⁴⁶ Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil-2013, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano; países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto. Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios as dimensões são as mesmas-educação, longevidade e renda-, mas alguns dos indicadores usados são diferentes. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDHM) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores. Disponível em: www.pnud.org.br/atlas/pr/calculo_idh.doc Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

⁴⁷ Razão de dependência é o percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

⁴⁸ Taxa de envelhecimento é a razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

Tabela 7 – Estrutura etária da população - MG

| Estrutura Etária | População (1991) | % do Total (1991) | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
|--------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Menos de 15 anos | 5.335.542 | 33,89 | 5.077.523 | 28,38 | 4.423.188 | 22,57 |
| 15 a 64 anos | 9.624.990 | 61,14 | 11.704.109 | 65,42 | 13.582.593 | 69,31 |
| 65 anos ou mais | 782.620 | 4,97 | 1.109.862 | 6,20 | 1.591.549 | 8,12 |
| Razão de dependência | 63,57 | - | 52,84 | - | 44,01 | - |
| Índice de envelhecimento | 4,97 | - | 6,20 | - | 8,12 | - |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

A mortalidade infantil⁴⁹ no estado passou de 27,8 por mil nascidos vivos, em 2000, para 15,1 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 35,4.

Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos (PNUD, 2013).

Em Minas Gerais, a esperança de vida ao nascer⁵⁰ cresceu 4,8 anos na última década, passando de 70,6 anos, em 2000, para 75,3 anos, em 2010. Em 1991, era de 66,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991 (PNUD, 2013).

A renda per capita média de Minas Gerais cresceu 100,53% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 373,85, em 1991, para R\$ 548,87, em 2000, e para R\$ 749,69, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,73%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,36%, entre 1991 e 2000, e 3,17%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de

⁴⁹ Mortalidade de crianças com menos de um ano de idade.

⁵⁰ A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Para o cálculo da esperança de vida ao nascer leva-se em consideração não apenas os riscos de morte na primeira idade – mortalidade infantil, mas para todo o histórico de mortalidade de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. Sendo uma síntese da mortalidade ao longo de todo o ciclo de vida dos indivíduos, a esperança de vida é o indicador empregado para mensurar as dimensões humanas no índice de desenvolvimento, qual seja, direito a uma vida longa e saudável. Isso porque, em cada um dos grupos etários os indivíduos estão sujeitos a diferentes riscos de mortalidade, estabelecendo distintas causas principais de mortalidade. Disponível em www.pnud.org.br Acesso em: 31 maio 2015.

41,01%, em 1991, para 24,64%, em 2000, e para 10,97%, em 2010.

Tabela 8 – Indicadores de habitação – MG

| | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| % da população em domicílios com água encanada | 77,57 | 89,36 | 94,44 |
| % da população em domicílios com energia elétrica | 85,35 | 95,66 | 99,35 |
| % da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana. | 71,34 | 92,01 | 97,85 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

Tabela 9 – Vulnerabilidade social – MG

| | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Crianças e Jovens | | | |
| Mortalidade infantil | 35,39 | 27,75 | 15,08 |
| % de crianças de 0 a 5 anos fora da escola | - | 78,91 | 59,45 |
| % de crianças de 6 a 14 fora da escola | 20,90 | 5,33 | 2,46 |
| % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa | - | 15,02 | 9,73 |
| % de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos | 1,58 | 2,54 | 2,13 |
| Taxa de atividade - 10 a 14 anos | - | 9,78 | 7,01 |
| Família | | | |
| % de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família | 13,19 | 13,99 | 14,93 |
| % de vulneráveis e dependentes de idosos | 3,30 | 3,05 | 2,14 |
| % de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais | 26,76 | 15,53 | 6,35 |
| Trabalho e Renda | | | |
| % de vulneráveis à pobreza | 64,54 | 48,17 | 28,85 |
| % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal | - | 48,97 | 36,12 |
| Condição de Moradia | | | |
| % da população em domicílios com banheiro e água encanada | 73,87 | 87,21 | 94,91 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

No que tange à saúde em Minas Gerais, o PDR/MG (2011) aponta que as desigualdades regionais do estado têm reflexos semelhantes na área da saúde, ocorrendo maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e no sul do estado. Em 2007, estavam cadastrados pelo Departamento de Informática do SUS/MS - DATASUS 723 hospitais e destes 555 prestam serviços ao SUS/MG, sendo que 60% deles estão localizados em municípios com população entre 5.001 a 20.000 habitantes. Embora em número significativo, a maioria desses hospitais é de pequeno porte e pouco resolutivos.

A maior concentração dos hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG ocorre nas regiões Sul, Central e Zona da Mata. Os hospitais universitários também se concentram nas regiões mais favorecidas economicamente, sendo que apenas um se localiza na região Norte. No nível ambulatorial o Estado conta com 9.190 unidades prestadoras de serviços ao SUS/MG entre unidades básicas de saúde, policlínicas e ambulatórios de especialidades, entre outros.

Os fluxos da população em busca dos serviços de saúde e a distribuição destes no espaço territorial condicionaram estudos de descentralização e regionalização do estado para fins de atenção à saúde. A distribuição espacial da população, das necessidades de saúde, dos recursos, no caso, principalmente dos recursos hospitalares que garantam o acesso do usuário à atenção terciária, uma vez não resolvidos seus problemas de saúde na atenção primária e secundária, resultou em um PDR com 13 macrorregiões.

Os autores Silva e Ramires (2010) em seu artigo citam que, segundo Mendes (s/d), o Estado de Minas Gerais adota um sistema de regionalização da saúde desde a década de 1960. Este plano tinha como objetivo criar pontos descentralizados de supervisão dos serviços de atenção primária, que (observadas algumas características) eram, naquele momento, já oferecidos pelo estado de Minas Gerais. A partir da constituição de 1988 o quadro institucional foi profundamente alterado com a introdução de novos métodos de gestão. A municipalização da atenção primária através da criação do SUS obrigou a reestruturação destes serviços, uma vez que o sistema vigente não era adequado para o mesmo. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01-2001, outra proposta de regionalização foi feita para Minas Gerais dando-se ênfase às funções estratégicas para a otimização dos serviços conforme aponta Silva e Ramires (2010) *apud* Mendes (2008, p. 65),

A função é subdividir o espaço de um estado em macro e microrregiões sanitárias para que se distribuam, otimamente, nesses territórios, os equipamentos de atenção secundária e terciária. O PDR/MG objetiva superar os problemas de fragmentação, ineficiência e baixa qualidade. Uma rede deve ofertar a atenção primária à saúde em todos os municípios, mas os equipamentos de atenção secundária devem estar concentrados nos polos microrregionais e os de atenção terciária nos polos macrorregionais.

Ainda, de acordo com o propósito do PDR/MG (2011), a região refere-se:

[a um] conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não (SILVA e RAMIRES, 2010, p.67 *apud* MINAS GERAIS, 2003, p.11).

O PDR divide o estado de Minas Gerais em 13 Macrorregiões e 75 Microrregiões⁵¹.

⁵¹ Modelo de Regionalização adotado pela Secretaria Estadual de Saúde- MG MUNICÍPIO - Base territorial de planejamento da atenção básica e PSF. MICRORREGIÃO DE SAÚDE - Base territorial de planejamento da atenção básica e da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de AC - Alta Complexidade, caso da TRS, conforme tabela MS. Deve ser constituída por uma população de cerca de 150.000 habitantes e mais de um município (ou módulos) e que apresentarem pelo menos um município (município polo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro, ou seja, de nível tecnológico de média complexidade (o elenco mínimo de média complexidade – EPM2 da NOAS) e abrangência intermunicipal. PÓLO MICRORREGIONAL - Município que pelo seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza os municípios da microrregião. Apresenta um nível tecnológico de complexidade do EPM2 (cerca de 70% pelo menos) e cobertura para maioria dos municípios circunvizinhos. A microrregião pode conter municípios que, autônoma ou isoladamente, para a população própria, apresentam igual nível de atendimento, mas que não polarizem outros. MACRORREGIÃO DE SAÚDE - Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares de maior tecnologia: a AC - Alta Complexidade nos termos da tabela do Ministério da Saúde - MS – SIA e SIH. Deve ainda ter capacidade de oferta do Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 3 da NOAS. Estes procedimentos, embora da MC – Média Complexidade, requerem maior tecnologia, sua oferta é rarefeita no Estado e a demanda requer agregação, ou seja, formação de escala. A abrangência deve ser macrorregional, para populações em torno de 1.000.000 de habitantes. PÓLO MACRORREGIONAL Município da macrorregião que oferece os serviços de saúde de maior nível de tecnologia e polariza, sobretudo, microrregiões de saúde circunvizinhas. Apresenta um nível tecnológico de Alta Complexidade e do Nível do EPM3 e abrangência macrorregional. Fonte: SES-MG, PDRS-2003/2006. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16971/9360> Acessado em 08 de janeiro de 2015.

Tabela 10 – Macrorregiões de saúde em MG - 2007

| Macrorregião | Quantidade de Municípios | Microrregiões |
|-------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Centro (Belo Horizonte) | 103 | 10 |
| Centro Sul | 51 | 3 |
| Jequitinhonha | 23 | 2 |
| Leste | 85 | 7 |
| Leste do Sul | 52 | 3 |
| Nordeste | 63 | 8 |
| Noroeste | 33 | 2 |
| Norte de Minas | 86 | 8 |
| Oeste | 56 | 6 |
| Sudeste | 95 | 8 |
| Sul | 152 | 12 |
| Triângulo do Norte | 27 | 3 |
| Triângulo do Sul | 27 | 3 |

Fonte: SES-MG 2007; Org. SILVA, C. B. 2008.

Segundo o PDR/MG, em 2009, foi realizada pela Secretaria de Estado da Saúde - SES/MG e acordada com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais - COSEMS/MG a proposta de criação de uma nova microrregião, a partir do desmembramento de outra, totalizando, no Estado, 76 microrregiões. Essas alterações ocorreram, no entanto, sem nenhum prejuízo para o modelo, sua lógica e estrutura do PDR vigente a partir de 2003, ou seja, mantidos os níveis, a tipologia, a agregação de municípios em micros e de micros em macrorregiões, tendo em vista a organização de redes com economia de escala.

2.5.2. O Programa Mais Médicos em Minas Gerais

Segundo o Portal Brasil⁵², publicado em 26 de maio de 2014⁵³, em menos de um ano o PMM já impacta na assistência à população dos municípios de Minas Gerais.

O levantamento feito pelo Ministério da Saúde em cidades mineiras que participam do PMM, aponta um crescimento de 21,6% no número de consultas realizadas nas unidades básicas de saúde. Em janeiro de 2014, foram contabilizadas 546.279 consultas nessas localidades contra 449.126 no mesmo período do ano anterior, quando a população ainda não contava com o reforço dos profissionais do Mais Médicos (BRASIL, 2014).

O secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Hêider Pinto, enfatizou o sucesso do programa no município e no restante do País.

Estamos celebrando bastante esses dados, pois nós atingimos a meta do Programa, em termos de expansão. Em Governador Valadares, por exemplo, nós tivemos um aumento de quase 50% na cobertura da população valadarense. Com isso, o município está entre as cidades de médio porte com uma das maiores coberturas da população pela Atenção Básica, explicou o secretário (BRASIL, 2014).

Por meio do Programa, o estado de Minas Gerais ampliou em 1.221 o número de médicos atuando na atenção básica de 464 municípios e distritos indígenas. O Ministério da Saúde atendeu 100% da demanda por médicos apontada pelos municípios mineiros e superou a meta inicialmente estabelecida. Atualmente, o Mais Médicos garante assistência médica nas unidades básicas de saúde para 4,2 milhões de mineiros.

Em Minas Gerais, além do crescimento de 21,6% no número de consultas, observou-se também aumento de 40% nos atendimentos de urgência, 34,8% a usuários de drogas e 18,6% a pessoas com problemas de saúde mental. Também foi registrado aumento de 17% nas consultas de pré-natal e 7,5% no acompanhamento a pacientes com diabetes (BRASIL, 2014).

⁵² O Portal Brasil é uma ferramenta online de comunicação digital do governo federal, que permite o acesso ao cidadão sobre políticas públicas e equipamentos e serviços ofertados pelo governo. Disponível em: www.brasil.gov.br Acesso em: 31 maio 2015.

⁵³ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/consultas-do-mais-medicos-crescem-21-6-em-minas-gerais-2> Acesso em: 07 de janeiro de 2015.

Em todo o País, o número geral de consultas realizadas na Atenção Básica cresceu quase 35% no mesmo período – foram 5.972.908 em janeiro de 2014 contra 4.428.112 em janeiro de 2013. Entre esses atendimentos, teve destaque o de pessoas com diabetes, que aumentou 45% - passou de 587.535, em janeiro de 2013, para 849.751 em janeiro de 2014. Os atendimentos de pacientes com hipertensão arterial aumentaram em 5% no mesmo período, e as consultas de pré-natal, em 11%. O encaminhamento a hospitais diminuiu em 20%, passando de 20.170 para 15.969. Segundo os dados do governo federal, já foi superada a meta de levar médicos para os municípios de todo o país que aderiram ao PMM.

Atualmente, mais de 14 mil profissionais atuam em cerca de 4 mil cidades. A maioria (75%) dos médicos está em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semiárido nordestino, periferia de grandes centros, municípios com IDHM baixo ou muito baixo e regiões com população quilombola, entre outros critérios de vulnerabilidade.

Em resposta à consulta feita à Grasiela Damasceno de Araújo, do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SEGTES/Ministério Saúde – no dia 04/12/2014, constata-se que em MG, há 1.212 médicos participantes do PMM.

A seguir apresenta-se uma síntese dos dados obtidos por meio dessa consulta.

Tabela 11 – Número de médicos participantes do PMM-MG por nacionalidade

| Nacionalidade | Número de médicos |
|-------------------------|--------------------------|
| Alemanha | 03 |
| Argentina | 03 |
| Bolívia | 03 |
| Brasil | 162 |
| Cuba | 1.022 |
| Equador | 01 |
| Espanha | 01 |
| Honduras | 02 |
| México | 01 |
| Países Baixos (Holanda) | 01 |
| Portugal | 03 |
| República Dominicana | 01 |
| Venezuela | 09 |

Fonte: Dados oferecidos através de consulta por e-mail ao SEGTES/Ministério da Saúde, em 04 de dezembro de 2014.

De acordo com o número de profissionais que participam do Programa em Minas Gerais, verifica-se que 84,3% são médicos cubanos, 13,3% são brasileiros e 2,3% são de outras nacionalidades.

Tabela 12 – Número de médicos participantes do PMM-MG por perfil do município

| Perfil do Município | Número de médicos |
|----------------------|-------------------|
| Capital | 61 |
| G100 ⁵⁴ | 124 |
| Outros | 720 |
| Pobreza | 105 |
| Região Metropolitana | 202 |

Fonte: Dados oferecidos através de consulta por e-mail ao SEGTES/Ministério da Saúde, em 04 de dezembro de 2014.

Sobre a distribuição dos médicos do PMM por perfil de município, no estado, é possível constatar que 59,4% dos profissionais encontram-se no critério. Outros 16,6% deles encontram-se atuando na Região Metropolitana, 10,2% no G100, 8,7% no critério de municípios com perfil Pobreza e 5% dos médicos participantes na capital.

2.5.3. Município de Juatuba

A cidade de Juatuba completa em 2015, 23 anos de emancipação político-administrativa. A história da sua emancipação teve início nos anos de 70, quando o povoado criado em torno da antiga Rede Mineira de Viação atingiu grande expansão urbana com a industrialização.

O nome do município, tem origem indígena, foi adotado em 1911 e significa “sítio dos juás”, devido à abundância no local deste fruto colhido de um espinho.

De acordo com registros históricos, o povoamento começou com os índios Cataguases, habitantes do Serrado, dos quais foram encontrados vestígios na vizinha Mateus Leme, cidade à qual Juatuba pertencia até 1992.

⁵⁴ Criado pela Frente Nacional de Prefeitos – FNP, o Grupo de municípios populosos, com baixa receita per capita e alta vulnerabilidade socioeconômica - G100, foi classificado pelo Ministério da Saúde como um dos critérios de seleção para implantação do Programa Mais Médicos. Disponível em: www.fnp.org.br. Acesso em: 04 de dezembro de 2014.

O início do povoamento da região também se vincula ao ciclo do ouro, sendo a Serra de Santo Antônio ou Serra de Santa Cruz, que é limite do município a Sudeste, o ponto de penetração das bandeiras procedentes de Ouro Preto e Mariana em busca de ouro.

A lei número 336, de 27 de dezembro de 1948 elevou o município de povoado a distrito de Mateus Leme. Entre os anos de 1979 e 1981 várias mobilizações foram feitas para tornar Juatuba independente, até que isso foi possível, através da lei número 10.704, de 27 de abril de 1992. Teve seu primeiro prefeito empossado em janeiro de 1993.

Um longo caminho foi percorrido para que Juatuba fosse elevada a município. Os passos decisivos para a atual configuração da cidade foram dados com a instalação da Cervejaria Brahma, hoje Ambev, em 1972. A empresa ainda é considerada a maior fonte local de geração de empregos e de arrecadação de empregos. Também contribuiu para o processo de emancipação o início das atividades da Usina Térmica de Igarapé, da Cemig, em 1978. A usina, às margens do rio Paraopeba, ficou paralisada por um período, mas foi reativada em 1986.

Outro ponto fundamental para que Juatuba se tornasse cidade foi a construção do Sistema Serra Azul – Companhia de Saneamento de Minas Gerais S.A. - Copasa, responsável pelo abastecimento de água do município. O movimento emancipativo de Juatuba surgiu em consequência do desenvolvimento ocorrido nas últimas décadas e durou 20 anos, até a realização do plebiscito para seu desmembramento de Mateus Leme, em 15 de novembro de 1991.

Em 27 de abril de 1992, foi assinada pelo então governador de Minas Gerais, Hélio Garcia, a lei 10.704, através da qual Juatuba foi emancipada de Mateus Leme.

De acordo com dados do CENSO (IBGE, 2010), a população do município é de 22.202 habitantes, a densidade demográfica é de 223,04 hab./ km². Sua área territorial corresponde a de 99,543 km² e o mesmo apresenta o IDHM de 0,717.

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013), o IDHM, em 2010, situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,849, seguida de Renda, com índice de 0,670, e de Educação, com índice de 0,649.

Juatuba ocupa a 1398ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros, segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço) (PNUD, 2013).

Entre 2000 e 2010, a população de Juatuba cresceu a uma taxa média anual de 3,08%, enquanto no Brasil foi de 1,01%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 97,19% para 98,31%.

Em 2010, viviam no município de Juatuba, 22.202 pessoas.

Tabela 13 – População total, por gênero, rural/urbana - Juatuba – MG

| População | População (1991) | % do Total (1991) | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
|-----------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| População total | 9.436 | 100,00 | 16.389 | 100,00 | 22.202 | 100,00 |
| Homens | 4.865 | 51,56 | 8.233 | 50,23 | 11.217 | 50,52 |
| Mulheres | 4.571 | 48,44 | 8.156 | 49,77 | 10.985 | 49,48 |
| Urbana | 5.773 | 61,18 | 15.929 | 97,19 | 21.827 | 98,31 |
| Rural | 3.663 | 38,82 | 460 | 2,81 | 375 | 1,69 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 56,73% para 45,34% e a taxa de envelhecimento, de 4,16% para 6,08%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 68,98% e 3,26%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,94% em 2000 e 45,92% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente (PNUD, 2013).

Tabela 14 – Estrutura etária da população – Juatuba - MG

| Estrutura Etária | População (1991) | % do Total (1991) | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
|--------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Menos de 15 anos | 3.544 | 37,56 | 5.261 | 32,10 | 5.665 | 25,52 |
| 15 a 64 anos | 5.584 | 59,18 | 10.446 | 63,74 | 15.188 | 68,41 |
| 65 anos ou mais | 308 | 3,26 | 682 | 4,16 | 1.349 | 6,08 |
| Razão de dependência | 68,98 | - | 56,73 | - | 45,34 | - |
| Índice de envelhecimento | 3,26 | - | 4,16 | - | 6,08 | - |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

A mortalidade infantil no município passou de 29,1 por mil nascidos vivos, em 2000, para 13,9 por mil nascidos vivos, em 2010 (PNUD, 2013).

Em 1991, a taxa era de 41,4. Já no estado, a taxa era de 15,1, em 2010, de 27,8, em 2000 e 35,4, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos (PNUD, 2013).

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (PNUD, 2013).

No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 6,1 anos na última década, passando de 69,9 anos, em 2000, para 75,9 anos, em 2010. Em 1991, era de 64,1 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991 (PNUD, 2013).

Em Juatuba, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 100,00%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 93,03%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 49,69%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 48,29%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 52,78 pontos percentuais, 75,23 pontos percentuais, 43,98 pontos percentuais e 40,03 pontos percentuais (PNUD, 2013).

A renda per capita média de Juatuba cresceu 133,13% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 221,84, em 1991, para R\$ 377,22, em 2000, e para R\$ 517,18, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,56%. A taxa média anual de crescimento foi de 6,08%, entre 1991 e 2000, e 3,21%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 47,67%, em 1991, para 30,27%, em 2000, e para 12,24%, em 2010 (PNUD, 2013).

A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,47, em 1991, para 0,53, em 2000, e para 0,47, em 2010 (PNUD, 2013).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 68,61% em 2000 para 65,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de

desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 18,81% em 2000 para 8,53% em 2010 (PNUD, 2013).

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 6,70% trabalhavam no setor agropecuário, 0,56% na indústria extrativa, 25,26% na indústria de transformação, 10,91% no setor de construção, 1,39% nos setores de utilidade pública, 10,93% no comércio e 36,80% no setor de serviços (PNUD, 2013).

Tabela 15 – Indicadores de habitação – Juatuba - MG

| | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|
| % da população em domicílios com água encanada | 83,84 | 87,92 | 95,05 |
| % da população em domicílios com energia elétrica | 94,47 | 97,45 | 99,91 |
| % da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana. | 18,43 | 75,88 | 93,27 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Tabela 16 – Vulnerabilidade social – Juatuba – MG

| | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|
| Crianças e Jovens | | | |
| Mortalidade infantil | 41,44 | 29,06 | 13,90 |
| % de crianças de 0 a 5 anos fora da escola | - | 75,85 | 58,00 |
| % de crianças de 6 a 14 fora da escola | 13,18 | 4,01 | 1,20 |
| % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa | - | 17,56 | 11,76 |
| % de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos | 1,32 | 2,26 | 1,30 |
| Taxa de atividade - 10 a 14 anos | - | 10,68 | 3,45 |
| Família | | | |
| % de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família | 18,06 | 15,26 | 20,23 |
| % de vulneráveis e dependentes de idosos | 2,57 | 2,14 | 1,93 |
| % de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais | 20,02 | 18,86 | 4,13 |
| Trabalho e Renda | | | |
| % de vulneráveis à pobreza | 77,08 | 54,43 | 36,07 |
| % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal | - | 48,19 | 33,50 |
| Condição de Moradia | | | |
| % da população em domicílios com banheiro e água encanada | 82,31 | 89,89 | 93,35 |

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

O município de Juatuba faz parte da macrorregião Centro e da microrregião Betim⁵⁵.

O orçamento destinado à saúde do município de Juatuba, segundo informações do Ministério da Saúde, em 2012 (Jan/Dez) foi de R\$1.991.243,12 e em 2013, até o dia 27/03/2013, foi repassado ao município o montante de R\$332.876,34 (DATASUS, 2013).

A rede de Saúde do Município é composta por nove UBS, que funcionam de segunda a sexta-feira, com cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 100% da população de seu território, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta e psicólogo, uma Unidade de Pronto Atendimento Municipal - Policlínica, financiada com recursos próprios, uma Farmácia de Minas, uma Unidade de Fisioterapia, uma de Saúde Bucal, uma unidade de Saúde Mental, Serviço de Vigilância em Saúde, um Centro de Especialidades Médicas, com atendimento eletivo nas especialidades de cardiologia, pediatria, gineco/obstetrícia, cirurgia ambulatorial, urologia, ortopedia, dermatologia, pneumologia e clínica médica.

Ressalta-se que o Hospital Público Regional de Betim⁵⁶ é a referência em urgência e traumatologia do município de Juatuba.

A rede de serviços complementares do município é insuficiente. A maioria dos serviços complementares é prestado por unidades privadas.

Exames de alta complexidade, cirurgias eletivas e algumas especialidades médicas são realizados, atendendo a Programação Pactuada Integrada – PPI, nos municípios de Belo Horizonte, Betim e Mateus Leme.

O município de Juatuba possui também uma equipe de atendimento à saúde no Presídio localizado no bairro São Gerônimo. Através de parceria estabelecida com a Secretaria de Estado de Segurança Pública e a Secretaria Municipal de Saúde de Juatuba, esta equipe é composta por um médico, um enfermeiro, cinco técnicos de enfermagem, um assistente social, um dentista e um psicólogo.

⁵⁵ Betim é o município polo da microrregião.

⁵⁶ O Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco (HPRB) foi inaugurado em agosto de 1996, está consolidado como uma unidade de referência para urgência e emergência, na internação e atendimento em diversas clínicas. Sua abrangência atinge, além de Betim, os municípios da microrregião. O HPRB tem 1.500 funcionários e atende a mais de 270 pacientes diariamente. Possui as seguintes unidades assistenciais: Pronto Socorro, Maternidade, Neonatologia, Pediatria Cirurgia\Bloco Cirúrgico, Hemodiálise, CTI Adulto e Pediátrico e Clínica Médica. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/> Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

Na Secretaria Municipal de Saúde do município existe uma equipe de quatro servidores públicos, responsáveis por “alimentar” os sistemas com as informações produzidas pelos profissionais da assistência, gerando um banco de dados indispensável ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde. São eles:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Cartão Nacional de Saúde;
- Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPOMAG);
- Sistema de Imigração de Cadastro Nacional de Estabelecimento para Unidades Produtivas (DEPARA);
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);
- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes (SISHIPERDIA);
- Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL);
- Verificador do Banco de Dados SIA/SUS (VERSIA).

Acredita-se que apartir da alimentação dos Sistemas de Informação, diversos mecanismos de controle e avaliação podem ser instituídos mediante a consolidação dos dados gerados por estes sistemas.

Segundo dados da Secretaria Municipal, em Juatuba, a Ouvidoria se constituiu como uma das estratégias de acolhimento, orientação e apuração de queixas dos usuários do SUS Juatuba. De acordo com as informações, em média, são realizados cerca de seis atendimentos diários e todas as demandas levantadas são encaminhadas para as Referências Técnicas da Secretaria de Saúde de modo a se apurar as demandas levantadas.

Destacam-se, ainda, as oficinas de conscientização que vem sendo realizadas desde o início do ano de 2013 pela Referência Técnica de Humanização do município, de modo a informar todos os servidores públicos da Secretaria de Saúde quanto à importância dos mesmos dentro do sistema de saúde, assim como, levantar as demandas apresentadas pelos trabalhadores do SUS municipal.

2.5.4. Unidade Básica de Saúde – Samambaia

De acordo com os dados obtidos através da Secretaria de Assistência à Saúde/DAB – DATA SUS 2015, a Unidade Básica de Saúde Samambaia/Juatuba MG, de 04 de maio de 2015, é responsável pelo atendimento de 1.917 usuários sendo, 1.004 do sexo masculino e 913 do sexo feminino. Desses usuários, a maioria, 30,8% se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos, 12,5% na faixa de 40 a 49 anos e 12,1% são maiores de 60 anos (DATASUS, 2015).

Segundo os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a unidade tem 610 famílias cadastradas. 100% das crianças e adolescentes estão na escola. Dos usuários da unidade, 96,06% dos adolescentes de 15 anos e pessoas acima dessa idade são alfabetizadas. 9,86% dos usuários têm cobertura de plano de saúde. 15,08% são beneficiadas pelo Programa do Bolsa Família. Com relação ao acesso de tratamento de água no domicílio, 91,15% das casas recebem água tratada pelo processo de filtração; 0,98% pelo processo de fervura, 5,57% por cloração e 2,30% sem tratamento. Desse universo 95,57% têm abastecimento pela rede pública, 3,11% por poço ou nascente e 8,0% por outras fontes (DATA SUS, 2015).

Sobre os tipos de casa onde vivem os usuários 99,18% tem casa de tijolo/adobe; 0,33% de taipa revestida; 0,33% de madeira e 0,16% de material aproveitado (DATASUS, 2015).

Com relação ao destino do lixo, 96,07% é beneficiado pela coleta pública; 3,77% queima ou enterra e 0,16% deixa a céu aberto. Quanto ao esgoto 1,97% utiliza o sistema de esgoto; 97,70% utiliza fossa e 0,33% céu aberto. 98,36% das famílias possuem energia elétrica (DATASUS, 2015).

Das doenças de controle destacam-se a Hipertensão Arterial que atinge 19,07% dos usuários e a Diabetes que atinge 5,67% (DATASUS, 2015).

Sobre gestantes, há o registro de casos, na faixa etária de 10 a 19 anos, 1,33% e na faixa de 20 anos e mais, 17 casos, 2,72%, totalizando 19 casos, 2,45% (DATASUS, 2015).

Tendo em vista que o PMM tem como foco atender as regiões consideradas prioritárias pelo SUS, os municípios interessados em participar do Programa devem se inscrever levando em consideração a sua submissão a um dos perfis⁵⁷

⁵⁷ Segundo edital de chamada pública nº02 de 15 de janeiro de 2015, o Ministério da Saúde define os perfis: **Perfil 1:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; **Perfil 2:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores

estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2015). Neste sentido, o município de Juatuba/MG se inscreveu para participar do PMM, em 2013, e foi contemplado pelo mesmo por se enquadrar no Perfil socioeconômico 3:

áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2015).

Atualmente, o município conta com seis médicos do PMM, distribuídos em seis Unidades Básicas de Saúde, sendo uma delas a UBS Samambaia, que atualmente, conta com um médico, de nacionalidade cubana. O médico do PMM da UBS Samambaia realiza, em média, cerca de 25 consultas médicas por dia, com predomínio das doenças crônicas em relação às aquelas agudas. Das doenças crônicas destacam-se a hipertensão e diabetes, das doenças agudas, infecções respiratórias, amigdalite, bronquites e doenças dermatológicas.

censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; **Perfil 3:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); **Perfil 4:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; **Perfil 5:** municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; **Perfil 6:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis; **Perfil 7:** Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi; **Perfil 8:** Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS). Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-INSCRICAO-PROFISSIONAIS-SGP-2015.pdf> Acesso em: 31 maio 2015.

CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo objetiva descrever a metodologia utilizada para a realização da pesquisa apresentando os seguintes aspectos: a questão da pesquisa; o delineamento do estudo; o tipo de pesquisa e metodologia utilizada; a coleta e o tratamento dos dados e demais considerações sobre o método utilizado.

3.1 A questão da pesquisa

Este trabalho tem como objetivo identificar as vivências e percepções do médico e dos usuários, no que diz respeito à integralidade nas práticas de saúde prestadas pela Unidade Básica de Saúde Samambaia – Juatuba/MG, após a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, de modo a compreender como o Programa contribui para a efetivação da atenção integral ao usuário.

3.2 Delineamento do estudo

O interesse por este estudo partiu de indagações da pesquisadora, enquanto médica de Unidade Básica de Saúde, sobre as ações de saúde vivenciadas cotidianamente, bem como sobre as percepções dos usuários e do profissional médico em relação às mesmas.

Apoiado em referências bibliográficas afins e na análise das mesmas e dos dados relevantes apreendidos foi possível construir um arcabouço teórico no qual o estudo se estrutura.

A vivência diária da pesquisadora na rotina da UBS e os desafios recorrentes que se estabelecem nas relações entre profissionais da saúde e usuários resultaram na construção da estrutura e dos objetivos da pesquisa, bem como na escolha do método para a coleta de dados (entrevistas semiestruturadas), sua leitura e interpretação.

De acordo com os objetivos do estudo, recorre-se a uma pesquisa qualitativa e descritiva que tem como propósito identificar e analisar como são percebidas e vivenciadas as atuais práticas de saúde prestadas pela UBS Samambaia – Juatuba/MG, após a implantação do PMM, pelos usuários e profissional médico sem a pretensão de provocar mudanças na prática cotidiana. Contudo, sob vários aspectos, a pesquisa não se encerra neste estudo.

3.3 O tipo de pesquisa e a metodologia utilizada

A presente dissertação utiliza-se da tipologia de pesquisa descritiva e qualitativa, a partir de procedimento sistemático de coleta de dados e da realização da descrição minuciosa dos mesmos.

Para Fonseca (2000) *apud* Silveira e Córdoba (2009, p. 36) “a pesquisa possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a se investigar, como um processo permanentemente inacabado”. Ainda segundo os mesmos autores,

investiga-se um grupo capacitado (sujeito da investigação), abordando um aspecto da realidade (objeto da investigação), no sentido de comprovar experimentalmente hipóteses (investigação experimental), ou para descrevê-las (investigação descritiva), ou para explorá-la (investigação exploratória) (FONSECA 2000 *apud* SILVEIRA e CORDOVA ,2009 p.36).

Tobar e Yalour (2002, p. 69), no que se refere à pesquisa descritiva afirmam que

é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve.

Para Triviños (1987) *apud* Silveira e Córdoba (2009, p. 35) a pesquisa descritiva exige do pesquisador diversas informações sobre o objeto de estudo e busca descrever fatos e fenômenos de determinada realidade. Assim, o propósito da metodologia escolhida é descrever as experiências vivenciadas pelos diferentes sujeitos, explorando suas percepções subjetivas e pessoais.

De acordo com Fraser e Gondim (2004, p. 146),

na abordagem qualitativa, entretanto, o que se pretende, além de conhecer as opiniões das pessoas sobre determinado tema, é entender as motivações, os significados e os valores que sustentam as opiniões e as visões de mundo. Em outras palavras é dar voz ao outro e compreender de que perspectiva ele fala.

Segundo Frey e Fontana (2000) *apud* Fraser e Gondim (2004, p. 146) “a entrevista qualitativa é um “texto negociado” resultante de um processo interativo e cooperativo que envolve tanto o entrevistado como o entrevistador na produção do conhecimento”.

De modo a explorar e aprofundar o conhecimento sobre o tema a ser pesquisado, recorreu-se a uma *Pesquisa bibliográfica* que abrangeu temas quais: Saúde Pública no Brasil, Atenção Básica, Integralidade, PMM, Caracterização do Estado de MG, da Cidade de Juatuba e da UBS Samambaia. Este estudo possibilitou um aprofundamento maior da matéria no contexto brasileiro e subsidiou demais reflexões.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Este trabalho de pesquisa atende as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS 466/2012 e preserva o respeito à integridade física e moral dos sujeitos da pesquisa. Está cadastrada na Plataforma Brasil, com parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob nº 1.169.682, versão 2, CAAE: 47079015.1.0000.5404, como Aprovado, na data de 04/08/2015 (Anexo 2), autorização da instituição (anexo 3) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1).

A pesquisadora assegurou aos entrevistados sobre as regras de sigilo que o estudo não acarretaria nenhum risco aos sujeitos envolvidos ou à Unidade Básica de Saúde. A pesquisa contou com um roteiro de entrevistas para os usuários e para o médico. Não se previu o retorno e/ ou a apresentação dos resultados da pesquisa aos participantes.

3.5 A Implicação na análise de dados da pesquisa

O conceito de implicação, seja qual for o seu campo de inserção, é sustentado e utilizado, sobretudo, no âmbito da proposta institucionalista de pesquisa-intervenção⁵⁸, podendo ser destacado o francês René Lourau⁵⁹ como um dos seus principais teóricos⁶⁰. A implicação passa a ser utilizada, a partir dos anos 50, como ferramenta aplicada no campo institucional de conceitos ligados a psicanálise para nos anos 60 e 70, se consolidar como concepção que rompe com a lógica positivista da neutralidade e da objetividade.

A pesquisa-intervenção propõe ruptura com os métodos tradicionais da pesquisa e intervenção do pesquisador em sua interação ou relação com o sujeito pesquisado. Esta é o que Rocha e Aguiar (2003, p.4) definem como “atitude de pesquisa” e a sua dita “subjetividade deverá ser justificada no tratamento dos dados, configurando-se, antes, como condição ao próprio conhecimento” (SANTOS 1987, STENGERS 1990 *apud* ROCHA e AGUIAR, 2003, p.4).

Assim, a pesquisa-intervenção apresenta atitude crítica e atitude implicativa, o que, por meio da construção e aplicação de *analísadores*, permite desnaturalizar o existente e suas condições e realizar a análise (ROCHA e AGUIAR, 2003). Segundo Paulon e Romagnoli (2010, p. 95), a desnaturalização permanente do objeto que se pretende estudar, a implicação do pesquisador e o acontecimento são as forças convocadas na pesquisa-intervenção.

Pesquisa implicada, pesquisa-inclinação que produz desvios sobre o campo investigado, pesquisa que não dissocia objeto investigado e sujeito que investiga, sujeito da/na investigação: pesquisa intervenção. Desvios que podem se dar na alteração da demanda, na emergência do inesperado, nos deslocamentos que podem ser produzidos nas subjetividades que participam do estudo, nos focos de invenção parciais que podem eclodir no processo, eclodir na “pele” a qualquer momento da investigação.

⁵⁸ Ressalta-se que esta não é uma pesquisa-intervenção. A pesquisa intervenção é uma tendência verificada nas pesquisas participativas que, por seu caráter socioanalítico, busca investigar a vida de grupos nos seus aspectos qualitativos, assumindo um caráter político, em contraposição ao caráter positivista e tradicional da neutralidade.

⁵⁹ Rene Lourau foi um sociólogo e intelectual francês professor de sociologia, ciências políticas e ciências da educação. Autor de diversas publicações entre elas *A análise institucional* (1970) e *Análise institucional e educação* (1971).

⁶⁰ Outros teóricos de destaque são Georges Lapassade, Rémi Hess, Antoine Savoye.

A atitude de implicação do pesquisador, neste contexto, conforme nos afirma Lourau (1975) *apud* Coimbra e Do Nascimento (s/d) é

“Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. Com o saber científico anulo o saber das mulheres, das crianças e dos loucos - o saber social, cada vez mais reprimido como culpado e inferior. O intelectual (...) com sua linguagem de sábio, com a manipulação ou o consumo ostensivo do discurso instituído e o jogo das interpretações múltiplas, dos “pontos de vista” e “níveis de análise”, esconde-se atrás da cortina das mediações que se interpõem entre a realidade política e ele. O intelectual programa a separação entre teoria e política: é para comer-te melhor, minha filha (...) mas, esquece que é o único que postula tal separação, tal desgarramento.” (LOURAU, 1975, p. 88-89, grifos do autor *apud* COIMBRA e DO NASCIMENTO, s/d).

De acordo com Barbier (1985) *apud* SantAna (2010), a definição de implicação do pesquisador com o objeto a ser pesquisado, favorece a ampliação do entendimento sobre o assunto. Nessa perspectiva, pode-se recorrer a definição sobre a implicação, no campo das ciências humanas, como

o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sociopolítico em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento (BARBIER, 1985, p. 120, *apud* SANTANA, 2010 *on-line*).

Tendo como referência a posição de Barbier, pode-se refletir “como as diferentes pertenças socioculturais, conjugadas com as particularidades da biografia do pesquisador, participam do processo de produção do conhecimento” (SANTANA, 2010). Segundo a autora, “o sujeito é movido sempre por um projeto sociopolítico, modulado pela inscrição de sua subjetividade naquele momento de sua história biográfica no seu mundo sociocultural” (SANTANA, 2010, *on-line*).

Romagnoli (2014) afirma que o chamado *pesquisador implicado*, que emerge para contrapor a tendência ainda majoritária do caráter da neutralidade e da explicitação de verdades acerca do objeto de estudo, é uma característica que não pode ser evitada, dado que o pesquisador ocupa posição privilegiada para analisar as relações de poder. Afirma ainda que “a análise que se sustenta num paradigma ético-

político para o qual não há neutralidade e nem é possível fazer uma pesquisa de fora” (ROMAGNOLI, 2014, p.46).

A autora sustenta ainda que o conceito de pesquisador implicado é empregado de maneira equivocada e segmentada⁶¹ no Brasil, o que, para Romagnoli repercute na compreensão do conceito de implicação, podendo o mesmo “ser confundido com engajamento, investimento, distanciando-se de sua proposta científica” (ROMAGNOLI, 2014, p. 46).

Dessa forma, o conceito de pesquisador implicado não diz respeito ao comprometimento ou motivação pessoal do pesquisador para com o tema, mas ao contrário, estar implicado “é falar das instituições que nos atravessam” (ROMAGNOLI, 2014, p.47).

O atravessamento que, segundo Lourau, (1990) *apud* Romagnoli (2014, p. 47),

vai muito além da nossa percepção subjetiva, da nossa história individual (...). A implicação denuncia que aquilo que a instituição deflagra em nós é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que são imbricados nessa relação.

Dessa forma, as implicações ou o que podemos chamar de “pontos de elo” irão permitir ao pesquisador agir nas instituições (MONCEAU, 2010 *apud* ROMAGNOLI, 2014, p. 47).

A autora ainda destaca que

A implicação do pesquisador, por sua vez, é um dos mais valiosos dispositivos de trabalho no campo, pois é a partir de sua subjetividade que fluxos irrompem, agenciamentos ganham expressão, sentidos são dados, e algo é produzido. De fato, a implicação diz respeito ao próprio movimento da pesquisa que, nessa vertente, ligar-se com o fora, agenciar (ROMAGNOLI, 2014, p. 49).

Dando ênfase ao teorizado por Lourau (2004), na análise institucional a implicação do pesquisador ou observador em um determinado campo provoca uma modificação do objeto de estudo, uma transformação (LOURAU, 2004b *apud* ROMAGNOLI, 2014, p. 50), dessa forma o foco do pesquisador é “o que lhe é dado a

⁶¹ Enquanto na França, país de origem destas correntes, o emprego destes conceitos (pesquisador implicado, pesquisa-intervenção e institucionalismo), se desenvolveu associado ao campo da sociologia, enquanto no Brasil o campo do institucionalismo é composto basicamente por psicólogos.

perceber/intervir por suas relações sociais e coletivas, na rede institucional” (ROMAGNOLI, 2014, p. 50).

Assim, conforme Aguiar e Rocha (2007) é possível afirmar que o pesquisador implicado não decide conscientemente unir-se a um determinado processo de trabalho, mas que uma vez que se determina seu papel de pesquisador implicador, o mesmo exige que ele ocupe lugares nas relações sociais, no cotidiano, lugares que pretendem ser a ele designados pelo próprio coletivo, ou lugares da sua vida profissional, bem como todos os riscos que são frutos deste processo.

De modo a contextualizar a utilização da implicação no presente estudo será abordado o conceito de dispositivo, teorizado por Deleuze (1996) *apud* Coimbra e Do Nascimento (s/d, p.5):

Os dispositivos têm por componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fratura, que se entrecruzam e se misturam, acabando umas por dar noutras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento.

Dessa forma, segundo Coimbra e Do Nascimento (s/d) analisar as implicações como um dispositivo implica na recusa de uniformizações, universalismos, totalismos e na sustentação das singularidades, especificidades e processualidades. Assim, uma análise implicativa será micropolítica, uma vez que será condizente com os modos de vida do pesquisador, dos elementos e das forças que o constituem, no seu cotidiano. Além disso, a análise das implicações como um dispositivo implica na recusa da corrente positivista de eterno e absoluto, dando lugar ao diferente, ao diverso, ao invés do que é dado como natural.

3.6 A coleta e o tratamento dos dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Primeiramente, realizaram-se visitas *in loco* à Unidade Básica de Saúde Samambaia, onde foi possível observar a rotina dos profissionais de saúde, em especial do médico do PMM e as práticas de saúde desenvolvidas. A segunda etapa foi realizada por meio de entrevistas *semiestruturadas* com quatro usuários – tal opção será detalhada mais adiante, e com

o profissional médico da UBS Samambaia, a reprodução das perguntas constam nos anexos 5 e 6.

As perguntas foram elaboradas de maneira distinta. Para os usuários as perguntas foram organizadas em categorias e para o médico do PMM buscou-se estabelecer uma visão comparativa entre a prática médica na APS/Cuba e a AB/Brasil, o que nos pareceu relevante explorarmos o contraste entre os contextos, aquele do país de origem do profissional médico e o da UBS estudada.

Fraser e Gondim (2004, p. 140) ao discutirem a entrevista como técnica de pesquisa na perspectiva qualitativa destacam as suas seguintes vantagens:

a de favorecer a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado, e, por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem neste contexto de interação, permitir uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais. Outra vantagem é a flexibilização na condução do processo de pesquisa e na avaliação de seus resultados, visto que o entrevistado tem um papel ativo na construção da interpretação do pesquisador.

Além disso, as autoras destacam que a entrevista utilizada na pesquisa qualitativa é apropriada “para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo” (FRASER e GONDIN, 2004, p. 140). Assim, no momento da interação entre o pesquisador e o entrevistado busca-se o acesso direto ou indireto as informações, as opiniões, aos valores, as ideias e aos significados atribuídos ao tema tratado.

Neste sentido, a escolha metodológica aplicada neste estudo buscou incorporar, durante a coleta dos dados, o que apontam Fraser e Gondin (2004, p.140) que ressaltam a importância de se considerar a “representatividade dos significados”, uma vez que os usuários entrevistados fazem parte da realidade pesquisada e de se criar um ambiente favorável onde os mesmos sintam-se à vontade para responder as perguntas, bem como o fato de se ter um roteiro flexível favorecendo a participação.

A escolha da entrevista semiestruturada foi motivada pela importância de ampliar o protagonismo do entrevistado e de modo a flexibilizar o processo de interação, permitindo que o mesmo se expressasse com tranquilidade, sem a rigidez das respostas fechadas.

Para atingir a compreensão dos valores e significados atribuídos pelos entrevistados durante a pesquisa a postura do entrevistador deve ser estratégica,

cabendo ao mesmo assumir “um papel menos diretivo para favorecer o diálogo mais aberto com o entrevistado e fazer emergir novos aspectos significativos sobre o tema” (FRASER e GONDIN, 2004, p. 146).

Ainda, segundo as autoras, a pesquisa qualitativa não apresenta como critério mais importante o critério numérico da amostra selecionada, uma vez que “a finalidade não é apenas quantificar opiniões, mas sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um contexto” (FRASER e GONDIN, 2004, p. 147).

Tendo em vista estas considerações, a amostra deste trabalho foi composta por quatro elementos da população, residentes na comunidade de Samambaia onde está situada a UBS, selecionados intencionalmente pela pesquisadora, a partir das orientações da enfermeira da unidade, sendo eles um usuário com demanda de saúde aguda, outro com demanda de saúde crônica, uma gestante, um acompanhante de atendimento de puericultura, além do único médico que trabalha pelo PMM. Optou-se por um número reduzido de entrevistados para garantir a profundidade da investigação e da sua descrição.

A escolha de um usuário crônico, neste caso com quadro de hipertensão, para a pesquisa deve-se ao fato de que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. De acordo com o Caderno da Atenção Básica, nº 15/2006, do MS, no Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e esse número é crescente, sendo este o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

Pelo breve exposto, sabe-se que a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser uma doença, que na maior parte do seu curso é assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito, acarretando um controle muito baixo da mesma aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos.

Ainda de acordo com dados apresentados no caderno citado, é fundamental a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas: individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos (MS, 2006). E este desafio é, sobretudo, da Atenção

Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

No caso da gestante, a escolha da usuária para a entrevista, baseou-se em dados encontrados no Caderno nº 32/2012, Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, do MS, cujos indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado, apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas. Verifica-se ainda um número expressivo de mortes na realidade social e sanitária brasileira. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Embora se observe uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, da hipertensão arterial sistêmica, causas mais frequentes de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012).

Segundo informações do caderno citado, diante desses desafios o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha⁶² com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil. Tais estratégias objetivam apoiar as equipes de atenção básica (EAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede, constituindo-se em ferramentas para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (AB).

A escolha de uma usuária de puericultura para a entrevista justificou-se em função da importância da atuação dos profissionais dos serviços de saúde na busca pela garantia, a toda criança brasileira, do direito à vida e à saúde, meta ainda não alcançada.

⁶² A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 17 julho de 2015.

Segundo dados do caderno nº 33/2012, do MS, intitulado Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, a taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Com a diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida.

Esse número expressivo de mortes por causas evitáveis podem ser diminuídos por meio de ações dos serviços de saúde (como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido).

Nesse sentido, conhecer um pouco da visão deste usuário é interessante, na medida em que as principais ações de saúde para esse público se desenvolvem potencialmente na unidade básica de saúde.

Em relação à escolha do usuário que apresenta um quadro agudo, esta foi feita considerando que tais demandas são as queixas mais comuns daqueles que buscam os serviços na atenção básica, ou seja, a maior parte dos usuários procuram a UBS apresentando sintomas de lombalgia, cefaleia, dor abdominal difusa, febre, tosse, entre outros.

A escolha da amostra desta pesquisa buscou como acima descrito, reproduzir as diferentes demandas que são apresentadas em uma UBS, de forma a contemplar os diferentes serviços prestados, objetivando uma maior representatividade de usuários.

No que diz respeito à intencionalidade do pesquisador na escolha dos entrevistados, Fraser e Gondim (2004, p. 148) afirmam que “a intencionalidade na escolha dos grupos é importante na pesquisa qualitativa porque aproxima o pesquisador de uma realidade concreta onde ocorre o fenômeno a ser investigado”.

As entrevistas foram realizadas face a face, individualmente, e contaram com a utilização de um gravador de áudio, para que o conteúdo pudesse ser descrito, de forma detalhada, posteriormente.

Minayo (1998) *apud* Fraser e Gondin (2004) considera que existe uma tendência em pessoas que vivem no mesmo ambiente a desenvolver e reproduzir disposições semelhantes. Dessa forma, buscou-se na escolha dos entrevistados uma maior representatividade e amplitude nas demandas apresentadas pelos usuários, de

modo a possibilitar a compreensão dos diferentes pontos de vista. Os dois instrumentos de coleta de dados construídos seguem modelos de entrevistas semiestruturadas para cada um dos segmentos: para os usuários da unidade de saúde (Apêndice 2)⁶³ e um para o profissional médico do PMM (Apêndice 3). As entrevistas constam de perguntas distintas para os dois segmentos, contudo formuladas dentro da temática estudada. Nesse processo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado, analisado e devidamente assinado pelos entrevistados antes das entrevistas.

A coleta dos dados por meio das entrevistas aconteceu no mês de agosto de 2015, agendadas antecipadamente, no horário de disponibilidade dos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas nas respectivas residências dos usuários e do médico, em espaço reservado, buscando criar um ambiente confortável, onde os mesmos se sentissem mais à vontade e confiantes. Em média, o tempo de duração das mesmas foi de dez minutos e todas transcorreram de maneira tranquila, sem nenhum tipo de contratempo ou adversidade.

Como já mencionado anteriormente, a escolha do município de Juatuba/MG deu-se pela necessidade da pesquisadora em realizar o estudo em uma Unidade Básica de Saúde que participa do PMM. Além da proximidade do município em relação à cidade de residência da pesquisadora, a unidade de saúde é próxima do seu ambiente de trabalho, o que favoreceu a locomoção da mesma para a realização das entrevistas e observações *in loco* e obtenção dos dados.

Além da realização de entrevistas semiestruturadas, o presente trabalho de pesquisa também utilizou-se das observações da pesquisadora *in loco*, ou seja, das visitas ocorridas em turnos alternados à unidade de saúde.

No que diz respeito à observação *in loco*, Tjora (2006) *apud* Ferreira; Torrecilha e Machado (2012, p.3) afirmam que a entrevista conduz o pesquisador para a observação, enquanto que as observações podem sugerir os aprofundamentos necessários para as entrevistas, sendo ambas as técnicas interativas.

Existem, segundo Paterson, Bottorff e Hewat, (2003) *apud* Ferreira, Torrecilha e Machado (2012, p.3), diferentes tipos de observação sendo: observação participante, observação não participante e observação sistemática.

⁶³ As perguntas para os usuários foram elaboradas tendo como referência o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – Brasília DF, 2010.

Para Moreira (2004) *apud* Ferreira, Torrecilha e Machado (2012, p.3), na observação participante o observador torna-se parte da situação a observar.

A observação também permite detectar e obter informações por vezes não apreendidas por outros métodos. Entretanto, a observação científica exige rigor e sistematização, diferenciando-se da observação informal.

Para Bechker (1972) *apud* Ferreira, Torrecilha e Machado (2012, p.3), a observação apresenta algumas características específicas como coletar dados durante longos períodos; coletar as informações de maneira discreta e reservada; coletar informações que possibilitem uma predição do fenômeno e produzir dados.

Ela precisa ser prioritariamente, controlada e sistemática e, para que isso ocorra, é necessário planejamento e preparação do trabalho por parte do pesquisador/observador.

Para Tjora (2006) *apud* Ferreira, Torrecilha e Machado (2012, p.6), as dificuldades da observação incluem situações que implicam em como fazer anotações de campo, o que anotar e, implicitamente, o que observar. Ainda segundo Tjora (2006) “a eficiência da observação como metodologia de pesquisa em ciências sociais é baseada na capacidade de recolher dados significativos em um curto espaço de tempo” (TJORA, 2006 *apud* FERREIRA, TORRECILHA e MACHADO, 2012, p.6).

Nesta perspectiva, a pesquisadora fez a opção por empregar a observação participante, objetivando extrair informações no sentido de enriquecer as informações coletadas a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os usuários e o médico do PMM. Além disso, a observação *in loco* permitiu à mesma coletar informações de forma discreta e reservada, evitando possíveis constrangimentos ou percepções críticas por parte da equipe em relação aos aspectos observados.

De modo a orientar o trabalho de observação foi elaborado um roteiro de observação (Apêndice 4) que permitiu uma compreensão prévia dos aspectos a serem verificados *in loco* pela pesquisadora, de modo a descrevê-los, posteriormente, com segurança e evitar uma observação informal ou pouco precisa do ambiente observado.

No que diz respeito à análise e interpretação dos dados foi utilizada a técnica de *Análise de Conteúdo*. Para Minayo (2010, p. 303),

a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um

determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

De acordo com Berelson (1952, p. 18) *apud* Minayo (2010, p.304) a definição de Análise de Conteúdo “é uma técnica de pesquisa objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

Ainda segundo Minayo (2010, p.308) é preciso, ao desenvolver a análise de conteúdo,

(...) ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação.

Considerando as diversas modalidades de Análise de Conteúdo existentes, optou-se pela Análise Temática por considerá-la a mais apropriada às investigações aqui propostas. A análise temática relaciona-se, segundo Minayo, (2010, p.315),

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Para Bardin (1979, p. 105) *apud* Minayo (2010, p. 315) “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

A partir da compreensão do conceito de tema, passa-se à compreensão de que fazer uma análise temática, de acordo com Minayo (2010, p. 316) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

A análise temática, ainda segundo Minayo (2010, p. 316-318), desdobra-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, sendo:

a) Primeira etapa: Pré-análise Consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas: Leitura flutuante: Leitura

flutuante (...), Constituição do Corpus (...); Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos

(...)

b) Segunda etapa: Exploração do material consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização – que consiste num processo de redução do texto à palavras e expressões significativas

(...)

c) Terceira etapa: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, inferência e a interpretação. Os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

De acordo com Campos (2004, p. 613), é necessário reconhecer os limites entre aquilo que se diz, de fato, e aquilo que se pode inferir do que foi expresso na entrevista no processo de análise. Ele descreve como “conteúdos manifestos ou latentes” e, segundo o autor:

(...) em relação aos conteúdos manifestos (explícitos), é dele que se deve partir (tal como se manifesta) e não falar “através dele”, num exercício de mera projeção subjetiva, da mesma maneira é importante que os resultados da análise de conteúdo devam refletir os objetivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos no conteúdo das comunicações.

Para qualificar a análise e realizar o tratamento dos dados, Minayo (2010, p. 356) aponta para uma maneira de realizar este trabalho quando organiza um percurso orientador a seguir, estruturado em três fases, sendo: 1ª) Ordenação de dados “engloba tanto as entrevistas como o conjunto do material de observação e dos documentos populares e institucionais, referentes ao tema concepções de saúde e doença.” (inclui a transcrição dos áudios, releitura do material, organização dos relatos, organização dos dados de observação); 2ª) Classificação de dados, inclui leitura horizontal e exaustiva, assumindo uma relação interrogativa, elaboração de uma primeira classificação, onde cada tópico é separado e guardado, enxugamento da classificação por temas mais relevantes, leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. (MINAYO, 2010, p. 357) e a 3ª) Análise final (busca

delinear o produto, objetivando que as conclusões do trabalho ofereçam pistas e indicações para propostas de planejamento, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades.) (MINAYO, 2010, p. 359).

3.7 A pré-análise dos dados

Uma vez coletados os dados por meio das entrevistas semiestruturadas, estes foram transcritos por uma profissional contratada pela pesquisadora e sistematizadas as observações *in loco* realizadas na UBS Samambaia.

Posteriormente, foram realizadas diversas leituras do material que objetivou destacar e anotar palavras, expressões, frases e textos considerados relevantes nas falas dos entrevistados transcritas para análise.

A pré-análise dos dados relativa às entrevistas semiestruturadas foi dividida em dois universos. Primeiramente, foram pré-analisados os dados obtidos a partir das entrevistas com os usuários e, em um segundo momento, foram pré-analisados os dados obtidos a partir da entrevista com o médico do PMM. Já a pré-análise dos dados relativos a observação *in loco* realizou-se por meio da descrição dos dados a partir do roteiro de observação formulado.

Os dados obtidos a partir da realização das entrevistas semiestruturadas com os usuários foram organizados da seguinte forma: descrição dos entrevistados; categorização das perguntas; a tabulação das respostas obtidas por categorias.

Os entrevistados usuários foram identificados através da sigla U (usuários), seguida por um número, de um a quatro, para manter a identidade dos mesmos em sigilo e favorecer o reconhecimento da demanda que os levou à UBS Samambaia conforme tabela 17.

Os dados obtidos a partir da entrevista com o médico do PMM foram organizados da seguinte forma: descrição do médico; tabulação das respostas; comparação dos dados.

3.7.1 Os usuários

No que diz respeito à descrição dos usuários entrevistados, os mesmos organizados da seguinte forma:

Tabela 17: Descrição dos entrevistados

| Usuários | Situação de saúde | Sexo | Idade | Ocupação profissional |
|----------|---------------------|------|-------|-----------------------|
| U1 | Gestante | F | 28 | Dona de casa |
| U2 | Crônico | M | 77 | Aposentado |
| U3 | Puericultura/ filho | F | 40 | Dona de casa |
| U4 | Agudo | F | 80 | Dona de casa |

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz- arquivo da pesquisadora/2015.

Conforme a Tabela 17 – Descrição dos entrevistados, três são do sexo feminino e um é do sexo masculino. O item idade é bastante variado, uma vez que dois dos entrevistados compõe a categoria da pessoa idosa, um adulto e um usuário jovem. Com relação à ocupação profissional, verifica-se que nenhum entrevistado apresenta vínculo formal de trabalho.

No que diz respeito à categorização das perguntas feitas aos usuários foi utilizada a organização em dez categorias de modo a facilitar a análise, sendo elas:

- A - Grau de Afiliação do Usuário ao Serviço de Saúde;
- B - Acesso de Primeiro Contato/Utilização;
- C - Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade;
- D - Longitudinalidade;
- E - Coordenação/Integração de Cuidados;
- F - Coordenação/Administração;
- G - Integralidade/Serviços disponíveis e Serviços prestados;
- H - Enfoque Familiar;
- I - Orientação Comunitária;
- J - Programa Mais Médicos (PMM).

Quadro 1: Categorias e Perguntas

| CATEGORIAS | PERGUNTAS |
|---|--|
| A – GRAU DE AFILIAÇÃO DO USUÁRIO AO SERVIÇO DE SAÚDE | A1 – Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? |
| | A2 – Há um médico que a conhece melhor como pessoa? |

| | |
|--|--|
| B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO /UTILIZAÇÃO | B1 – Quando você necessita de uma consulta de rotina, check-up, você vai a UBS antes de ir a outro serviço de saúde? |
| C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO/ACESSIBILIDADE | <p>C1 – A UBS fica aberta no sábado ou no domingo?</p> <p>C2 – Quando a sua UBS está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?</p> <p>C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de rotina, “check-up” nesta UBS?</p> <p>C4 – Quando você chega a UBS, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?</p> <p>C5 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar consulta na UBS?</p> <p>C6 – É difícil para você conseguir atendimento médico na sua UBS quando pensa que é necessário?</p> |
| D – LONGITUDINALIDADE | <p>D1 – Quando você vai a UBS, é o mesmo médico que atende você todas às vezes?</p> <p>D2 – Você acha que o seu médico entende o que você diz ou pergunta?</p> <p>D3 – O seu médico responde suas perguntas de maneira que você entenda?</p> <p>D4 – O seu médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?</p> <p>D5 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico?</p> <p>D6 – O seu médico conhece a sua história clínica (história médica) completa?</p> <p>D7 – O seu médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?</p> <p>D8 – O seu médico sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?</p> <p>D9 – Você mudaria de UBS para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?</p> |
| E – COORDENAÇÃO/INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS | <p>E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento na UBS?</p> <p>E2 – O médico sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?</p> <p>E3 – O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?</p> <p>E4 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?</p> <p>E5 – O seu médico pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?</p> |
| F – COORDENAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO | F1 – Quando você vai a UBS, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? |
| G – INTEGRALIDADE/SERVIÇOS DISPONÍVEIS E SERVIÇOS PRESTADOS | <p>G1 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.</p> <p>G2 – Vacinas (imunizações).</p> <p>G3 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário) e tratamento dentário.</p> <p>G4 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.</p> <p>G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).</p> <p>G6 – Sutura de um corte que necessite de pontos.</p> <p>G7 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.</p> <p>G8 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).</p> <p>G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).</p> <p>G10 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido).</p> |

| | |
|--|--|
| | G11 – Remoção de verrugas. |
| | G12 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). |
| | G13 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. |
| | G14 – Cuidados pré-natais. |
| | G15 – Remoção de unha encravada. |
| | G16 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). |
| | G17 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... |
| | G18 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma). |
| | G19 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. |
| | G20 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. |
| | G21 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. |
| | G22 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. |
| | G23 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. |
| | G24 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. |
| | G25 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. |
| | G26 – Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). |
| | G27 – Como prevenir quedas. |
| H – ENFOQUE FAMILIAR | H1 – O seu médico já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? |
| | H2 – O seu médico se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? |
| I – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA | I1 – Alguém na UBS faz visitas domiciliares? |
| | I2 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)? |
| J - PROGRAMA MAIS MÉDICOS - PMM | J1 – Você sabe o que é o PMM? |
| | J2 – Você sabia que o médico que trabalha na UBS é do PMM? |

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz- arquivo da pesquisadora/2015.

Na página seguinte, apresenta-se a tabulação das respostas dos entrevistados por categorias após a transcrição dos áudios, conforme Quadro 2.

Quadro 2: Tabulação das respostas dos entrevistados por categorias

| CATEGORIAS | PERGUNTAS | RESPOSTAS | DESCRICAÇÃO DAS RESPOSTAS |
|---|--|--|--|
| A – GRAU DE AFILIAÇÃO DO USUÁRIO AO SERVIÇO DE SAÚDE | A1 – Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? | SIM (04) | POSTO DE SAÚDE (04) POLICLINICA (01) |
| | A2 – Há um médico que a conhece melhor como pessoa? | SIM (03) NÃO (01) | MEDICO DO PMM (03) |
| B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO /UTILIZAÇÃO | B1 – Quando você necessita de uma consulta de rotina, check-up, você vai a UBS antes de ir a outro serviço de saúde? | SIM (03) NÃO (01) | POSTO (02) POLICLINICA E POSTO (01) MEDICO PARTICULAR (01) |
| C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO/ACESSIBILIDADE | C1 – A UBS fica aberta no sábado ou no domingo? | NÃO (04) | DE SEGUNDA A SEXTA (02) |
| | C2 – Quando a sua UBS está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia? | SIM (04) | DEMORA MAS ATENDE (02) QUANDO ESTÁ CHEIO E O PROBLEMA É SIMPLES VOLTÓ OUTRO DIA (01) |
| | C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de rotina, “check-up” nesta UBS? | SIM (04) | ACS AGENDA (01) PARA EXAME É DEMORADO (01) |
| | C4 – Quando você chega a UBS, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? | SIM (02) DEPENDE (01) NÃO (01) | MAIS DE UMA HORA (01) UMA HORA OU DUAS (01) |
| | C5 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar consulta na UBS? | NÃO (04) | A ACS MARCA (01) A ENFERMEIRA (02) NA RECEPÇÃO (01) |
| | C6 – É difícil para você conseguir atendimento médico na sua UBS quando pensa que é necessário? | NÃO (03) SIM (01) | FINAL DE SEMANA (01) |
| D – LONGITUDINALIDADE | D1 – Quando você vai a UBS, é o mesmo médico que atende você todas às vezes? | SIM (04) | A ENFERMEIRA OU O MEDICO (01) |
| | D2 – Você acha que o seu médico entende o que você diz ou pergunta? | SIM (04) | |
| | D3 – O seu médico responde suas perguntas de maneira que você entenda? | SIM (03) NÃO RESPONDEU (01) | |
| | D4 – O seu médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? | SIM (04) | DEIXA FALAR TUDO, EXPLICA TUDO DIREITINHO (01) O MEDICO E CALMO (01) O MEDICO E BEM ATENCIOSO (01) |
| | D5 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico? | SIM (04) | |
| | D6 – O seu médico conhece a sua história clínica (história médica) completa? | SIM (01) NÃO (01) MAIS OU MENOS (02) | NÃO ESTA POR DENTRO (01) SABE O QUE EU CONTEI PARA ELE (01) |
| | D7 – O seu médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? | SIM (03) TALVEZ (01) | ACHO QUE SABE (01) |
| | D8 – O seu médico sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? | SIM (03) NÃO (01) | |
| | D9 – Você mudaria de UBS para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? | NÃO (03) TALVEZ (01) | EU GOSTO DAQUI (01) MUITO BOM O POSTINHO DAQUI (01) AQUI ESTA PERTINHO, E MAIS FACIL IR, OU AQUI OU A POLICLINICA (01) |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | SE NÃO ESTIVESSE ME CORRESPONDENDO E EU TIVESSE AS CONDIÇÕES EU MUDARIA (01) |
| E COORDENAÇÃO/INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS | E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento na UBS? | SIM (03) NÃO (01) | TINHA UM PLANO DE SAÚDE DO MARIDO (01) MÉDICO PARTICULAR (01) ORTOPEDISTA PARA LEVAR A FILHA (01) |
| | E2 – O médico sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? | SIM (01) NÃO (02) NÃO RESPONDEU (01) | FOI ELE QUE ME ENCAMINHOU (01) |
| | E3 – O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? | SIM (01) NÃO (02) NÃO RESPONDEU (01) | ESCREVEU TUDO DIRETINHO (01) |
| | E4 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? | SIM (02) NÃO RESPONDEU (02) | PERGUNTA, PERGUNTA (01) PERGUNTA SIM. (01) |
| | E5 – O seu médico pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)? | SIM (02) NÃO RESPONDEU (02) | |
| F COORDENAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO | F1 – Quando você vai a UBS, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? | SIM (04) | ESTA TUDO LA (01) E SO FALAR O NUMERO DO PRONTUARIO (01) |
| G INTEGRALIDADE/SERVIÇOS DISPONÍVEIS E SERVIÇOS PRESTADOS | G1 – A família participa de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. | SIM (01) NÃO (01) NÃO SEI (02) | |
| | G2 – Vacinas (imunizações). | SIM (04) | |
| | G3 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário) e tratamento dentário. | SIM (04) | |
| | G4 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | SIM (02) NÃO SEI (02) | |
| | G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir). | NÃO (03) NÃO SEI (01) | |
| | G6 – Sutura de um corte que necessite de pontos. | NÃO SEI (04) | |
| | G7 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | NÃO (02) NÃO SEI (02) | |
| | G8 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | NÃO (04) | |
| | G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). | NÃO (04) | |
| | G10 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido). | NÃO SEI (04) | |
| | G11 – Remoção de verrugas. | NÃO (02) NÃO SEI (02) | |
| | G12 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). | SIM (02) NÃO SEI (02) | |
| | G13 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. | SIM (03) NÃO SEI (01) | |
| | G14 – Cuidados pré-natais. | SIM (04) | |
| | G15 – Remoção de unha encravada. | NÃO SEI (04) | |
| | G16 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). | NÃO (03) NÃO SEI (01) | |

| | | | |
|--|--|--------------------------|--|
| | G17 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... | SIM (04) | |
| | G18 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma). | NÃO (04) | |
| | G19 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. | SIM (04) | |
| | G20 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. | SIM (04) | |
| | G21 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. | NÃO (04) | |
| | G22 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. | SIM (04) | |
| | G23 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. | NÃO (04) | |
| | G24 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. | SIM (04) | |
| | G25 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. | NÃO (04) | |
| | G26 – Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). | NÃO (02) NÃO SEI (02) | |
| | G27 – Como prevenir quedas. | SIM (02) NÃO SEI (02) | |
| H – ENFOQUE FAMILIAR | H1 – O seu médico já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? | SIM (02) NÃO (02) | ELE PERGUNTA O QUE VOCE SENTE E TRATA (01) COMECEI RECENTEMENTE, PARA ACOMPANHAMENTO DO PRE NATAL (01) |
| | H2 – O seu médico se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? | SIM (03) NÃO SEI (01) | SIM, ELE E UMA PESSOA MUITO TRANQUILA (01) SE FOR O DOUTOR XXX ELE VEM, OS OUTROS QUASE A GENTE NÃO TINHA COSTUME COM ELES (01) |
| I – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA | I1 – Alguém na UBS faz visitas domiciliares? | SIM (04) | |
| | I2 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)? | SIM (04) | CONVIDA SEMPRE E A GENTE VAI (01) CONVIDOU PARA PARTICIPAR DO GRUPO DE GESTANTES (01) |
| J - PROGRAMA MAIS MÉDICOS – PMM | J1 – Você sabe o que é o PMM? | SIM (01) NÃO (03) | ACORDO PARA TRAZER MÉDICOS. |
| | J2 – Você sabia que o médico que trabalha na UBS é do PMM? | SIM (01) NÃO (03) | |

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz- arquivo da pesquisadora/2015.

3.7.2 Médico do PMM

Quanto à descrição do médico do PMM entrevistado, o mesmo é de nacionalidade cubana, especialista em Medicina Geral Integral e em Oftalmologia, ambas as especializações realizadas em Cuba. No período de 2005 a 2012 trabalhou como médico de família na Venezuela, participando da Missão Barrio Adentro⁶⁴ e como oftalmologista na Operação Milagros⁶⁵. Atua no PMM como médico cooperado desde outubro 2013, em Juatuba, Minas Gerais com previsão de permanência até outubro de 2016. O seu contrato de trabalho com o PMM poderá ser renovado por mais três anos, conforme regras atuais do Programa.

No que diz respeito à tabulação das respostas do médico do PMM, estas foram organizadas no seguinte quadro:

⁶⁴ A Missão Bairro Adentro surgiu como uma experiência piloto nos municípios Libertador (de Caracas) e Sucre (do estado Miranda), tendo como antecedente o trabalho efetuado pelos médicos cubanos. A nova política dos serviços de saúde surgiu para dar atendimento às comunidades das zonas mais empobrecidas que não tinham acesso aos serviços de saúde do primeiro nível de atenção. Disponível em URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/2741> Acesso em: agosto de 2015.

⁶⁵ A Missão Milagros, consiste em operar gratuitamente os latino-americanos pobres que têm cataratas ou outras enfermidades oculares, mas estão impossibilitados de pagar uma operação que custa entre 5 e 10 mil dólares, segundo os países. Essa missão humanitária se estendeu a outras latitudes (África, Ásia). Ela inclui a participação de 165 instituições cubanas. Dispõe de 49 centros oftalmológicos em 15 países da América Latina e do Caribe (Cuba, Venezuela, Equador, Haiti, Honduras, Panamá, Guatemala, São Vicente e Granatinas, Guiana, Paraguai, Granada, Nicarágua e Uruguai). Disponível em: <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniao/29162/cuba+ou+a+globalizacao+da+solidariedade+a+operacao+milagre.shtml> Acesso em: agosto de 2015.

Quadro 3: Compilação das respostas do médico do PMM às perguntas 1,2,3,5,6,e,7.

| PERGUNTAS | RESPOSTAS | |
|--|---|---|
| | APS EM CUBA | AB NO BRASIL |
| 1. Como é ser médico de família em Cuba? E no Brasil? | <p><i>“Em Cuba quando a gente decide ser médico, é ser médico de família mesmo entendeu? Sem brincadeira. Lá o tamanho é um médico por mil pessoas, é um médico por quatrocentas famílias aproximadamente. Quando você trabalha pra mil pessoas, a maioria da população, a maioria não, todas as pessoas conhecem o médico. E o médico tem a possibilidade de entrar a cada apartamento, cada casa, conhecer a sua criança, conhecer a gestante, e ter o mínimo de conhecimento da pessoa: a profissão dele, os estudos. Normalmente a população é muito preparada, então a sua formação tem que ser desse jeito ou melhor pra poder ter uma conexão com ele. O médico tem que chegar até o paciente e ganhar a sua confiança. O paciente fica de olho com você, se você comete o mais mínimo erro, ele fica de olho. Ele compreende, ele entende cada erro que você comete. Eu acho que o médico lá tem que ficar muito preparado pra poder atender essa população”.</i></p> | <p><i>“No Brasil, sem ficar chato, eu acho que a gente chegou com essa ideia do gigante do Brasil, o gigante das Américas. E a gente teve uma, (silêncio) a gente ficou quase que triste porque o paciente não fica perto do médico não, o paciente fica distante, com pouca confiança. Eu acho que não é de hoje é de vinte oito anos atrás, da implantação da atenção básica no Brasil ainda o médico não abriu mão e não criou essa confiança com o paciente. Eu acho que falta muita comunicação entre o médico e paciente e a gente tá tentando, a gente tá lutando pra agradar a nossa população e conseguir. Procura melhorar os indicadores de saúde de cada população, de cada bairro aonde a gente trabalha”.</i></p> |
| 2. Quais são os maiores desafios que você enfrenta na sua atuação como médico de família em Cuba? E no Brasil? | <p><i>“Olha, como eu te falei, o médico em Cuba, o médico da família, trabalha pra mil pessoas. Então como o sistema é único a nível de todo país, (o sistema único de saúde público, não tem sistema privado) o país mantém, ele mantém os indicadores. É uma luta constante com o Ministério pra manter os indicadores nos melhores níveis do mundo, sendo Cuba um país do terceiro mundo. Ele mantém os níveis de países de primeiro mundo como Canadá, como os Estados Unidos entendeu?”.</i></p> <p><i>“E aí, o desafio para o médico de família é de trabalhar no posto, na unidade básica de saúde. Você trabalha baseado nessa escala de nível nacional, a gente leva os indicadores a essa escala do posto de saúde, então você tem que lutar com muita força, tem que lutar dentro desses indicadores tanto no atendimento ao pré-natal, como a puericultura, com o idoso, como a doença crônica, para manter junto seus indicadores com os indicadores do país”.</i></p> | <p><i>“Bom, no Brasil tentando falar, vou dar continuação a minha experiência em Cuba sobre os indicadores que nossa função como médico de família é manter os indicadores dentro do intervalo, dentro dos níveis. Eu acho que no Brasil é tentar modificar esses indicadores de saúde principalmente na comunidade. Infelizmente, ainda no Brasil, a gente trabalha pra cima da média da quantidade de população que um médico tem que atender. Eu trabalho com dois mil, tenho um colega que trabalha pra três mil, às vezes é muito difícil, às vezes não, sempre é muito difícil, quando você tá acima da quantidade de pessoa que um médico teria que atender. Eu acho que o principal é tentar modificar os indicadores da comunidade e melhorar o estado de saúde da população”.</i></p> |
| 3. Em sua opinião, quais | <p><i>“Olha, o sistema de saúde de Cuba, falando de história, já tem quarenta e três anos. O PSF (com um médico, uma enfermeira de família, com o policlínico de referência e apoio</i></p> | <p><i>“E no Brasil, eu acho que tem vinte e oito anos aproximadamente de trabalho com a atenção básica, com o PSF em cada comunidade... Eu acho</i></p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>são as principais diferenças entre o sistema de saúde cubano e o SUS.</p> | <p><i>dos hospitais gerais) tem quarenta e três anos. Eu acho que uma coisa muito importante no ano oitenta, oitenta e um, oitenta e dois que começou o posto de saúde da família, o principal, a principal ação lá foi a promoção e prevenção da saúde pra evitar a doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e, junto com essas ações, a intersetorialidade. É a união, a fusão entre o posto da comunidade e a secretaria do setor, tô falando a secretaria da educação, tô falando da secretaria de obras, da secretaria de cultura, da secretaria de esporte... Se você não tem essa fusão entre a gestão do município, da prefeitura e o posto, é muito difícil você ter uma melhora dos indicadores de saúde."</i></p> | <p><i>que ainda tá faltando, minha visão humilde, tranquila, que ainda falta essa fusão, essa união entre o setor, a secretaria do município com o posto de saúde. Eu tô falando para ti como uma resposta rápida a qualquer problema no bairro. Exemplo: tem um aumento, uma crise, uma situação fictícia, de uma escola, uma epidemia, alguma coisa, uma diarreia em uma escola por problema do esgoto, a gente precisa de uma ação rápida da secretaria de obras. Às vezes não funciona legal e aí não tem como agir diante de uma situação dessa".</i></p> |
| <p>5. Em sua opinião, o que falta no SUS para que os indicadores de saúde sejam similares aos alcançados em Cuba?</p> | | <p><i>"Eu acho que essa pergunta é muito parecida com a pergunta três. Eu acho que o posto de saúde começando pelo agente comunitário de saúde, pela técnica de enfermagem, pela enfermeira e o médico (pessoas que são criadas, cresceram no Brasil) eu acho que ainda falta muito conhecimento sobre a importância da promoção e prevenção da saúde. Até que a agente de saúde, que fica de porta em porta, de casa em casa, de rua em rua, tenha noção do que seja promoção e prevenção e tudo (silêncio), que a população vai ganhar no futuro com essa ação da promoção e prevenção à saúde, eu acho que até que sua ficha não caia, a comunidade não vai melhorar muito, não vai adiantar muito. Mas ela e todos têm que continuar lutando pra gente chegar a melhorar os indicadores de saúde. E o que eu ia falar também, integrar o PSF à secretaria do município, tudo junto na promoção, prevenção, ação do trabalhador, do servidor do posto. Aí, a gente vai procurar melhorar o comportamento dos usuários e melhorar também o conhecimento de saúde dos usuários.</i></p> |
| <p>6. O que você levaria do SUS para o sistema de saúde de Cuba? 7. O que você traria do sistema de saúde de</p> | <p><i>"Bom, o SUS no Brasil fala desde a atenção básica a saúde até os hospitais até essa atenção (inaudível) atendimento paliativo, mas sempre tem que mexer com a atenção privada acho que é uma mistura aqui no Brasil. Em Cuba não é desse jeito. Eu acho que lá é super diferente, super mais humanitário. E eu falaria a mesma coisa que falei no início essa atividade de promoção e educação em saúde que aí fica tudo. Atividade de educação em saúde, levar esse conhecimento à toda população de o bairro mais carente, mais afastado e no centro do município, lá onde fica a população mais preparada. É uma</i></p> | <p><i>"Bom, em esquema, eu acho que a gente gostou muito aqui do agendamento. A agenda da consulta, o atendimento durante a semana principalmente o doente, o paciente com doença crônica. Em Cuba a gente tem o agendamento de atendimento apenas para puericultura, pré-natal. Aqui no Brasil o agendamento é geral. A gente faz um agendamento e faz uma regulação pra não mal usar o dia a dia ou abusar do atendimento médico. A pessoa que realmente não precisa não iria. Junto com este recurso, levaria também essa vaga de agente comunitário de saúde, que</i></p> |

| | | |
|------------------|--|---|
| Cuba para o SUS? | <p><i>coisa que gente não pode deixar de falar , é a humanização do serviço desde o posto de saúde hasta os hospitais mais grandes”.</i></p> | <p><i>com a preparação do pessoal em Cuba, eu acho que oh!, ficaria muito tranquilo pro médico, ficaria muito tranquilo pra enfermeira contar com a presença de agente comunitário de saúde na comunidade. Também a farmácia dentro do posto eu acho muito interessante. É uma ideia e a gente poderia até levar a ideia, mas em Cuba a farmácia fica dentro da comunidade também. Mas o preço dos remédios lá são subsidiados pelo o governo, eu acho que o valor do medicamento comparado com o do Brasil não faz muita diferença, eu tô falando do valor, lá em Cuba e aqui no posto. Aqui no Brasil o que é de graça, subsidiado pelo governo, fica mais perto do usuário.</i></p> <p><i>Outro ponto é o NASF. A gente tem o NASF em Cuba, mas com uma outra estrutura. São fundamentais suas ações junto à equipe do PSF.</i></p> <p><i>Aqui o NASF não está junto ao serviço, fica n área central do município. Acho que os NASFs deveriam ficar nos bairros. É muito difícil por enquanto aqui no Brasil”.</i></p> |
|------------------|--|---|

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz – arquivo da pesquisadora/2015.

Quadro 4: Compilação das respostas do médico do PMM relativas às perguntas 4, 8, 9 e 10.

| PERGUNTAS | RESPOSTAS |
|--|---|
| 4. O que dificulta a sua atuação como médico de família no Brasil? | <i>“Como médico no Brasil eu acho que a gente já tem quase dois anos trabalhando na mesma unidade de saúde e não conheço o país todo. Como médico eu acho a situação mais difícil aqui, no momento, é encaminhar um paciente da atenção básica de saúde pra algum especialista e ter um retorno, ter informação da avaliação desse especialista, saber a conduta tomada por ele. Além também, como médico da comunidade a organização do meio diagnóstico pra chegar a alguma conclusão do diagnóstico do paciente, que é muito necessário. A gente luta com as garras, luta com a clínica, mas sempre a gente precisa conferir a hipótese diagnóstico clínico com algum meio diagnóstico pra tirar uma conclusão definitiva. Eu acho que aí a gente tem que se esforçar muito pra conseguir essa impressão diagnóstica definitiva, além disso também a cirurgia. A urgência nem tanto, mas a cirurgia eletiva é muito demorado, junto com a possibilidade de internar, procurar uma vaga pra internar o paciente”.</i> |
| 8. O que você aprendeu atuando na Atenção Básica no Brasil? | <i>“Bom, no Brasil eu aprendi muita coisa. É pra mim, quando a gente fala brincando, muita coisa, é que não aprendi muito, simplesmente fiquei com um vazio no meu coração. É que a cada dia tenho que ter mais vontade de ajudar o próximo. Eu acho que é uma, é lógico que no século XXI ainda há uma dívida com a comunidade e que seja tão grande, falando nesse caso da saúde”.</i> |
| 9. O PMM oferece suporte para você trabalhar? | <i>“Eu acho que sim, eu acho que desde que foi criado o programa em dois mil e treze que foi, acho que foi pensado em dois mil e doze, mas saiu em agosto de dois mil e treze. Eu acho que no início já tinha portaria que de forma legal, autorizava o médico do programa, um intercambista ter acesso a curso de capacitação por um setor da educação pra melhorar o tempo dele no Brasil e não ficar parado. Eu acho que os cursos são bom estruturados, tem um sistema, de trás deles têm muitos professores, têm pessoas capacitadas que ajudam a fortalecer essa capacitação. Os cursos que são online e presenciais na Universidade Federal de Minas Gerais, tem o Telessaúde que a gente pode postar fotos, casos clínicos com diferentes especialistas e a gente tem um retorno em até quarenta e oito horas. Outra coisa que a gente gosta muito é a gestão do município, começando pela Secretaria de Saúde. A ajuda no transporte, na alimentação, na moradia. As condições no PSF também são criadas pra que o médico intercambista não tenha problemas. E a outra coisa que a gente precisa e que a gente tem, é o CRM paralelo ao nosso RMS, nosso Registro Médico de Saúde. A gente tem também um supervisor pra nos avaliar, pra nos visitar mensalmente. O único problema é que, às vezes, os supervisores presentes não concordam, são contra o programa e falam desse jeito. Mesmo assim eles ainda continuam sendo os supervisores do programa. Aí é onde não concordo, mas gosto da presença dele porque é única conexão com a parte legal de nossa presença e registro. Acho também que o supervisor teria que enfrentar esse SUS e a importância dele, teria que enfrentar não sei se preconceito é a palavra, que tem algum profissional com a gente, quando a gente emite um atestado até por um dia, a gente não emite um atestado por mais de quatro, cinco dias e o paciente que ficaram um dia todo no posto, que ficaram doente com dengue principalmente, com uma amigdalite, com alguma febre, a gente dá um atestado e quando chega no trabalho, tem colega, tem profissional brasileiro que rasga, exclui o atestado e fala que ele é ilegal, que não é aceitável, que o profissional intercambista tá ilegal no país, apesar de ter uma portaria, de ter uma lei federal do Ministério que autoriza a fazer o atesto, mas o supervisor tem que ficar aí pra nos ajudar nesse meio.”</i> |
| 10. Em sua opinião, o SUS oferece atenção integral aos usuários? | <i>“Eu acho que atenção integral aos usuários é uma frase muito grande. Eu até gostaria de ter. Como eu te falei, em Cuba (que o sistema tem quarenta e três anos) a gente tem quase tudo subsidiado pelo governo, a gente tem tudo bem feito em promoção prevenção, tem tudo bem feito na doença crônica não transmissível, tem tudo bem feito no tratamento paliativo e ainda essa atenção integral ao paciente não fica no cem por cento. Dessa reflexão entendeu, o Brasil em parte no PSF eu acho que é muito bom, acho que no PSF quando médico consegue ter uma equipe boa, ter uma parceria legal com a enfermeira e com a ACS eu acho que essa atenção, com o NASF que o fisioterapeuta, o nutricionista, o psicólogo eu acho que integralmente a população fica feliz, que médico além de ficar no posto, faz visita na sua casa,</i> |

| | |
|--|---|
| | <p><i>principalmente para gestante, para o recém-nascido, a puérpera, o paciente que tá acamado, o paciente que tem quem úlcera no membro inferior e não dá pra caminhar, o paciente que tá com o pé amputado...Eu acho que integralmente a gente tenta ficar perto. Até vacinar, por exemplo, o município proporciona um carro pra chegar até essa casa, essa pessoa que tá com problema, a enfermeira ajuda até a fazer o trâmite pro bolsa família. Eu acho que de forma integral, a vacinação que eu falei, desde o PSF ficava perto dessa atenção integral, mas já quando sai do PSF, procurando como eu tinha falado no início, especialistas, hospitais gerais, Inter consultas com especialistas, eu acho que aí demora muito. E pra fazer um ultrassom, pra fazer uma tomografia, pra fazer um algum ecodoppler? Aí atrapalha muito e perdemos todo essa integralidade que tentava fazer durante o início da consulta. Eu acho que tá faltando muito pra chegar, pra falar, pra ter essa força e falar se no Brasil tem uma atenção integral satisfatória. Acho que tá faltando muito ainda, muito”.</i></p> |
|--|---|

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz - arquivo da pesquisadora/2015.

A partir dessa compilação, as perguntas e respostas, quando possível, foram organizadas em um quadro comparativo, na perspectiva de se estabelecer, um paralelo entre a prática da (APS) exercida em seu país, Cuba, e prática (AB) exercida no Brasil, especialmente no PMM, de modo a facilitar a leitura e posterior análise dos dados.

Quadro 5: Sistematização comparada das respostas dadas pelo médico do PMM sobre a prática da APS/Cuba e sobre a prática da AB/Brasil.

| PERGUNTAS | RESPOSTAS | |
|--|--|---|
| | APS EM CUBA | AB NO BRASIL |
| 1. Como é ser médico de família em Cuba? E no Brasil? | <ul style="list-style-type: none"> - A escolha de ser médico é inevitavelmente, uma escolha que comporta ser, primeiramente, médico de família. - 01 médico para 1 mil pessoas ou 400 famílias. - Proximidade total com as famílias acompanhadas. - Vínculo relacional estreito: o médico tem a possibilidade de entrar a cada apartamento, cada casa, conhecer a sua criança, conhecer a gestante, e ter o mínimo de conhecimento da pessoa: a profissão dele, os estudos. - População preparada/esclarecida, o que exige do profissional um bom preparo e desempenho para possibilitar uma conexão e estabelecer um vínculo de confiança com a mesma (qualquer erro é observado). | <ul style="list-style-type: none"> - A ideia inicial de um país gigante não se concretizou na realidade. - Distanciamento entre médico e paciente, observada pouca confiança por parte do paciente. - Distanciamento histórico, desde a implantação da AB no Brasil (há 28 anos). - Falta muita comunicação entre o médico e paciente. - Tentativa de quebrar este ciclo, de modo a agradar e aproximar da população, visando melhorar os indicadores de saúde de cada população para qual trabalha. |
| 2. Quais são os maiores desafios que você enfrenta na sua atuação como médico de | <ul style="list-style-type: none"> - Reforça os pontos citados na pergunta 01. - Inexistência de um sistema privado de saúde e êxito do sistema público em manter bons indicadores. Apesar de Cuba apresentar limitações, por ser um país de 3º mundo, Cuba mantém os melhores níveis do mundo, como Canadá e EUA. | <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de mudanças dos indicadores de saúde, principalmente no nível local, objetivando um melhor estado de saúde da população. - Dificuldade em relação a quantidade de pessoas atendidas ou de responsabilidade |

| | | |
|---|---|--|
| <p>família em Cuba? E no Brasil?</p> | <p>- O médico de família deve estar comprometido para manter os índices da escala nacional em sua realidade de trabalho, tanto no atendimento ao pré-natal, com a puericultura, pessoa idosa.</p> | <p>do médico, podendo chegar a 2, 3 mil (acima da média cubana de 1 mil).</p> |
| <p>3. Em sua opinião, quais são as principais diferenças entre o sistema de saúde cubano e o SUS.</p> <p>5. Em sua opinião, o que falta no SUS para que os indicadores de saúde sejam similares aos alcançados em Cuba?</p> | <p>- O sistema de saúde de Cuba (APS com um médico, uma enfermeira de família, com o policlínico de referência e apoio dos hospitais gerais) tem 43 anos.</p> <p>- Nos anos 80 uma estratégia muito importante utilizada por Cuba foi o investimento em ações de promoção e prevenção da saúde (de modo a evitar doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis) e a intersectorialidade (envolvimento, união de ações de saúde com demais ações como da secretaria de educação, de obras, de cultura, de esporte). Sem a intersectorialidade, fusão de forças, é difícil manter os indicadores.</p> | <p>- O sistema de saúde no Brasil (AB e PSF) tem 28 anos e não apresenta esta proximidade, ações intersetoriais entre os setores da Prefeitura. Isto pode ser verificado em diferentes situações, como por exemplo, um caso hipotético de uma escola com problemas de esgoto, que gera uma epidemia qualquer. Esta situação demanda uma ação rápida da Secretaria de Obras e na ausência desta intervenção o médico apresenta um limite de ação.</p> <p>- Ausência de conhecimento por parte dos profissionais de saúde brasileiros (enfermeiros, ACS, técnica de enfermagem, médico) sobre a importância da promoção e prevenção da saúde. Destaca-se a ACS como profissional que mais pode apresentar esta noção, devido a sua proximidade com a população, e como profissional estratégico nesta luta.</p> <p>- Desenvolver ações intersetoriais, de modo a integrar o PSF às demais Secretarias Municipais, com ações de prevenção e promoção, ações para o trabalhador, para o servidor, etc. Dessa forma, será possível melhorar o comportamento do usuário, o seu conhecimento sobre saúde.</p> |
| <p>6. O que você levaria do SUS para o sistema de saúde de Cuba?</p> <p>7. O que você traria do sistema de saúde de Cuba para o SUS?</p> | <p>- A prática do agendamento de consultas, principalmente do paciente com doença crônica, utilizando-se de regras para não abusar do atendimento médico ou não fazer um bom uso das horas de trabalho diárias. Em Cuba realiza-se o agendamento somente para puericultura, pré-natal.</p> <p>- O trabalho dos ACS somado ao preparo das pessoas em Cuba facilitaria bastante o trabalho do médico, da enfermeira.</p> <p>- A farmácia dentro do Posto poderia ser uma ideia, embora em Cuba existam farmácias nas comunidades. Esta iniciativa de distribuição de remédios subsidiada pelo governo fica mais próxima ao usuário.</p> <p>- O NASF em Cuba é diferente, outra estrutura. As ações desenvolvidas pelo NASF devem acontecer em sintonia com as do PSF. No Brasil isto acontece de forma centralizada e não descentralizada, como</p> | <p>- Fortalecimento de ações de saúde pública e melhor compreensão dos aspectos da saúde privada x saúde pública (mistura).</p> <p>- O Brasil necessita humanizar suas práticas, como é verificado em Cuba, desde o serviço prestado em um Posto de Saúde, como nos grandes hospitais.</p> <p>- Investir em ações de promoção, educação e prevenção à saúde, para toda a comunidade, principalmente aquela com menos acesso aos grandes centros.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | deveria ser (nos bairros), podendo ser considerado um desafio para o Brasil. | |
|--|--|--|

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz- arquivo da pesquisadora/2015.

Quadro 6: Sistematização das respostas dadas pelo médico do PMM às perguntas 4, 8, 9 e 10.

| PERGUNTAS | RESPOSTAS |
|--|---|
| 4. O que dificulta a sua atuação como médico de família no Brasil? | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de conhecimento geral do país como um todo - Encaminhamento de um paciente da atenção básica de saúde pra algum especialista e obtenção de um retorno, de informações da avaliação do especialista, da conduta tomada por ele. - A dificuldade de verificação da hipótese diagnóstico clínico utilizando-se do meio diagnóstico para obtenção de uma conclusão definitiva. - A dificuldade relativa ao tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas e a possibilidade de internar ou obter uma vaga pra internar um paciente. |
| 8. O que você aprendeu atuando na Atenção Básica no Brasil? | <ul style="list-style-type: none"> - Não muito, <i>"fiquei com um vazio no meu coração"</i>. - A persistência em querer ajudar o próximo e a compreensão de que no século XXI ainda há uma grande dívida com a comunidade, no âmbito da saúde. |
| 9. O PMM oferece suporte para você trabalhar? | <ul style="list-style-type: none"> - Sim. Aspectos positivos: - Desde o lançamento com a portaria que instituía o PMM era permitido o acesso ao intercambista ao curso de capacitação oferecido. - Cursos bem estruturados, com profissionais capacitados, em plataforma online ou presencial, como o Telessaúde (que permite a postagem de fotos, casos clínicos para orientação de diferentes especialistas e o retorno em até 48 h da demanda postada). - Boa relação com a gestão do município, Secretaria de Saúde (auxílio transporte, alimentação e moradia). - As condições no PSF de modo a minimizar eventuais problemas para o médico intercambista. - O registro CRM paralelo ao Registro Médico de Saúde (RMS). - Presença de um supervisor que avalia o trabalho desempenhado pelo médico mensalmente, representando uma conexão e um registro formal. Aspectos negativos: - Postura de alguns supervisores de se posicionarem contra ou criticar o PMM. - Postura dos supervisores de não credibilidade nos profissionais do PMM, sobretudo, na contestação do número de dias para atestado, não levando em conta as condições de saúde do paciente. - Falta de legitimidade diante de outros profissionais, que não aceitam atestados emitidos por estrangeiros, alegando a ilegalidade dos mesmos no país. |
| 10. Em sua opinião, o SUS oferece atenção integral aos usuários? | <ul style="list-style-type: none"> - Em alguns aspectos é possível verificar a integralidade ao usuário, quando, por exemplo, existe uma equipe em sintonia e capacitada, em conexão com o NASF, com o fisioterapeuta, com o nutricionista, o psicólogo. Além disso, as visitas domiciliares, principalmente para a gestante, recém-nascido, puérpera, acamado e outras doenças, permite uma integralidade, pois aproxima da realidade do paciente. - As ações de vacinação do município, que possibilita a visita em caso de necessidade, são exemplos de práticas integrais, até mesmo o papel da enfermeira quando realiza um trâmite para inserção de um usuário no Programa Bolsa Família apresenta um olhar de atenção integral. - Destaca-se que fora desta realidade do PSF é difícil verificar práticas de integralidade, sobretudo, no que diz respeito às inter consultas com especialistas, aos hospitais, exames como ultrassom, |

| | |
|--|---|
| | <p>tomografia e isto prejudica todo o trabalho de integralidade que o médico tenta colocar em prática no seu Posto de Saúde.</p> <p>- O Brasil tem uma longa trajetória a ser percorrida e está longe de oferecer uma atenção integral satisfatória. Em Cuba, ao contrário, é possível verificar esta integralidade, desde as ações em promoção e prevenção em saúde, como nas demais práticas.</p> |
|--|---|

Fonte: Marina Abreu Corradi Cruz- arquivo da pesquisadora/2015.

3.7.3 A descrição da observação *in loco*: percepções da pesquisadora sobre a rotina de trabalho da UBS – Samambaia – Juatuba/MG

A partir de visitas *in loco* para observação e coleta de informações realizadas em agosto de 2015, em dias e turnos alternados⁶⁶, foi possível identificar diversas ações em saúde praticadas pela Unidade Básica de Saúde – Samambaia.

Está localizada em uma região de fácil acesso, possui placa visível de identificação, além de rampa para acesso de pessoas com deficiência. Possui dois computadores e um telefone que é usado para informar aos usuários de horários, disponibilidade de consultas, entre outros. Recentemente a unidade foi reformada e atende aos parâmetros exigidos pela vigilância sanitária.

A UBS Samambaia funciona de 7h às 16h nas segundas, terças e sextas-feiras. Em dois dias da semana, quartas e quintas, o horário é de 8h até 17h, a alteração no horário visa o atendimento eletivo de usuários trabalhadores. A equipe de onze servidores, trabalha um sábado ao mês de 8h às 12h, para atender aos usuários trabalhadores que não podem comparecer à UBS durante a semana. Nestes sábados são realizadas além de consultas médicas, exames cito patológicos pela enfermeira, campanhas preventivas como: Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outras.

O médico possui duas tardes por semana (8h) destinadas à sua própria formação. Quando o mesmo está em período de férias, a Secretaria de Saúde disponibiliza outro profissional para o atendimento na UBS em dois turnos por semana, ficando sob a responsabilidade da enfermeira o encaminhamento de usuários à urgência quando necessário.

A unidade conta com uma recepção, uma sala de espera, uma farmácia, uma sala de observação, dois consultórios, uma sala de curativos e uma sala de injetáveis.

⁶⁶ A observação aconteceu de 22/06 a 26/06, na parte da manhã e de 29/06 a 03/07, na parte da tarde.

A vacinação não ocorre diretamente na UBS, uma vez que o serviço de vacinação no município de Juatuba é centralizado. As campanhas de vacinação são realizadas pela UBS conforme calendário do MS.

O usuário se identifica na recepção, informa seu número de prontuário familiar, tem seus dados registrados em um caderno e aguarda o acolhimento. Este é realizado pela enfermeira em espaço privado, onde é triado, observando a necessidade clínica. Na oportunidade é feita a aferição de pressão arterial, de glicemia capilar (quando necessário), a medição de altura, da temperatura e do peso.

Em média, são realizadas vinte e oito consultas médicas por dia, em consultório privado, sendo que no período da manhã acontecem as eletivas, agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente de usuários com doenças crônicas e as solicitadas a partir do acolhimento da enfermeira. Em geral, estas são agendadas por causas agudas, tais como: Síndrome Febril Aguda, Infecções Respiratórias Agudas (Amigdalites Agudas, Otites), Infecções do Trato Urinário, Cefaleias, Dermatites, entre outras.

No período da tarde são realizadas ainda as eletivas, distribuídas para puericultura, pré-natal, grupos operativos (Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, pacientes em uso de medicamentos Psicotrópicos) e visitas domiciliares. As consultas de pré-natal e puericultura são realizadas conforme esquema de orientação do Ministério da Saúde, que contemplam avaliações médicas intercaladas com as de enfermagem e com o NASF, profissionais da fisioterapia, nutrição e psicologia.

As consultas para os pacientes crônicos, geralmente, incluem exames físico geral, avaliação do tratamento e solicitação de exames laboratoriais de controle.

Cotidianamente são realizadas ações em saúde como: curativos, suturas e retiradas de pontos, hidratação endovenosa, nebulizações, entre outros.

Os grupos operativos são temáticos e acontecem, usualmente, no período da tarde, com a participação de todas as equipes, incluindo as ACS e o NASF. Dentre os grupos, é possível citar o Hiper/dia; Planejamento familiar; Doenças respiratórias; Gestantes e outros. Em geral, eles acontecem na sala de espera, às quartas-feiras à tarde, e os usuários são convidados pelos ACS e por meio de informações/chamadas afixadas nos murais da UBS. A dinâmica de trabalho nos grupos é bastante variada. São utilizados recursos audiovisuais, brincadeiras, relatos de experiências, etc., de modo a estimular a maior participação e interesse dos usuários. As atividades são realizadas na quadra ao lado da UBS.

As visitas domiciliares são realizadas nas segundas-feiras, em função da disponibilidade do carro concedido pelo setor de transporte da Prefeitura de Juatuba/MG e, por isso, há uma rotatividade entre médico e enfermeira na execução das mesmas. As visitas domiciliares são agendadas e acompanhadas pelos ACS, de acordo com as necessidades dos usuários e indicação clínica. Os visitados, em sua maioria, são pessoas idosas, com dificuldades em deambular, acamados e pós-operados, puérperas e recém-nascidos e outros que por motivos variados não comparecem às consultas, porém necessitam de acompanhamento. De acordo com as informações obtidas, é possível realizar de três a quatro visitas médicas por semana e de duas a três visitas feitas pela enfermeira.

Quanto às reuniões de equipe, as mesmas são realizadas mensalmente, com a participação de todos os profissionais, no horário de trabalho com pautas variadas. A unidade não possui Conselho Local de Saúde.

3.7.4 A descrição da observação *in loco*: percepções da pesquisadora sobre a rotina do trabalho do médico do PMM na UBS – Samambaia – Juatuba/MG

A partir das visitas *in loco* para observação e coleta de informações realizadas no mesmo período citado anteriormente, foi possível identificar como se dá a rotina de trabalho do médico da UBS – Samambaia.

O médico do PMM entrevistado é cubano, especialista em Medicina Geral Integral e Oftalmologia, e atua, exclusivamente, na UBS Samambaia de acordo com as orientações do Programa.

Inicia seu trabalho às 7h e 30 min, conforme observado. No período da manhã realiza em média dezesseis consultas médicas, sendo nove consultas eletivas, agendadas pelos ACS e seis consultas solicitadas a partir do acolhimento de enfermagem. O tempo de duração das consultas é em média de quinze minutos, a depender da demanda do usuário e da necessidade do atendimento médico.

O horário de almoço é de uma hora de duração, programado para às 11h e 40min. Em duas ocasiões, durante o período de observação, este horário não foi

cumprido devido à necessidade do médico de acompanhar usuários em controle de hipertensão arterial e crise grave de asma bronquial.

No período da tarde as consultas duram em média trinta minutos devido à necessidade de exame físico detalhado, esclarecimentos e orientações. As consultas médicas eletivas são distribuídas em seis consultas de puericultura, seis consultas de pré-natal e em média são realizadas quatro visitas domiciliares nas tardes de segunda-feira.

As consultas de pré-natal são realizadas mensalmente para cada gestante, intercaladas com a consulta de enfermagem e, a partir de trinta e sete semanas de gestação, as consultas de acompanhamento são realizadas semanalmente até a data do parto.

As consultas de puericultura são realizadas conforme esquema de orientação do Ministério da Saúde: no 1º, 4º, 6º e 9º meses de nascimento, seguidas de consultas ao completar 1 ano, 1 ano e 3 meses, 2, 3, 4 e 5 anos. As consultas de puericultura do 5º e 11º meses são realizadas com apoio dos profissionais de nutrição e fisioterapia do NASF.

Os grupos operativos são temáticos e acontecem, geralmente, no período da tarde, com a participação de toda a equipe, incluindo as ACS e o NASF. Dentre os grupos, pode-se citar o grupo Hiper/dia, para usuários hipertensos e diabéticos, este acontece quinzenalmente.

Além de tratar sobre temas diversos, sugeridos pelos usuários ou profissionais, durante a realização das atividades de grupo é possível que os usuários renovem suas receitas e solicitem exames laboratoriais de acompanhamento. Esse processo é realizado ao término de cada encontro, de maneira individual, no consultório médico.

O grupo de Planejamento Familiar acontece trimestralmente sendo realizado pela enfermeira com apoio do médico. A atividade é aberta para homens e mulheres e aborda temas referentes aos métodos anticoncepcionais de maneira geral. Neste grupo é fornecido um certificado de participação, necessário para o processo de realização de procedimentos de esterilização feminina e masculina.

O grupo de Doenças Respiratórias acontece no primeiro semestre do ano, antes do período de inverno para prevenção de crises respiratórias e o grupo de Gestantes é dividido em módulos, onde a participação do médico está prevista para o 1º e 5º encontros com a abordagem dos seguintes temas: dinâmica e mudanças do corpo durante a gravidez; a importância da puericultura e a prevenção de acidentes

na infância. O número de usuários participantes dos grupos varia de acordo com o tema proposto.

As visitas domiciliares são realizadas, em sua maioria, para os casos de pessoas idosas, acamados ou pessoas com deficiência, além daquelas que não possuem condições para se deslocarem até a UBS. A estes usuários é solicitada a coleta de exames laboratoriais domiciliares, quando necessário.

A equipe trabalha um sábado ao mês no período da manhã, período no qual o médico realiza no máximo quinze consultas conforme orientação da secretaria municipal de saúde.

As tardes das terças e sextas são disponibilizadas para formação, treinamentos e cursos. Até o mês de maio, o médico assistia à aulas e se preparava para apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde concluiu o curso de aperfeiçoamento oferecido pelo MS aos médicos estrangeiros do PMM.

Este ano, o médico gozará do seu período de férias no mês de outubro, quando visitará para seu país de origem, Cuba.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Dados relativos à entrevista c usuários

A análise dos dados coletados se deu a partir da amálgama entre o conteúdo extraído das entrevistas, a leitura das transcrições dos áudios, a elaboração das categorias de análise temática e da extração de respostas no material coletado das perguntas e inquietações fomentadas pela pesquisa. Desta forma, apresenta-se a seguir o resultado desse processo.

Na categoria A - **Grau de Afiliação do Usuário ao Serviço de Saúde**, sobre pergunta A1 – Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?, todos os entrevistados identificaram a UBS com um “posto”, “postinho”, sendo este o local ao qual recorrer em situações de demandas de saúde, como doença ou conselhos. Assim, as respostas dos entrevistados apontam para uma falta de conhecimento adequado da nomenclatura do serviço, desconhecendo a Unidade Básica de Saúde, enquanto serviço de saúde responsável pelo cuidado e atenção básica à saúde dos mesmos. Este aspecto pode ser lido também por outro ângulo, ou seja, sendo o direito à saúde uma questão de cidadania, observa-se uma lacuna ou obstáculo que se dá entre a gestão dos serviços de saúde (SUS) e a comunidade (PINHEIRO, 2009).

O DATASUS⁶⁷ aponta para a diferenciação dos tipos de serviços prestados pelo Posto de Saúde e pela Unidade Básica de Saúde. É possível notar que além de maior amplitude de serviços prestados pela UBS, o conceito de atenção básica integral não é verificado nos serviços prestados pelo Posto.

Posto de Saúde: é a unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico”. Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: é Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas.

⁶⁷ Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm Acesso em: 30 julho 2015.

Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas (DATASUS, 2006).

Nota-se a partir das definições dadas pelo DATASUS uma maior abrangência no conceito de Unidade Básica de Saúde em relação ao conceito de Posto de Saúde, uma vez que este incorpora a realização de atendimentos de atenção básica e integral.

Estes aspectos incorporados ao conceito de UBS determinam uma resposta a uma nova necessidade de prestação dos cuidados de saúde, que pressupõem uma ampliação da visão do processo saúde-doença, a utilização de práticas de abordagem familiar, a construção e o estabelecimento de vínculos e um trabalho de equipe consolidado.

A segunda pergunta A2 – Há um médico que a conhece melhor como pessoa?, três dos quatro entrevistados reconheceram o médico da UBS Samambaia como aquele que os conhece enquanto pessoas e somente um entrevistado (U1) respondeu à pergunta feita que “*Tem não, (risos)*”. A metade dos entrevistados ressaltou a existência de outro profissional que também os conhece enquanto pessoa, citando médicos particulares que os conhecem há muitos anos. Desta forma pode-se inferir que nesta UBS, a relação médico paciente está sendo construída, uma vez que três dos quatro entrevistados avaliaram que o médico do PMM os reconhecem pessoalmente. Destaca-se que os aspectos da integralidade relativos à *continuidade do cuidado* e às *relações de confiança estabelecidas* entre usuários e profissionais de saúde, puderam ser verificados neste item. No que diz respeito a responsabilização, é possível observar que, sem o estabelecimento de vínculos não é possível responsabilizar.

Com relação à categoria B – **Acesso de Primeiro Contato/Utilização**, pode-se perceber a partir da pergunta, B1 – Quando você necessita de uma consulta de rotina, check-up, você vai a UBS antes de ir a outro serviço de saúde? Três dos usuários entrevistados disseram que sim, “o Posto” é o primeiro lugar que buscam para realizar consultas de rotina e check-up, seguido da Policlínica de Juatuba e de atendimento médico particular no município de Betim. Constata-se um reconhecimento, por parte dos entrevistados, da UBS enquanto um serviço de primeiro contato, confirmando o atributo dado pela Política Nacional de Atenção Básica que destaca que a UBS deve ser o *contato preferencial dos usuários*, a sua

principal *porta de entrada* para demandas e comunicação com os demais serviços de saúde.

No que se refere a categoria C – **Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade**, a pergunta C1 – A UBS fica aberta no sábado ou no domingo? Todos os usuários entrevistados responderam que “não” e a metade complementou a resposta dizendo que o atendimento acontece de segunda a sexta-feira. Para a pergunta C2 – Quando a sua UBS está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?, todos os entrevistados responderam que é atendido na UBS. Segundo um dos usuários (U3) *“Atende, sempre atende, às vezes quando tá muito cheio que não tem como, porque tem prioridade sabe, aí se for alguma coisa simples a gente espera um pouco ou deixa pra outro dia”*.

Perguntados se “É difícil para você conseguir atendimento médico na sua UBS quando pensa que é necessário? (C6)”, Três dos quatro usuários responderam “não”. A dificuldade apontada por metade dos entrevistados é quando a demanda de atendimento médico surge no final de semana, ou fora do seu dia de consulta. Segundo o usuário (U4) *“Tem hora que é assim, final de semana que não tá aqui né, a gente precisa e não tem médico, mas porque não tá aí, mas quando ele tá, ele atende”* e o usuário (U1) *“Oh, se você for fora de dia de consulta é um pouquinho complicado, mas se for no dia das consultas é direitinho”*. Este aspecto pode ser apontado como uma deficiência do sistema, uma vez que as demandas de saúde são previsíveis e imprevisíveis e mesmo com a existência de serviços alternativos em casos de demandas imprevisíveis o usuário não encontra, neste caso, os vínculos de confiança estabelecidos.

Sobre a pergunta C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de rotina, “check-up” nesta UBS? De acordo com as respostas dadas, todos os usuários consideram que é fácil a marcação de uma consulta de rotina na UBS Samambaia. Para um dos entrevistados (U2) *“É fácil, sempre tem uma dona que vem aqui também e marca, aviso o quê que tô precisando e ela mesmo marca pra gente lá”*., para outro (U1) *“Exame é mais demorado, mas se você passar no médico, ele te faz o pedido e você é encaminhado pra outro lugar pra você fazer”*. Quanto à pergunta C4 – Quando você chega a UBS, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?, a metade dos entrevistados afirma esperar mais de 30 minutos; um usuário afirmou que este tempo de espera depende da situação do dia, para este usuário (U3) *“depende do dia sabe, quando tá*

muito cheio, aí espera sim”, e para outro usuário não se espera mais de 30 min para ser atendido. Na pergunta C5 – *Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar consulta na UBS?*, para todos os entrevistados não se espera muito tempo e nem tem que falar com muitas pessoas para uma marcação de consultas. Um dos entrevistados (U3) *afirma que “não, sempre eu falo com a agente que vem na porta de casa, a Marta, ela marca. A gente espera o dia e consulta, mas quando acontece um imprevisto assim: Ah, acordei passando mal, você vai lá e às vezes assim, você é consultada na hora, ou às vezes você volta à tarde”*. Outro entrevistado (U1) *afirma “não, eu vou direto na recepção e já apresento meu cartão de gestante e tem a prioridade”*.

No que se refere ao acesso de primeiro contato e acessibilidade, recorre-se a Starfield (2002, p. 241) que afirma,

a atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção).

Considerando o aspecto da necessidade, o tempo de espera para o atendimento ou o não atendimento nos finais de semana ou em outras situações podem ser considerados elementos de obstáculo para atenção integral à saúde.

.como uma questão de .

Na categoria D – **Longitudinalidade** foram feitas nove perguntas. Na pergunta D1 – *Quando você vai a UBS é o mesmo médico que atende você todas às vezes?*, todos os entrevistados disseram que sempre são atendidos pelo mesmo profissional. Um entrevistado acrescentou à resposta (U3) *“Quando é uma coisa simples, às vezes a enfermeira mesmo resolve. Aí quando assim, ela vê, ah não! Precisa do médico avaliar, aí passa pro doutor”*.

Com relação à pergunta D2 – *Você acha que o seu médico entende o que você diz ou pergunta?*, todos os entrevistados responderam que o médico entende o que ele diz quando são atendidos pelo profissional da UBS. Para um dos usuários (U1) *“ele sempre, sempre que eu perguntei alguma coisa ele sempre me esclareceu bem, não tive dúvida nenhuma com ele não”*.

Na pergunta D3 – *O seu médico responde suas perguntas de maneira que você entenda?*, para três dos quatro entrevistados, o médico da UBS Samambaia responde

às perguntas feitas pelos mesmos de maneira que todos entendam e somente um entrevistado não respondeu a pergunta. Para um dos usuários entrevistados (U4) “O doutor, ele explica tudo direitinho né, devagarinho pra gente entender”.

Sobre a pergunta D4 – O seu médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?, todos os entrevistados responderam que o profissional da UBS Samambaia dá tempo para que os mesmos exponham as suas demandas e/ou dúvidas. Para um dos entrevistados (U3) “dá, ele assim, é muito preocupado. Ele deixa a gente falar tudo, explica tudo direitinho”, outro usuário (U2) afirmou “dá, esse principalmente dá, ele é calmo, sossegadinho, né?”.

No que se refere à pergunta D5 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico?, todos os entrevistados responderam sim.

Sobre a pergunta D6 – O seu médico conhece a sua história clínica (história médica) completa? um usuário respondeu que sim, um usuário respondeu que não, e outros dois responderam que conhece mais ou menos. Um dos entrevistados (U1) relata “por enquanto ele sabe o que eu contei pra ele né, que eu tô devendo um histórico do outro posto de saúde, que eu não trouxe até hoje (risos)”, outro usuário (U4) afirmou “não, não tá por dentro não, né, ele não conhece não, a gente não falou sobre isso com ele”.

Outra pergunta dentro da categoria Longitudinalidade, a D7 – O seu médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?, três dos quatro usuários entrevistados responderam que o médico sabe a respeito do trabalho que eles realizam: “Ah, a única coisa que ele sabe é que eu sou de casa mesmo né” (U1).

Perguntados: O seu médico sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? (D8), três dos quatro usuários entrevistados responderam que o médico sabe sobre a medicação que estão tomando. O usuário (U2) afirmou “Sabe, ele tá com o negócio tudo escrito lá, sabe, sabe”. Um usuário (U3) respondeu que não “no momento assim, eu acho que não, não tenho medicação nenhuma, assim não, a não ser assim. Não, não tem mesmo não”.

Sobre a pergunta D9 – Você mudaria de UBS para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?, a resposta de três dos quatro entrevistados foi de que não mudariam. Conforme relato do usuário (U4) “ah não, eu gosto daqui porque aqui é mais perto, né? E o médico é muito bom, ele atende a gente direitinho, né”; o usuário (U3) também afirma “Não, muito bom o postinho aqui”, e ainda o usuário (U2) “ah é

mais longe! Aqui tá pertinho né, é mais fácil da gente ir aqui ou senão lá na policlínica”. Um entrevistado (U1) afirmou o seguinte: “bom, se não tivesse me correspondendo. Se eu tivesse condições de mudar eu mudaria, mas tá me atendendo. Eu tive dificuldade assim, no comecinho, quando eu mudei pra cá, quando eu perdi o bebezinho. Eu custei pra conseguir fazer meu cadastro lá. Aí, até quando eles vieram aqui, eu já tinha perdido o neném e tudo mais. Mas dessa vez, tá tudo ok, porque eles também tavam mudando os profissionais de lá, né”.

O termo longitudinalidade é compreendido como o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde (STARFIELD, 2002) sendo este um atributo fundamental, assim como a integralidade no âmbito das ações e políticas de atenção básica. Ainda, “a longitudinalidade requer que tanto pacientes quanto profissionais saibam que têm uma relação mútua” (STARFIELD, 2002, p. 484). Este atributo da atenção básica foi verificado nas relações estabelecidas na UBS Samambaia, uma vez que, a partir dos relatos obtidos observou-se que o médico conhece aspectos pessoais da vida dos seus pacientes, relatados de forma espontânea ou não pelos mesmos, podendo este aspecto representar o estabelecimento de uma relação pessoal, como destaca Cecílio (2006), de longa duração. A identificação da longitudinalidade em serviços de saúde apresenta aspectos considerados positivos, tanto para os usuários como para o sistema de saúde. Dentre estes aspectos Baratieri e Marcon (2011) destacam “o melhor reconhecimento das necessidades dos usuários, diagnóstico mais preciso, redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação do usuários (BARATIERI e MARCON, 2011, p. 803). Esta relação de confiança que se estabelece também possibilita uma maior legitimidade, uma vez que o usuário se sentirá mais a vontade para expor suas demandas e também para respeitar e seguir os conselhos ou recomendações dadas pelo médico.

Baratieri e Marcon (2011, p. 803) destacam ainda que a ESF “possui responsabilidade longitudinal pelos usuários da rede de serviços de saúde, mantendo relação constante com estes, ao longo da vida”. As autoras destacam que esta relação deve ser estabelecida mesmo na ausência de doença e garantindo o cuidado integral.

Como já mencionado anteriormente, no estudo proposto por Cecílio (2006) sobre as necessidades de saúde, o autor destaca a “insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional” (CECILIO, 2006, p.115). Este vínculo é compreendido com a relação de confiança que se estabelece, como a

referência. Além disso, Cecílio (2006) destaca que esta relação é contínua no tempo, pessoal e intransferível. Tendo em vista as respostas obtidas pelos usuários da UBS Samambaia a efetivação de uma relação de confiança entre os usuários e o médico foi observada de forma positiva, uma vez que os entrevistados afirmaram a disponibilidade do médico em escutar suas demandas ou dúvidas em saúde, compreendê-las e repassar aos mesmos o seu conhecimento sobre como proceder diante do quadro apresentado. Ao contrário do apresentado acima, somente um dos usuários afirmou ter certeza que o médico conhece sua história clínica, enquanto um usuário afirmou que o médico não tinha este conhecimento. Dois usuários entrevistados disseram que o médico conhece seu histórico clínico parcialmente. Esta percepção apresentada pelos usuários sobre uma não acumulação de informações e conhecimentos sobre o histórico clínico por parte do médico pode interferir na relação de confiança estabelecida e também pode dificultar ou tornar mais lento o processo de avaliação da demanda apresentada.

Na categoria E – **Coordenação/Integração de Cuidados** foram realizadas cinco perguntas. E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento na UBS?; E2 – O médico sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?; E3 – O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?; E4 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? e E5 – O seu médico pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

Perguntados sobre a realização de consultas ou serviços especializados (E1), três dos quatro entrevistados disseram que não realizaram tais procedimentos. Um entrevistado respondeu que sim, quando levou sua filha a um ortopedista e quando se submeteu a um ultrassom, no período de pré-natal.

Quanto à pergunta (E2), metade respondeu que não. Um usuário entrevistado respondeu que sim e um entrevistado não respondeu. De acordo com um usuário (U1) *“foi ele que me encaminhou pra lá, ela (a filha) tinha o pé virado”*.

Sobre a pergunta (E3), metade dos entrevistados não respondeu à pergunta, pois nunca foram encaminhados para tais procedimentos. Somente um usuário

respondeu que não e um usuário respondeu que sim. Segundo um dos entrevistados (U1) *“Escreveu tudo direitinho (o médico)”*.

Em relação à pergunta (E4), o único entrevistado que foi encaminhado a algum serviço especializado disse que após a realização dos mesmos, o médico fez perguntas relativas ao atendimento. O entrevistado (U2) respondeu *“Pergunta, pergunta. Ele faz até um pedido aí pra depois mostrar pra ele também, né. Manda levar lá pra mostrar pra ele”*.

No que se refere à pergunta (E5), sobre o interesse do médico sobre o resultado dos procedimentos especializados, o único entrevistado encaminhado para este serviço disse que o médico se mostrou interessado em relação ao atendimento prestado.

Segundo Starfield (2002, p. 292),

As interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária. São os meios pelos quais os médicos aprendem a respeito de muitos, se não da maioria, dos problemas dos pacientes e como os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção. Embora as interações entre pacientes e profissionais ocorram no decorrer da consulta e do encaminhamento, é a amplitude e a profundidade do contexto que distingue as interações na atenção primária daquelas de outros níveis de atenção.

Tendo em vista a concepção de integralidade como uma construção coletiva, que se constitui conforme destaca Pinheiro (2009, p. 262) *“no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde”* a interação dos diferentes profissionais, a compreensão do usuário da existência desta interação e a participação dos usuários por meio do compartilhamento das informações e das decisões de cuidado representam um aspecto importante na afirmação da integralidade nos serviços de saúde.

Ainda de acordo com Starfield (2002, p.299),

(...) quando os médicos solicitam o envolvimento de pacientes, estes ficam muito mais satisfeitos com a atenção, um fenômeno que apoia as teorias mais recentes de compartilhamento da interação médico-paciente, em vez dos antigos modelos autoritários.

Outro aspecto importante deste processo é observado na construção e compartilhamento de experiências, práticas e saberes em saúde, dada a

complexidade da temática e a necessidade de organização, gestão e otimização dos recursos disponíveis.

Na categoria F – **Coordenação/Administração**, foi realizada a pergunta – F1, Quando você vai a UBS, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? Todos os entrevistados responderam “sim”, que está disponível. De acordo com o entrevistado (U2) “Tem, tem, tá tudo lá”. O usuário (U1) afirma “Tá, é só falar o número do prontuário”.

Este atributo da atenção é, segundo Starfield (2002, p. 365) “essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa”.

Nessa perspectiva, a coordenação e administração da Unidade Básica de Saúde Samambaia analisada a partir da disponibilidade dos prontuários demonstrase como um componente efetivo. A organização e disponibilização dos prontuários pode ser considerada ainda uma estratégia de controle dos fluxos, uma vez que representa uma fonte de informações referentes à atenção aos usuários. Além disso, agiliza os serviços prestados e garante ao médico e ao usuário o correto uso das informações anteriormente fornecidas, acelerando o processo de avaliação da demanda apresentada.

Sobre a categoria G – **Integralidade/Serviços Disponíveis e Serviços Prestados** os entrevistados foram perguntados se “Na UBS Samambaia os serviços ou as orientações (listados) estavam disponíveis?”.

Ao analisar as respostas dadas pelos entrevistados a respeito da lista de serviços e/ou orientações realizadas pela UBS Samambaia, percebe-se que todos os usuários avaliam que a UBS informa ou realiza os serviços mencionados nos itens G2, G3, G14, G17, G19, G20, G22 e G24. Em relação aos itens G8, G9, G18, G21, G23 e G25, todos os usuários entrevistados afirmam que não são realizados tais serviços na UBS Samambaia.

Já para os itens G6, G10 e G15, todos os usuários entrevistados afirmaram desconhecer que tais serviços e/ou orientações são realizados pela UBS Samambaia. Para os itens G5 e G16, três usuários responderam que a UBS Samambaia não realiza tais serviços e/ou orientações e um usuário não soube responder sobre os mesmos.

Em relação aos itens G7, G11 e G26, para a metade dos entrevistados a UBS Samambaia não realiza tais serviços e/ou orientações e a outra metade não soube responder. No que se refere aos itens G4, G12 e G27 metade dos entrevistados respondeu que sim, ou seja, a UBS Samambaia realiza tais serviços e/ou orientações e a outra metade não soube responder. Sobre o item G13, três dos quatro entrevistados responderam sim e somente um não soube responder se a UBS Samambaia faz aconselhamento sobre como parar de fumar.

Para o item G1 – se a UBS Samambaia informa se a sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais, um dos entrevistados disse que sim, outro disse que não e outros dois não souberam responder.

Starfield (2002, p. 316) descreve que a integralidade da atenção,

(...) é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde. Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveriam .

A partir do que a autora apresenta e das respostas dadas pelos entrevistados, percebe-se um alto índice de desinformação a respeito das competências e serviços prestados pela UBS, bem como a respeito das demandas explícitas de saúde. De acordo com os relatos, as informações e/ou serviços relativos a cortes com pontos, problemas auditivos, problemas de visão, contusões que demandam o uso de talas, remoção de verrugas, aconselhamentos sobre o envelhecimento, exames de colesterol, queimaduras, exposição a substâncias perigosas e quedas são desconhecidos pelos usuários ou não são realizados pela UBS.

Questões de saúde como vacinação, saúde bucal, pré-natal, cuidados domiciliares, aconselhamentos sobre bons hábitos de saúde e medicamentos são práticas atuadas regularmente pela UBS, uma vez que todos os usuários entrevistados reconheceram a prestação destes serviço e/ou orientações .

No que diz respeito ao exame preventivo para câncer de colo do útero, metade dos entrevistados afirmaram que a UBS realiza serviços e/ou orienta sobre a doença, enquanto outros dois entrevistados não souberam responder a pergunta, sendo um dos usuários, do sexo feminino.

Levando em consideração as respostas obtidas, e a obrigatoriedade⁶⁸ de prestação destes serviços e/ou orientações por parte da UBS, pode-se destacar um comprometimento do aspecto da integralidade nesta categoria, uma vez que a UBS não representa o local de referência ou a porta de entrada para estes usuários em tais necessidades. Além disso, ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos são aspectos da integralidade e uma vez identificado que enfermidades ou pequenos problemas de saúde não recebem a devida prevenção ou alcance ao usuário, as mesmas podem intensificar a sua gravidade, podendo perdurar mais tempo do que o justificável, prejudicando a qualidade de vida ou colocando em risco os mesmos.

Duas perguntas foram feitas na categoria H – **Enfoque Familiar**: H1 – O seu médico já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? e H2 – O seu médico se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Sobre a primeira pergunta, metade dos entrevistados respondeu que o médico já fez tais perguntas e a outra metade afirmou que não. Segundo um entrevistado (U1) *“não, eu ainda, porque eu comecei recentemente. Eu tô mais em consulta dele, no negócio de pré-natal, por enquanto né, que eu uso médico só (risos). É muito difícil, mas é, ainda nós dois tá devendo algumas conversas aí então..”*. Outro usuário (U2) afirmou *“não, não perguntô. Você vai, ele pergunta o que você sente e trata”*.

Em relação à segunda pergunta, três dos quatro entrevistados disseram que o médico se reuniria com seus familiares em caso de necessidade. O usuário (U2) afirma *“ele vem na hora rapidinho, agora os outros médicos não. A gente ia lá atendia e pronto. Não tinha muito conhecimento não”*. Somente um dos entrevistados não soube responder (U1) *“Aí eu já não sei te informar isso aí não”*.

De acordo com Starfield (2002, p. 486),

A centralização na família resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

⁶⁸ Para maiores informações sobre a obrigatoriedade de prestação de serviços e orientações consultar o manual de procedimentos: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

O enfoque familiar se constitui como um importante atributo ligado à integralidade do serviço. Pelo exposto, percebe-se que ainda é necessário uma melhor exploração deste recurso, uma vez que o vínculo familiar favorece uma visão integral das necessidades do usuário, considerando e ampliando as informações relativas as dimensões psicológicas, sociais e biológicas.

Na categoria I – **Orientação Comunitária**, foram realizadas duas perguntas: I1 – Alguém na UBS realiza visitas domiciliares? e I2 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

No que diz respeito às visitas domiciliares, todos os usuários responderam que sim, que a agente de saúde realiza as visitas domiciliares com regularidade. O entrevistado (U3) acrescentou dizendo que *“então, é a agente. A que marca sabe, as consultas, ela sempre faz. O doutor mesmo, de vez em quando, vai na casa da minha mãe, por ela sê cadeirante e acamada. De vez em quando ele vai lá fazer visita pra ela”*.

Sobre a segunda pergunta, todos os entrevistados responderam que sempre são convidados. Um deles (U4) afirma *“convida sempre. Quando tem lá ela vem falar com nós pra nós ir lá”*, outro usuário (U2) relata *“quando a gente pode e tá animado, a gente vai. Tem vez que a gente não vai porque, às vez, tá meio desanimado de sair e tudo né. Aí a gente não vai, mas quando nós pode a gente vai”*.

Para Starfield (2002, p. 537), a definição de atenção primária orientada para a comunidade tem sido elaborada de diferentes perspectivas, entretanto,

comum a todas elas é a ideia de que é uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Nesse contexto, percebe-se pelas respostas obtidas que a equipe da UBS Samambaia realiza periodicamente as visitas domiciliares e convida os usuarios a participarem do Conselho de Saude local. A efetiva realização das visitas e da participação social contribui para a construção de um vínculo comunitário com os serviços de saúde, sobretudo, para questões de prevenção e promoção à saúde. Além disso, possibilita a articulação dos diferentes serviços ofertados pela população, uma vez que atua de forma intersetorial, favorecendo o diálogo entre as diferentes áreas,

a resolução das demandas, a construção de estratégias locais e a consolidação de práticas transformadoras.

Na categoria J – **Programa Mais Médicos – PMM** foram feitas duas perguntas sendo a primeira: J1 – Você sabe o que é o PMM? A segunda, J2 – Você sabia que o médico que trabalha na UBS é do PMM? Três dos quatro entrevistados responderam não à primeira pergunta. Apenas um usuário respondeu conhecer o Programa. De acordo com o entrevistado (U3) *“não entendo muito bem, sei que o pessoal fez tipo um acordo para trazer mais médicos, é isso mesmo?”*.

Em relação à segunda pergunta três dos quatro entrevistados responderam que não sabem que o médico da UBS Samambaia é do PMM.

Diante das respostas dos usuários, conclui-se que existe um desconhecimento por parte dos usuários em relação ao PMM e ao vínculo do médico ao mesmo. Esta falta de informação sobre um Programa de âmbito nacional, implantado em 2013 na UBS Samambaia e voltado para promoção, prevenção e garantia da saúde pode ser considerada um fator limitador da própria integralidade, uma vez que apresenta-se como obstáculo na consolidação do vínculo entre o sistema de saúde (SUS) e a comunidade. Este aspecto está diretamente relacionado, como afirma Pinheiro (2009), na necessidade de adequação e consolidação dos processos organizativos de saúde. E a sua consolidação é um dos meios de concretizar a integralidade e, conseqüentemente, a saúde como direito, como uma questão de cidadania.

4.2 Dados relativos à entrevista com Médico do PMM

A análise dos dados coletados se deu a partir da amálgama entre o conteúdo extraído da entrevista e a leitura das transcrições dos áudios e a análise comparativa de algumas respostas dadas pelo entrevistado. Desta forma, apresenta-se a seguir o resultado desse processo.

Na pergunta “Como é ser médico de família em Cuba?” o entrevistado respondeu que cada médico em Cuba trabalha para mil pessoas, cerca de quatrocentas famílias. *“(...) Todas as pessoas conhecem o médico e o médico tem a possibilidade de entrar a cada apartamento, cada casa, conhecer a sua criança, conhecer a gestante (...)”*. Afirma ainda que *“normalmente a população é muito preparada”* e por isso é necessário que o médico tenha uma formação sólida, para que consiga conquistar a confiança do paciente, pois ele *“fica de olho com você, se você comete o mais mínimo erro ele fica de olho. Ele compreende, ele entende cada erro que você comete. Eu acho que o médico lá tem que ficar muito preparado pra poder atender essa população”*.

Nesse contexto, é possível inferir que o número de pessoas que o médico do PMM atende influencia positivamente na relação entre médico/usuário, na medida em que a atenção do mesmo precisa ser dividida entre mais pacientes. Outro aspecto a considerar é o fato de que o médico do PMM descreve a população cubana como mais exigente em relação aos serviços médicos prestados.

Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes (PNUD, 2014), dos 187 países avaliados, Cuba ocupa a 44ª posição e é identificada em um nível muito alto de desenvolvimento humano. Ainda de acordo com o PNUD (2014) no que diz respeito a educação, Cuba apresenta entre os adultos a taxa de alfabetizados de 99,8%. Entre os jovens, a taxa é de 100%. Provavelmente, tais condições influenciam no grau de exigência do cidadão cubano, uma vez que tais condições favorecem o acesso e a análise crítica das informações.

Perguntado sobre como é ser médico de família no Brasil, o médico iniciou sua resposta ressaltando o tamanho do Brasil e a proporção de suas dificuldades. Em seguida, disse *“(...) que ficou quase que triste porque o paciente não fica perto do médico não, o paciente fica distante, com pouca confiança (...)”*. De acordo com sua fala, este distanciamento prejudica a relação médico paciente e, conseqüentemente, as intervenções em saúde. O médico avalia que não foi criada no Brasil uma relação

de confiança entre médicos e pacientes, “*falta muita comunicação entre o médico e o paciente*”. Afirma ainda que está tentando se aproximar mais da população que atende na UBS Samambaia e, com seu trabalho conseguir melhorar os indicadores de saúde de cada casa, de cada bairro, na região em que atua.

Segundo Arrow (1963) *apud* Caprara e Rodrigues (2004, p. 141),

os médicos e pacientes, mesmo pertencendo à mesma cultura, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes. Além dos aspectos culturais temos de enfatizar que eles (médicos e pacientes) não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído.

Ainda de acordo com as autoras, as diferentes percepções que acontecem na relação médico-paciente são influenciadas por questões que enfatizam tal assimetria e dificultam a construção de melhor relação.

É sabido que a existência de “boa” relação médico-paciente tem efeitos positivos na satisfação dos usuários, na qualidade dos serviços de saúde prestados, bem como, nos resultados obtidos.

Nesse sentido, a não existência de “boa” relação entre médico-paciente aponta para a necessidade de medidas que promovam mudanças nesse cenário, visando à aquisição dessa competência na formação dos médicos.

Sobre quais eram os maiores desafios enfrentados por ele como médico de família em Cuba, ele disse que em Cuba não há serviço privado de saúde. O sistema é único e público em todo país e existem indicadores de saúde que devem ser mantidos. Segundo o médico, o Ministério de Saúde cubano trabalha no sentido de manter os melhores indicadores mundiais e mesmo Cuba sendo um país de em desenvolvimento, mantém níveis de países desenvolvidos como Canadá e os Estados Unidos. Nesta perspectiva, este é também um desafio para cada um dos médicos de família que trabalha no Posto, na Unidade Básica de Saúde. O médico ressalta “*you work based on this national level scale (...) then you have to fight with a lot of force, you have to fight within these indicators, both in prenatal care, as in perinatal care, with the elderly, as with chronic disease, to keep your indicators with the indicators of the country*”.

O reconhecimento mundial da excelência e eficiência do sistema de saúde cubano nos instiga a pensar sobre as estratégias utilizadas por Cuba que, apesar de possuir recursos bastante limitados em virtude do embargo econômico imposto pelos

Estados Unidos há mais de 50 anos, visa atingir a universalização do acesso à saúde e o alcance de resultados semelhantes ou superiores aos de nações mais desenvolvidas.

Em Cuba não existe medicina privada e os serviços de saúde são acessíveis a todos e desenvolvidos com a participação ativa da sociedade civil organizada.

De acordo com a OMS a falta de atenção médica no mundo não é de nenhuma maneira uma fatalidade advinda de falta de recursos, e sim da falta de vontade política.

Sendo um sistema onde há predomínio da prevenção, Cuba apresenta taxa de mortalidade infantil de 4,2 por mil, uma das taxas mais baixas do mundo, inclusive inferior à dos Estados Unidos. O país conseguiu elevar a expectativa de vida e melhorar a qualidade de vida da população, apresentando o melhor indicador do continente e dos países em desenvolvimento, refletindo assim a qualidade de seu sistema e o impacto sobre o bem-estar das pessoas. (Gramma Digital /Opera Mundi, 2014)

Em relação aos desafios enfrentados como médico de família no Brasil, o médico afirma que o desafio principal é aquele de trabalhar para melhorar os indicadores de saúde existentes, em especial na comunidade em que atua. Segundo o médico, *“(...) Infelizmente, ainda no Brasil, a gente trabalha pra cima da média da quantidade de população que um médico tem que atender. Eu trabalho com dois mil, tenho um colega que trabalha pra três mil, às vezes é muito difícil, às vezes não, sempre é muito difícil, quando você está acima da quantidade de pessoa que um médico teria que atender. Eu acho que o principal é tentar modificar os indicadores da comunidade e melhorar o estado de saúde da população”*.

Sobre as principais diferenças existentes entre os sistemas de saúde público cubano e o sistema público brasileiro (SUS), o médico destaca que *“O sistema de saúde de Cuba, falando de história, já tem quarenta e três anos. O PSF (com um médico, uma enfermeira de família, como o policlínico de referência e apoio dos hospitais gerais) tem quarenta e três anos”*.

O Sistema Nacional de Saúde em Cuba, segundo o Programa Cidades Sustentáveis, é um conjunto de unidades administrativas de produção e de serviços responsabilizados com atenção integral da Saúde de toda população, divididos em nível central e provincial. Dispõe de serviços ambulatoriais, de emergência, assistência social para idosos e deficientes, educação sanitária e de saúde e higiene, produção de medicamentos, especialização profissional e acadêmica, acompanhamento de dados e planejamento estratégico.

O médico entrevistado afirma ainda que no início dos anos 80, quando foram implantados os atendimentos nos postos de saúde da família, *“a principal ação lá foi a promoção e prevenção da saúde pra evitar a doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e, junto com essas ações, a intersectorialidade. É a união, é a fusão entre o posto da comunidade e a secretaria do setor, tô falando da secretaria da educação, tô falando da secretaria de obras, da secretaria de cultura, da secretaria de esporte... Se você não tem essa fusão entre a gestão do município, da prefeitura e o posto, é muito difícil você ter uma melhora dos indicadores de saúde. E no Brasil, eu acho que tem vinte e oito anos, aproximadamente, de trabalho com a atenção básica, com o PSF em cada comunidade... Eu acho que ainda tá faltando, minha visão humilde, tranquila, que ainda falta essa fusão, essa união entre o setor, a secretaria do município com o posto de saúde. Eu tô falando para ti como uma resposta rápida a qualquer problema no bairro. Exemplo: tem um aumento, uma crise, uma situação fictícia, de uma escola, uma epidemia, alguma coisa, uma diarreia em uma escola por problema do esgoto, a gente precisa de uma ação rápida da secretaria de obras. Às vezes não funciona legal e aí não tem como agir diante de uma situação dessa”*.

Com a implantação de políticas públicas universalistas na busca da garantia de direitos, a discussão acerca das ações de articulação intersectorial torna-se instrumentos fundamentais na promoção e ampliação do acesso aos direitos dos usuários, bem como na forma de potencializar os serviços que culminarão no processo de empoderamento dos usuários do sistema de saúde.

De acordo com Rodrigues (2011), é possível constatar que *“a intersectorialidade é o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão pública das políticas públicas de saúde e de assistência social, sendo também o mais racional e completo”* (RODRIGUES, 2011, *online*).

Nesse sentido, destaca-se ainda que a intersectorialidade visa o compartilhamento de responsabilidades, estabelecendo parcerias e tornando-se um importante instrumento na resolução das diferentes demandas, bem como, na efetivação dos direitos fundamentais previstos na CF.

No que se refere a pergunta *“O que dificulta a atuação como médico de família no Brasil?”*, o profissional afirmou que está no Brasil há quase dois anos, trabalhando na mesma Unidade Básica de Saúde e não conhece o país como um todo. Destaca que o desafio maior é realizar o encaminhamento de um paciente da atenção básica de saúde para algum especialista e ter um retorno. Segundo o médico, é importante

a contra referência do médico especialista informando a sua avaliação e conduta. Ainda segundo o entrevistado, o médico de família fica limitado em concluir seu diagnóstico devido à demora na realização de meios diagnósticos.

A questão de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa um grande dificultador na garantia da integralidade da atenção no Brasil.

Tal obstáculo foi também detectado em uma avaliação realizada pelo MS, no período de 2001 e 2002, quando ocorreu o processo de implementação do PSF em municípios brasileiros. Nessa avaliação, uma das conclusões que se chegou foi que "o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família" (BRASIL/MS, 2004, p. 24).

Nesse sentido, observa-se o protagonismo de muitos usuários, que na luta pela garantia de seus direitos, reivindicam, pressionam e buscam serviços e procedimentos especializados, inclusive recorrendo a esfera judicial.

Tal realidade presente em todo território nacional é um dos grandes desafios a ser enfrentado pelo SUS na garantia dos serviços da média complexidade na efetivação da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, exigindo a implementação de ações articuladas em todos os âmbitos, dimensionadas a partir das necessidades de saúde dos usuários.

Perguntado sobre o que falta no SUS para que os indicadores de saúde no país sejam similares aos alcançados em Cuba, o médico respondeu que, em alguma medida, já havia respondido tal questão. Ressaltou que no Brasil falta muito conhecimento sobre a importância da promoção e da prevenção em saúde. Segundo o profissional, para melhorar os indicadores de saúde é necessário também integrar *"o PSF à secretaria do município, tudo junto na promoção, prevenção, ação do trabalhador, do servidor do posto. Aí, a gente vai procurar melhorar o comportamento dos usuários e melhorar também, o conhecimento de saúde dos usuários"*.

Em relação à questão: o que você levaria do SUS para o sistema de saúde de Cuba, o médico afirma que levaria a experiência do agendamento de consultas eletivas para doentes crônicos, pois em Cuba só existe o agendamento de puericultura e pré-natal. Outra experiência válida, destacada pelo médico é a atuação dos ACSs, que se implantados em Cuba poderiam ser o apoio direto ao médico e enfermeiro da equipe. Em Cuba, este trabalho é realizado pelo médico e enfermeiro, desta forma, *"ficaria muito tranquilo pro médico, ficaria muito tranquilo pra enfermeira contar com a*

presença de agente comunitário de saúde na comunidade.” Outra prática a ser replicada segundo o entrevistado, é a implantação de farmácia dentro da Unidade Básica de Saúde, uma vez que em Cuba ela se localiza na comunidade, atendendo a mais de um serviço de saúde.

Sobre a pergunta: “O que traria do sistema cubano de saúde para o SUS?”, o entrevistado disse que a mistura aqui no Brasil de serviços públicos e privados é complicado. Em Cuba, segundo o profissional, *“não é desse jeito. Eu acho que lá é super diferente, super, mais humanitário. E eu falaria a mesma coisa que falei no início dessa atividade de promoção e educação em saúde que aí fica tudo. Atividade de educação em saúde, levar esse conhecimento à toda população de o bairro mais carente, mais afastado e no centro do município, lá onde fica a população mais preparada. É uma coisa que a gente não pode deixar de falar, é a humanização do serviço, desde o posto de saúde hasta os hospitais mais grandes”.*

Em Cuba o PSF busca concretizar a priorização da garantia à saúde, com o desenvolvimento da gestão preventivo-curativo. As equipes responsáveis pelo programa são formadas por médicos e enfermeiros, que residem na mesma área de atuação e é responsável por aproximadamente 400 famílias. Entre as atividades da equipe estão: promoção da saúde e prevenção, atenção médica e reabilitação, educação de higiene e atividades sociais, pesquisa e controle, promoção de hábitos de saúde (esporte e alimentação, principalmente de idosos e gestantes).

Esta relação e proximidade possibilita a consolidação do vínculo entre a equipe e a comunidade.

Quando questionado sobre o que ele aprendeu atuando na atenção básica no Brasil, o médico ficou por alguns segundos em silêncio e disse se surpreender com o fato de que o Brasil, *“o gigante das Américas” no século XXI ainda tem uma grande dívida relacionada à saúde com a comunidade*”. Afirma ainda, não ter aprendido muito com a Atenção Básica no Brasil, *“fiquei com um vazio no meu coração*”. Destaca porém, que busca ser persistente diante dessa situação, esforçando se a cada dia para desenvolver um trabalho melhor.

No que se refere ao PMM, à pergunta foi no sentido de identificar se o Programa oferece suporte para o desenvolvimento do trabalho na Atenção Básica, e o entrevistado respondeu, *“Eu acho que sim, eu acho que desde que foi criado o programa, em dois mil e treze (...), já tinha uma portaria que de forma legal, autorizava o médico do programa, um intercambista, ter acesso a curso de capacitação (...). (...)*

os cursos são bom estruturados, tem um sistema, de trás deles têm muitos professores, têm pessoas capacitadas que ajudam a fortalecer essa capacitação. Os cursos são online e presenciais, realizados pela Universidade Federal de Minas Gerais, tem o Telessaúde, que a gente pode postar fotos, casos clínicos com diferentes especialistas e a gente tem retorno em até quarenta e oito horas. Outra coisa que a gente gosta muito é a gestão do município, começando pela secretaria de saúde. (...) As condições no PSF também são criadas pra que o médico não tenha problemas. A gente tem um supervisor pra nos avaliar, pra nos visitar mensalmente”.

O médico entrevistado mencionou um constrangimento ou “preconceito” em relação a algumas emissões de atestados médicos para trabalhadores, que muitas vezes não são reconhecidos por médicos do trabalho de algumas empresas e por alguns órgãos públicos, “quando a gente emite um atestado (...) e quando chega no trabalho, tem colega, tem profissional brasileiro que rasga, exclui o atestado e fala que ele é ilegal, que não é aceitável, que o profissional intercambista, tá ilegal no país”.

Outra questão colocada para o entrevistado foi se o SUS oferece atenção integral aos seus usuários, na opinião dele, “No Brasil, em parte, no PSF é muito bom. Acho que no PSF quando médico consegue ter uma equipe boa, ter uma parceria legal com a enfermeira e com a ACS, (...) com o NASF (o fisioterapeuta, o nutricionista, o psicólogo), eu acho que integralmente a população fica feliz, que médico além de ficar no posto, faz visita na sua casa principalmente para gestante, para o recém-nascido, a puérpera, o paciente que tá acamado,(...). Até vacinar, por exemplo, o município proporciona um carro pra chegar até essa casa, essa pessoa que tá com problema, a enfermeira ajuda até a fazer o trâmite pro bolsa família. Eu acho que de forma integral, a vacinação que eu falei, desde o PSF ficava perto dessa atenção integral, mas já quando sai do PSF, procurando como eu tinha falado no início, especialistas, hospitais gerais, interconsultas com especialistas, eu acho que aí demora muito. E pra fazer um ultrassom, pra fazer uma tomografia, pra fazer um ecodoppler? Aí atrapalha muito e perdemos todo essa integralidade que tentava fazer durante o início da consulta. Eu acho que tá faltando muito pra chegar, pra falar, pra ter essa força e falar se no Brasil tem uma atenção integral satisfatória. Acho que tá faltando muito ainda, muito”.

Após a realização das dez perguntas, o profissional acrescentou que “no Brasil é muito fácil falar que o SUS tá ruim, que o SUS não ajuda. Mas eu acho que a crise é mundial, não só no Brasil, também nos Estados Unidos, Canadá, na Europa e

incluindo Cuba, que além de tudo é país de terceiro mundo. Em Cuba o sistema de saúde é considerado como um sistema de saúde de primeiro mundo. Hace dois anos, o governo cubano optou por fazer novos alinhamentos e criou novas estratégias pra continuar educando a população sobre a importância de comparecer ao agendamento de exames e consultas, do uso correto dos aparelhos utilizados pra fazer os exames, entre outros (...)". O médico disse ainda que, a campanha de conscientização e de informação (através de vários recursos visuais) busca esclarecer para a população sobre o elevado custo da saúde para o governo, "*Tu servicio de salud es gratuito... pero cuesta.*" (O seu serviço de saúde é gratuito... porém tem um custo). Segundo a campanha, os serviços de saúde são de "*graça*" para o cidadão, mas o custo para o governo mantê-la é alto. De acordo com o médico, a ideia de gratuidade faz com que muitos pacientes, sem necessidade, exijam exames, consultas com especialistas, entre outros, bem como o não comparecimento às consultas agendadas. Ele destaca também que, às vezes, os médicos solicitam exames sem necessidade, onerando todo o sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se passaram dois anos desde a criação do PMM em julho de 2013 e hoje é possível ter uma visão mais clara do impacto do mesmo na vida de uma parte significativa da população brasileira.

Como dito anteriormente, dentre outros objetivos, o Programa busca ampliar a oferta de médicos especializados em saúde da família no país e que prevê a “importação” de médicos de diversos países, inclusive cubanos e tem conseguido garantir a ampliação do número desses profissionais em todo território nacional.

Em 2013, primeiro ano de execução do Programa, se inscreveram na primeira chamada apenas 1.846 profissionais brasileiros, apesar do programa ter feito um chamamento nacional para o recrutamento desses médicos.

Segundo o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON)⁶⁹, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no ano de implantação do PMM, a composição da equipe foi assim constituída: 15,8% de brasileiros, 79,7% de cubanos e 4,4% de profissionais de outras nacionalidades. A inserção destes profissionais aconteceu em todas as regiões brasileiras: 13,6% no Norte; 34,9% no Nordeste; 27,8% no Sudeste; 17,1% no Sul e 6,5% no Centro Oeste.

Em 2015, de acordo com o NESCON⁷⁰ o cenário foi diferente: 92% das 4.146 vagas disponibilizadas pelo MS foram ocupadas por médicos brasileiros. 3.830 profissionais em 1.208 municípios e seis Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Pode-se inferir que, algumas resistências anteriormente existentes estão sendo, em alguma medida, desconstruídas.

Segundo o artigo *Dez coisas sobre o Mais Médicos que a mídia convencional não vai contar para você*, escrito por Cynara Menezes⁷¹, em uma avaliação independente feita em 1.837 municípios revelou um aumento de 33% na média

⁶⁹ Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/noticias/wp-content/uploads/2015/02/28_01_2015-Valor-Econ%C3%B4mico-Em-defesa-do-Mais-M%C3%A9dicos.pdf Acesso em: julho de 2015.

⁷⁰ Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/noticias/?p=5449> Acesso em: julho de 2015.

⁷¹ O artigo foi postado no blog da autora Cynara Menezes no dia 08 de julho de 2015, quando o PMM completou dois anos de implantação. Disponível em: <http://socialistamorena.com.br/> Acesso em: julho de 2015.

mensal de consultas e 32% de aumento em visitas domiciliares; 89% dos pacientes reportaram uma redução no tempo de espera para as consultas.

Atualmente, dos municípios com cobertura do PMM, cerca de 400 nunca haviam tido profissionais médicos. Destaca-se ainda que, os 34 DSEI distribuídos em todo país e que nunca tiveram médicos, contam hoje com 300 profissionais. Por exemplo, os ianomâmis em 2013 tiveram cerca de 490 atendimentos médicos. Em 2014 o número de atendimentos passou para 7 mil, com 15 médicos cubanos dedicados à etnia com exclusividade (99% dos médicos que atendem os índios no programa são cubanos). Um dos trabalhos interessantes desenvolvidos pelos médicos cubanos nas aldeias indígenas é o resgate da medicina tradicional, com o uso de plantas. Na aldeia Kumênê, no Oiapoque - AP, o médico Javier Lopez Salazar, pós-graduado em Medicina Tradicional, atua para recuperar a sabedoria local, em especial, na utilização de plantas medicinais abandonada por influências culturais.

Dados de uma outra pesquisa realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG⁷², revelaram que 65% dos municípios brasileiros, ou seja, 3.773 têm médicos do PMM. A maioria absoluta dos estados teve mais da metade de seus municípios contemplados com médicos do PMM. Alguns exemplos: São Paulo, 52,7%; Minas Gerais, 58,1%; Paraná, 75,9%; Rio Grande do Sul, 75,1%; Mato Grosso do Sul, 79,7%; Mato Grosso, 75,9%; Bahia, 86,1%; Maranhão, 80,6%; Pará, 88,9%; Amazonas, 98,4%; Rondônia, 92,3%.

Também em 2014, no período de novembro a dezembro, a UFMG e o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe) realizaram uma pesquisa⁷³ em 699 municípios, com 14 mil pessoas entrevistadas. Os resultados foram apresentados pelo ministro da saúde na Convenção Internacional de Saúde Pública Cuba Salud-2015, realizada em Havana.

A pesquisa revelou que 85% dos usuários avaliaram que o atendimento médico ficou 'melhor' ou 'muito melhor' após a chegada de profissionais estrangeiros por meio do programa. Outros 87% apontaram melhora na atenção profissional durante a consulta, e 82% acreditam que as consultas foram mais eficientes desde o começo

⁷² Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG. Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

⁷³ A pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde que foi apresentada na Convenção Internacional de Saúde Pública Cuba Salud-2015, que reuniu experiências de países sobre promoção do acesso universal à saúde. Disponível em URL: <http://www.portalfederativo.gov.br/noticias/destaques/pesquisa-aponta-melhoria-nos-servicos-de-saude-de-699-municipios-participantes-do-mais-medicos> Acesso em: julho de 2015.

do Mais Médicos. Em respostas espontâneas (quando não são dadas opções para o entrevistado) 41% disse que aumentou o número de consultas disponíveis, e 35% mencionaram que os profissionais são mais atenciosos.

Ainda de acordo com a mesma pesquisa, sobre os pontos positivos promovidos pelo PMM, 60% destacou a presença constante do médico e o cumprimento da carga horária e 46% disseram que o acesso às consultas melhorou.

Ressalta-se que além do atendimento de saúde, o PMM inclui a ampliação da oferta na graduação e na residência médica e a reorientação da formação e integração da carreira. A meta é criar, até 2018, 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e 12,4 mil de residência médica, em áreas prioritárias para o SUS. Os municípios onde serão instalados os novos cursos de medicina foram escolhidos de acordo com a necessidade social, ou seja, lugares com carência de médicos.

De acordo com o ministro da saúde, em entrevista, o PMM virou modelo no continente e países como a Bolívia, o Paraguai, o Suriname e o Chile, que também sofrem com falta de profissionais, já planejam fazer projetos semelhantes.

Tendo em vista a recente implantação do Programa Mais Médicos, em 2013, e as inúmeras críticas e desafios impostos ao mesmo, esta pesquisa destaca-se como um estudo novo, se não inédito, que analisa os aspectos do PMM a partir de um estudo de campo, apresentando aspectos e elementos ainda não abordados pelo tema, ou seja, a integralidade das práticas de saúde com a implantação do Programa em uma UBS.

Este estudo retrata um olhar mais abrangente sobre o PMM e aponta a experiência e vivência do profissional médico de nacionalidade cubana e dos seus usuários, ampliando a leitura e compreensão do próprio PMM e de suas práticas de saúde, desvincilhando-se do dualismo de opiniões do governo (defensor do Programa) versus Conselho Nacional de Medicina (um dos principais atores contrários ao Programa) e, desvinculando-se, em certa medida, dos estereótipos e críticas facilmente encontrados nas informações disponíveis sobre o tema.

Da mesma forma, insere-se como um estudo proposto por uma profissional médica brasileira atuante na Atenção Básica e com formação em Cuba, que se propõe também a apresentar informações sobre o sistema de saúde público em Cuba e a formação dos seus profissionais médicos, o que reforça, por um lado, a necessidade de compreensão e identificação das problemáticas vivenciadas pelo sistema de saúde público brasileiro, em especial a Atenção Básica, e por outro, a falta de informação e

conhecimento sobre as práticas de saúde em Cuba e de seus profissionais por parte da sociedade brasileira. Acredita-se na utilidade do presente estudo para o avanço das discussões sobre a implantação e implementação do PMM e para a comunidade de estudiosos e profissionais da saúde coletiva, esperando que o mesmo possa contribuir no avanço das políticas e estudos em matéria.

A amálgama de todos os processos vividos durante a pesquisa possibilitou a interpretação e análise de todo material produzido.

Verificam-se limitações no processo de pesquisa e cabe explicitar, primeiramente, que independentemente do procedimento metodológico, das técnicas e dos recursos de investigação usados, estes se constituem como aponta Vergara (2009, p. 59) enquanto “possibilidades e limitações”.

No âmbito da pesquisa qualitativa as maiores limitações encontram-se na precisão das informações e da importância de não generalizá-las. Uma vez que esta dissertação buscou estudar um caso específico, ou seja, da UBS Samambaia, Juatuba/MG, as percepções e vivências relativas ao Programa Mais Médicos, descritas neste documento, não podem ser estendidas às demais experiências sobre o PMM em outras Unidades Básicas de Saúde.

Logo, sendo a integralidade um dos princípios do SUS que objetiva unir as ações voltadas à materialização da saúde como direito e como serviço, esta pesquisa identificou através das estratégias acima relatadas, ações e práticas de saúde na UBS Samambaia que refletem a perspectiva de atendimento integral. Entretanto, é possível perceber que a integralidade como atributo prioritário na assistência à saúde, ainda é limitada na realidade vivenciada.

Muitas das limitações detectadas nas práticas e ações de saúde desenvolvidas pela UBS estão relacionadas a aspectos intersetoriais, que não são de governabilidade da mesma, fragmentando e reduzindo a possibilidade de se garantir a integralidade.

Observa-se que os usuários entrevistados não conhecem as ações e serviços prestados pela UBS Samambaia, o que dificulta a interação entre os envolvidos, bem como a efetivação da atenção integral impactando na prevenção de doenças e promoção à saúde.

É possível perceber a construção de uma relação mais aberta e comunicativa entre médico-paciente. Nota-se também que se estabeleceu uma relação de respeito

e proximidade entre o médico e a equipe de saúde, o que tem fortalecido a integralidade nas ações em saúde desenvolvidas na unidade.

Acredita-se que a relação de vínculo e de confiança intuitiva, corrobore para que se alcance a integralidade, bem como, na forma como o usuário conduz o processo saúde doença.

Destaca-se que a maioria dos entrevistados não sabe o que é o PMM ou que o médico de sua unidade de referência pertence ao Programa, o que leva a refletir que o usuário da UBS Samambaia, não relaciona a garantia da presença do profissional médico na equipe e as demais melhorias na assistência à saúde ao mesmo.

A insuficiente e ineficaz divulgação do Programa contribui também para que os usuários não conheçam as estratégias que visam a garantia do seu direito saúde.

Tendo em vista os aspectos observados, avalia-se que a integralidade deve se estruturar em rede, potencializando a resolutividade das ações da UBS Samambaia. Nesse sentido, esta estruturação deve ocorrer internamente e com os demais componentes da rede de cuidados, buscando garantir o direito à saúde conforme determina a CF.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K. F. de.; ROCHA, M. L. da. **Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise**. Psicologia: ciência e profissão. V. 27, n.4, Brasília, dezembro, 2007.

_____. **Pesquisa intervenção e a produção de novas análises**. Psicologia: ciência e profissão. V. 23, n.4, Brasília, dezembro, 2003.

BARATIERI, T. MARCON, S.S. **Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família**. Rio de Janeiro, Escola Anna Nery, Vol. 14, n. 4, out/dez, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em URL http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília: MDS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil : monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº15. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde**. Brasília, DF, dez. 2011. Disponível em URL: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html> Acesso em: 30 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**/Ministério da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Pacto Nacional pela Saúde**. Mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formações. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde, 2014. **Impactos do programa na assistência à população**. Disponível em URL: www.brasil.gov.br Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. S/d Disponível em URL: portalsaude.saude.gov.br Acesso em: 27 janeiro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Editais de chamada pública, nº02/01/2015**. Disponível em URL: maismedicos.saude.gov.br Acesso em: 27 maio 2015.

CAMPOS, C. J. G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília (DF) set/out; 57(5):611-4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> Acesso em: 15 julho 2015.

CAMPOS, G. W., **SUS: 20 anos depois**. Entrevista à Cátia Guimarães, 2008. Disponível em URL: www.epsjv.fiocruz.br Acesso em: 22 março 2015.

CAMPOS, G. W., et al (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec Editora, São Paulo, 2ª ed. 2013.

CAMPOS, G. W. S; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T., **Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família**. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Guerrero, André Vinicius Pires. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, HUCITEC, 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1):139-146, Fortaleza, CE, 2004. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf> Acesso em: 1 agosto 2015.

CECILIO, L.C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. IN: Pinheiro, R. e Mattos, R.A (Org.) Os

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ- CEPESC - ABRASCO, 4ª ed. 2006. p.113-126

COIMBRA, C.; DO NASCIMENTO, M. L. **Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder**. Sd. Disponível em URL: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>
Acesso em: 22 julho 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Nota dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina**. Assunto: Balanço dos Mais Médicos. Brasília 4 setembro 2014. Disponível em URL: portal.cmf.org.br. Acesso em: 29 maio 2015.

CUBA, República de. Ministério de Saúde Pública. Área de Docência e Investigações. **Plano de Estudos do Curso de Medicina**. Centros de Educação Médica Superior Cuba, 2006.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em URL: datasus.saude.gov.br Acesso em: 28 maio 2015.

FERREIRA, L. B. TORRECILHA, N., MACHADO, S. H. S.. **A técnica de observação em estudos de administração**. XXXVI – Encontro da ANPAD. Rios de Janeiro/RJ, 22 a 26 de setembro de 2012. Disponível em URL: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf Acesso em: 23 julho 2015.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. **Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, maio/agosto, 2004.

FUNASA. **Cronologia histórica da saúde pública: uma visão histórica da saúde brasileira**. S/d.

GARCIA, B.; ROSA, L.; TAVARES, R. **Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Apresentação do Programa e Evidências acerca de seu sucesso. Temas de economia aplicada. Fipe, 2014. Disponível em URL: www.fipe.org.br Acesso em: 26 maio 2015.

GIL, C. R. R. **Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 22, n.06, p.1171-1181, junho, 2006.

GRAMMA INTERNACIONAL DIGITAL; **Cuba, um modelo segundo a Organização Mundial da Saúde**. Havana, 06 de agosto de 2014. Disponível em: www.gramma.cu
Acesso em: 1 de agosto 2015.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e Organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade, vol. 20 n° 4, São Paulo, dez. 2011. Disponível em URL: www.scielo.br Acesso em: 31 maio 2015.

LEITE, C.B., **SINPAS: a nova estrutura da previdência social brasileira**. R. Inf. Legisl. Brasília a.15 n. 57 jan/mar, 1978.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. e SANTOS, R. E.. **Uma escola para a saúde** (Orgs.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARQUEZ, A. R.. **Manual Docente para la Preparación de la Brigada Henry Reeve**, Centro Latino Americano, Medicina de Desastres, Ministério de Saúde Pública, ELAM ; Cuba, 2010.

MATTA, G. C. e MOROSINI, M. V. G. **Atenção à saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em URL: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html#topo> Acesso em: 30 maio 2015.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf> Acesso em: 15 julho 2015.

_____ **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 4ª ed., 2006. p. 39-64.

MELLO, A, G; VIANNA, D, A. **Centros de saúde: ciência e ideologia na reordenação de saúde pública no século XX**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Volume 18, número 4. Outubro/Dezembro, 2011. Disponível em URL: www.scielo.br Acesso em: 26 maio 2015.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. SES MG maio 2007, p. 64 Disponível em URL: saude.es.gov.br Acesso em: 30 maio 2015.

MENEZES, C. **Dez coisas sobre o Mais Médicos que a mídia convencional não vai contar para você**. Disponível em: <http://socialistamorena.com.br/>. Acesso em: julho de 2015.

MENICUCCI, T. M. G. **A Política de saúde no governo Lula**. Saúde e Soc. vol.20 n.2, São Paulo, 2011. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022 Acesso em: 30 maio 2015.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde** In: Merhy, E.E e Onocko, R.T. (Orgs.) Agir em Saúde: em desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta de Sistematização**. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76 Disponível em URL: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf> Acesso em: 15 julho 2015.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família.** Rev. Brasileira de Enferm. 2013, 66. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília. Disponível em URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028669020> Acesso em: 26 junho 2015.

OPERA MUNDI; **Cuba: um modelo de acordo com a Organização Mundial da Saúde.** Paris, 29 de julho de 2014. Disponível em: Operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniaio/37220/cuba+um+modelo+de+acordo+com+a+oganzizacao+mundial+da+saude.shtml Acesso em: 1 de agosto 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2014.

PAIM, J.S. **O que é SUS.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

PAULON, S. M. **Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos.** Estudos e pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, Ano 10, N. 1, P. 85-102, 1º quadrimestre de 2010.

PINHEIRO, R. **Integralidade em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fundação Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em URL: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/integralidade_em_saude.pdf Acesso em: 19 junho 2015.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. **Práticas eficazes x modelos idéias: ação e pensamento na construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro - ABRASCO, 2003, p. 7-34.

PINHEIRO R., MATTOS R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR/MG) 2011 - Disponível em: www.saude.mg.gov.br Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios.** 2013. Disponível em URL: www.atlasbrasil.org.br Acesso em: 27 janeiro 2015.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão.** Minas Gerais, 2001. Disponível em URL: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/biblioteca.php> Acesso em: 06 janeiro 2015.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **Sistema Nacional de Saúde em Cuba traz desempenhos elevados na qualidade de vida.** 12 de abril de 2013. Disponível em URL: <http://www.cidadessustentaveis.org.br/boas-praticas/sistema-nacional-de-saude-em-cuba-traz-desempenhos-elevados-na-qualidade-de-vida> Acesso em: 1 agosto 2015.

RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO 2014. **Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência**, PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes**, p. 166; **Educação**, p. 198. Disponível em URL: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf> Acesso em: 01 agosto 2015.

REVISTA FORUM. **Dez informações sobre a saúde e medicina em Cuba**. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/blog/2013/08/dez-informacoes-sobre-a-saude-e-a-medicina-em-cuba/> Acesso em: 06 junho 2015

RODRIGUES, J. M. S. **A intersectorialidade entre as Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social pós Constituição Brasileira de 1988**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís , Maranhão. 2011. Disponível em URL: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_INTERSETORIALIDADE_ENTRE_AS_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE.pdf Acesso em: 1 agosto 2015.

ROMAGNOLI, R. C. **O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista**. Psicologia e Sociedade, 26 (1), 44-52, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SAMPAIO, J. J.C. **Relatório final da regional nordeste I do PNHAH**, 2003.

SANTANA, R. B. **A implicação do pesquisador na pesquisa interacionista na escola**. Psicol. Rev. vol.16 nº 2, Belo Horizonte, ago. 2010. Disponível em URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682010000200009&script=sci_arttext Acesso em: 17 julho 2015.

SILVA, C. B., RAMIRES, J. C. L. **Regionalização da Saúde em Minas Gerais: Algumas Reflexões Críticas**, HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2010. Disponível em URL: www.hygeia.ig.ufu.br Acesso em 26 maio 2015.

SILVA, J. R. S.; ASSIS, S. M. B. **Grupo Focal e Análise de Conteúdo como Estratégia Metodológica Clínica-Qualitativa em Pesquisas nos Distúrbios do Desenvolvimento**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. Unidade 2 – A pesquisa científica. In: Org(s) GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. UFRGS, 1ª edição, 2009, p. 31 a 42.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.) **A Atenção Primária à Saúde**. In: Minas Gerais. ESPMG. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 1 e 2. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P.10-16.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNESCO, **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, 1998. Disponível em URL: www.unesdoc.unesco.org Acesso em 12 fevereiro 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Dados Estatísticos da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado-EPsm/NESCON/FM/UFMG sobre o impacto do Programa Mais Médicos no cenário de escassez de médicos em Atenção Primária no Brasil. Setembro de 2014. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Pesquisa_Andamento/Impacto_Programa_Mais_Medicos.pdf Acesso em: 7 agosto 2015.

TOBAR, F., YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002.

VERGARA, S. C. **Terminando o projeto de pesquisa**. In: VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 10. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VIANA, L. M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, Centro de Ciência da Natureza, Teresina, 2012. Disponível em URL: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/L%C3%ADvia%20Maria%20Mello%20Viana.pdf> Acesso em: 28 junho 2015.

WORLD, **HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE OF EUROPE**. Ljubljana Charter on reforming health care in Europe, 1996. Disponível em URL: www.euro.who.int Acesso em: 25 janeiro 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia – Juatuba/MG

Marina Abreu Corradi Cruz

Número do CAAE: 47079015.1.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O motivo que nos leva a estudar o assunto é identificar as percepções de usuários e profissionais de saúde da UBS Samambaia Juatuba – MG, após a implantação Programa Mais Médicos na mesma. A pesquisa busca compreender os aspectos concernentes ao trabalho desenvolvido pelo profissional do Programa Mais Médicos na UBS Samambaia; identificar as práticas de saúde desenvolvidas na UBS Samambaia e identificar aspectos relativos à gestão do Programa Mais Médicos na mesma.

O procedimento de coleta de dados se dará por meio de entrevistas semiestruturadas com os usuários e profissionais da UBS.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: gravação de entrevista em áudio. O tempo de duração estimado da entrevista é de aproximadamente 60 minutos.

Desconfortos e riscos:

Essa pesquisa não acarretará nenhum desconforto ou riscos previsíveis para o (a) entrevistado (a).

Benefícios:

Essa pesquisa não acarretará nenhum benefício direto para o (a) entrevistado (a).

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP e outra será fornecida a você.

Ressarcimento:

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Marina Abreu Corradi Cruz, com o professor orientador Dr.^o Edison Bueno, no telefone (19) 35219098 Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária "Zeferino Vaz" CEP: 13083-887. Campinas, SP, Brasil.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 13:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

| | | |
|------|----------------------------|------|
| Nome | Assinatura do Participante | Data |
| Nome | Assinatura do Pesquisador | Data |
| Nome | Assinatura da Testemunha | Data |

APÊNDICE 2 - Roteiro de entrevista para os usuários da UBS Samambaia

Roteiro de Entrevista para os usuários da UBS Samambaia

Perguntas elaboradas tendo como referência o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – Brasília DF, 2010.⁷⁴

Categoria A – GRAU DE AFILIAÇÃO DO USUÁRIO AO SERVIÇO DE SAÚDE

A1 – Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

A2 – Há um médico que a conhece melhor como pessoa?

Categoria B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

B1 – Quando você necessita de uma consulta de rotina, check-up, você vai a UBS antes de ir a outro serviço de saúde?

Categoria C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1 – A UBS fica aberta no sábado ou no domingo?

C2 – Quando a sua UBS está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?

C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de rotina, “check-up” nesta UBS?

C4 – Quando você chega a UBS, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

C5 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar consulta na UBS?

C6 – É difícil para você conseguir atendimento médico na sua UBS quando pensa que é necessário?

Categoria D – LONGITUDINALIDADE

D1 – Quando você vai a UBS, é o mesmo médico que atende você todas às vezes?

D2 – Você acha que o seu médico entende o que você diz ou pergunta?

D3 – O seu médico responde suas perguntas de maneira que você entenda?

D4 – O seu médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

D5 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico?

D6 – O seu médico conhece a sua história clínica (história médica) completa?

D7 – O seu médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

D8 – O seu médico sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

D9 – Você mudaria de UBS para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

Categoria E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento na UBS?

E2 – O médico sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?

E3 – O seu médico escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

E4 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

E5 – O seu médico pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

⁷⁴ Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf Acesso em: julho 2015.

Categoria F – COORDENAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO

F1. Quando você vai a UBS, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

Categoria G – INTEGRALIDADE/SERVIÇOS DISPONÍVEIS E SERVIÇOS PRESTADOS

G1 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.

G2 – Vacinas (imunizações).

G3 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário) e tratamento dentário.

G4 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).

G6 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

G7 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

G8 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

G10 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido).

G11 – Remoção de verrugas.

G12 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

G13 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

G14 – Cuidados pré-natais.

G15 – Remoção de unha encravada.

G16 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

G17 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...

G18 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

G19 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

G20 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.

G21 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

G22 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

G23 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

G24 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.

G25 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.

G26 – Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).

G27 – Como prevenir quedas.

Categoria H – ENFOQUE FAMILIAR

H1 – O seu médico já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?

H2 – O seu médico se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Categoria I – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

I1 – Alguém na UBS faz visitas domiciliares?

I2 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

Categoria J - PROGRAMA MAIS MÉDICOS - PMM

J1 – Você sabe o que é o PMM?

J2 – Você sabia que o médico que trabalha na UBS é do PMM.

APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista para médico do PMM da UBS Samambaia

Roteiro de Entrevista para o médico do PMM da UBS Samambaia

Breve apresentação pessoal.

1. Como é ser médico de família em Cuba? E no Brasil?
2. Quais são os maiores desafios que você enfrenta na sua atuação como médico de família em Cuba? E no Brasil?
3. Em sua opinião, quais são as principais diferenças entre o sistema de saúde cubano e o SUS.
4. O que dificulta a sua atuação como médico de família no Brasil?
5. Em sua opinião, o que falta no SUS para que os indicadores de saúde sejam similares aos alcançados em Cuba?
6. O que você levaria do SUS para o sistema de saúde de Cuba?
7. O que você traria do sistema de saúde de Cuba para o SUS?
8. O que você aprendeu atuando na Atenção Básica no Brasil?
9. O PMM oferece suporte para você trabalhar?
10. Em sua opinião, o SUS oferece atenção integral aos usuários?

APÊNDICE 4 – Roteiro de observação in loco da UBS Samambaia

| ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO IN LOCO UBS SAMAMBAIA – JUATUBA/MG | |
|--|---|
| Pesquisadora: Marina Abreu C. Cruz | Data: ____/____/____ |
| INSTALAÇÕES FÍSICAS E LOCALIZAÇÃO | |
| - A UBS possui placa de identificação visível e em boas condições? () sim () não | - A estrutura oferecida é acessível às pessoas com deficiência, pessoas idosas ou com alguma limitação física? () sim () não |
| - Pode-se definir que a localização da UBS Samambaia é de fácil acesso a comunidade? () sim () não Obs.: _____ | - Como é distribuído o espaço físico da UBS: () sala de espera () recepção () farmácia () sala de observação () outros _____ |
| - É possível visualizar cartazes e/ou outras orientações visuais que favoreçam o acesso à informação sobre saúde, como cartazes de campanhas e outros? () sim () não Exemplos: _____ | |
| ROTINA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ATENDIMENTO/ACOLHIMENTO | |
| - Existe um controle do fluxo de atendimentos? () sim () não | - Esse fluxo é registrado de qual maneira? () formulário padrão () livro de registro () outro _____ |
| - A UBS trabalha somente com agendamento de consultas? () sim () não Se não, como é feita a organização dos atendimentos? _____ — | - O usuário, no seu primeiro contato com a UBS ou em uma consulta agendada, é acolhido por qual profissional? () enfermeiro/a () médico/a () atendente () ACS () outro _____ |
| - Qual o número médio de consultas médicas realizadas por dia na UBS? _____ | - Quais dias e horários de funcionamento da UBS? _____ |
| - A UBS realiza visitas domiciliares? () sim () não | - Quem participa das visitas domiciliares? () médico/a () ACS () enfermeiro/a () outro _____ |
| - Qual a frequência das visitas domiciliares? _____ | - Quais são os usuários visitados? () gestante () acamado () pessoa com deficiência () outro _____ |
| - A UBS realiza algum tipo de plantão ou flexibilização de horário? () sim () não Se sim, em qual horário e para atender a qual demanda? _____ | - A UBS possui um número de telefone? () sim () não Se sim, qual tipo de informação é dada por telefone? _____ |
| - O acolhimento e atendimento médico ao usuário respeita os parâmetros da privacidade? () sim () não | - Os atendimentos e/ou acolhimentos são tratados de forma multidisciplinar? () sim () não Se sim, entre quais profissionais? _____ |
| - A UBS realiza grupos ou encontros com os usuários? () sim () não | - A UBS realiza grupos ou encontros entre os profissionais de saúde, como formação e outros? |
| - Os profissionais e usuários da UBS participam de algum Conselho ou grupo organizado sobre saúde? () sim () não Se sim, quais? _____ | |
| RAIO DE ATUAÇÃO GEOGRÁFICO E PERFIL DOS USUÁRIOS | |

| | |
|---|---|
| <p>- A UBS promove ações itinerantes ou campanhas de promoção e prevenção a saúde? () sim () não Se sim, quais? _____</p> | <p>- Quais são as principais demandas médicas atendidas pela UBS Samambaia? _____ _____</p> |
|---|---|

APÊNDICE 5 – Fotos da UBS Samambaia



ANEXOS

ANEXO 1 – Quadro 7: NOB/96

| GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA | GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL |
|---|---|
| Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar. | Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar. |
| Gerência de unidades ambulatoriais próprias. | Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência. |
| Gerência das unidades ambulatoriais do estado e/ou da União. | Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União. |
| Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS. | Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS. |
| Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município. | Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município. |
| ----- | Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. |
| Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB. | Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares. |
| Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional. | Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional. |
| Autoriza AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados. | Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados e de alto custo. |
| Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia. | Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia. |

FONTE: NOB/96 Quadro retirado do artigo *História das Políticas de Saúde no Brasil - Uma pequena revisão*, de Marcus Vinícius Polignano, p. 29.

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia - Juatuba/MG

Pesquisador: Marina Abreu Corradi Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47079015.1.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.169.682

Data da Relatoria: 10/08/2015

Apresentação do Projeto:

Este trabalho busca apresentar vivências e percepções em uma unidade básica de saúde após a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), tendo como pressuposto de análise a percepção de seus usuários e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva, baseado em entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Samambaia/Juatuba. Com esta pesquisa objetiva-se identificar as percepções dos usuários e profissionais da saúde sobre as práticas de saúde vivenciadas pelos mesmos a partir de 2013, ano de implantação do PMM. A partir de um aporte teórico, conceitual e informativo busca-se contextualizar a história da saúde pública no Brasil, apresentar o contexto sócio, econômico e geográfico da UBS Samambaia e uma síntese sobre o PMM. Após a realização e descrição das entrevistas será apresentada as percepções de usuários e profissionais da saúde sobre as práticas vivenciadas na UBS Samambaia pós o PMM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar como são percebidas as atuais práticas de saúde prestadas pela UBS Samambaia – Juatuba/MG, após a implantação do Programa Mais Médicos, pelos usuários e profissionais de saúde.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.169.682

Objetivo Secundário:

-Compreender os aspectos concernentes ao trabalho desenvolvido pelos profissionais do Programa Mais Médicos na UBS Samambaia;- Identificar as práticas de saúde desenvolvidas na UBS Samambaia; - Identificar aspectos relativos à gestão do Programa Mais Médicos na UBS Samambaia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora cita que não há riscos previsíveis à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social do entrevistado em qualquer fase dessa pesquisa.

Com relação aos benefícios, a pesquisadora destaca a possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos entrevistados e de outros indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de pesquisa apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a realização de Exame de qualificação intitulado "Vivências e Percepções sobre o Programa Mais Médicos: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia – Juatuba/MG" a ser desenvolvido pela pesquisadora Marina Abreu Corradi Cruz com orientação do Prof. Dr. Edison Bueno. De acordo com as informações básicas do projeto, a pesquisa foi enquadrada na área Ciências da Saúde, com o propósito de estudo Saúde Coletiva/Saúde Pública. A instituição proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. A pesquisa não tem orçamento estimado. O cronograma de estudo apresentado tem início em 20 de julho de 2015, com término em 15 de agosto de 2015. Serão abordados ao todo 20 pessoas, divididas entre usuários e profissionais de saúde que atuam em Unidade Básica de Saúde. Será utilizada o instrumento de entrevista semiestruturada, prevendo a gravação de áudio de modo a facilitar a comunicação com os entrevistados, deixá-los mais livres para responderem, criar um ambiente favorável a intervenção da pesquisadora, permitir flexibilidade para realização de perguntas complementares e na sequência da apresentação das mesmas, além de possibilitar a comparação das informações entre os entrevistados. Para a escolha dos usuários, os mesmos deverão estar familiarizados com as antigas e atuais práticas de saúde da UBS, estabelecendo assim o critério de residência há pelo menos 3 anos na região onde a UBS está inserida. O universo da pesquisa deverá contemplar os diferentes e possíveis perfis de usuários, levando em conta aspectos geracionais, de gênero, das condições físicas e de saúde. Quanto à escolha dos profissionais de saúde será considerado a variável de tempo de trabalho na unidade e a função desempenhada. Após a realização e descrição das entrevistas, os pesquisadores pretendem apresentar as

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.169.682

percepções de usuários e profissionais da saúde sobre as práticas vivenciadas na UBS Samambaia após o Programa Mais Médicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: 1) projeto de pesquisa (QUALIFICACAO MESTRADO UNICAMP 02 JUNHO.pdf); 2) folha de rosto, devidamente preenchida, datada e assinada pela diretora da unidade na qual a pesquisadora tem vínculo (marina folha de rosto.pdf); 3) termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), de acordo com as normas da Res. CNS-MS 466/12 (TCLE_2015_versao.pdf); 4) Autorização da secretaria da saúde de Juatuba (autorizacao sec saude.pdf)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Proposta adequada para desenvolvimento com seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.169.682

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- 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. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

CAMPINAS, 04 de Agosto de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 3

Autorização para coleta de dados

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Juatuba, 13 de janeiro de 2015.

Ilmo Sr. Joailson Santos Guimarães, Gestor do SUS Juatuba/MG.



Venho, através desta, solicitar a autorização para a realização de entrevistas e coleta de dados da pesquisa intitulada *“Percepções de usuários e trabalhadores da Unidade Básica de Saúde - UBS Samambaia – Juatuba/MG sobre práticas de saúde pós-implantação do Programa Mais Médicos”*, para dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

O trabalho tem como objetivo: Identificar possíveis mudanças nas ações/práticas em saúde prestadas pela UBS Samambaia – Juatuba/MG aos seus usuários, pós-implantação do Programa Mais Médicos.

Informo que o referido projeto será submetido à avaliação ética junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP, e me comprometo a encaminhar a vossa senhoria uma cópia do parecer ético após a sua emissão.

Desde já, coloco-me à disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida que possa surgir.

Antecipadamente agradeço à colaboração.

Marina Abreu Corradi Cruz

Marina Abreu Corradi Cruz
Orientador: Prof. Dr. Edison Bueno

Para Preenchimento da Instituição Co-participante

“Declaro que após ler e concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.”

Deferido (*)
Indeferido ()

Data: 14 / 01 / 15

Assinatura:
Carimbo

Joailson Santos Guimarães
Secretário Municipal de Saúde
CPF 005.962.296-23 RG 8.126.646