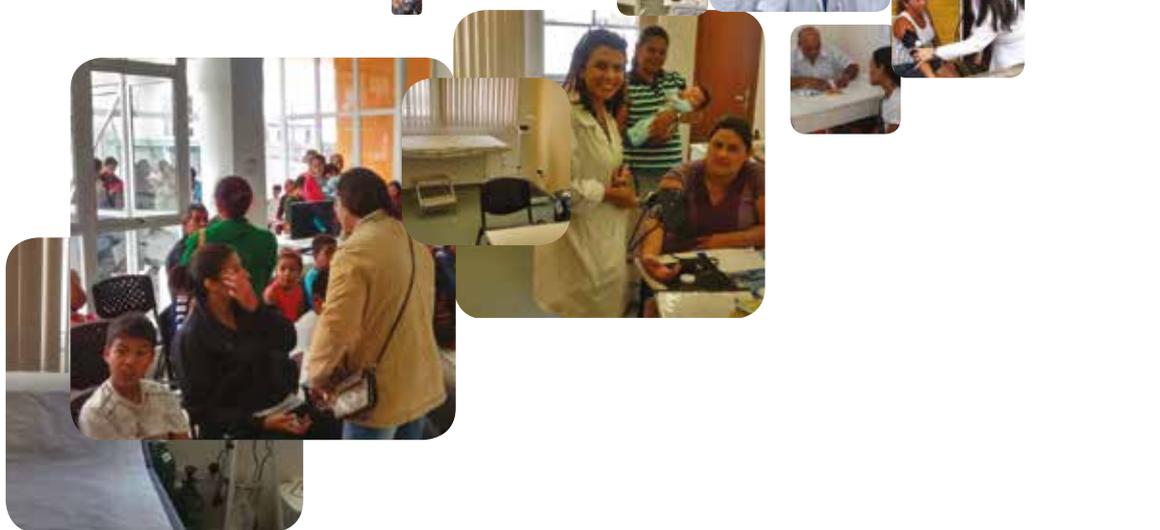


Estudo de caso do Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte:

caminhos percorridos,
produções e criações
de conhecimento no
Semiárido Potiguar



Série Estudos de Caso Sobre o
Programa *Mais Médicos* – 3



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Organização Pan-Americana da Saúde

Estudo de caso do Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte:

**caminhos percorridos,
produções e criações
de conhecimento no
Semiárido Potiguar**

**Série Estudos de Caso Sobre o
Programa *Mais Médicos* – 3**

Brasília – DF

© 2016 Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. Todos os direitos reservados.

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19.
CEP: 70.800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Internet: www.paho.org/bra

Coordenador Geral:

Renato Tasca

Coordenadores:

Glauco José de Souza Oliveira
Julio Suarez

Colaboradores:

Cipriano Maia de Vasconcelos
Elisandréa Sguario Kemper
José Adailton da Silva
Lyane Ramalho Cortez
Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha
Paulo de Medeiros Rocha

Pesquisadores:

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira (Coordenador da equipe)
Márcia Cavalcante Vinhas Lucas
Natércia Janine Dantas da Silveira

Projeto gráfico, diagramação e revisão gramatical:

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Organização Pan-Americana da Saúde

Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar. Brasília, DF: OPAS, 2016.

73p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 3)

ISBN: 978-85-7967-114-2

1. Estudos de Casos 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde 4. Publicações Seriadas I. Título II. Organização Pan-Americana da Saúde.

Sumário

Apresentação	1
Caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento: o olhar implicado da equipe no estudo	3
O Ministério da Saúde e o Programa <i>Mais Médicos</i> no Rio Grande do Norte	5
O Ministério da Educação e o Programa <i>Mais Médicos</i> no Rio Grande do Norte.	7
A Universidade Federal do Rio Grande do Norte e o Programa <i>Mais Médicos</i> no Rio Grande do Norte.	9
O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RN e o Programa <i>Mais</i> <i>Médicos</i> no Rio Grande do Norte	11
1. Contexto do Programa <i>Mais Médicos</i> no Brasil e no Estado do Rio Grande do Norte.	14
2. Notas Metodológicas	17
Universo do estudo: municípios selecionados como casos	17
Fases da pesquisa	18
3. Produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar	28
Semiárido Potiguar: caracterização do universo da pesquisa	28
Os municípios participantes do estudo.	28
Indicadores Socioeconômicos e de Desenvolvimento Humano	34
Estrutura da Rede de Serviços de Saúde	36
As produções e criações de conhecimento no campo da pesquisa	38
Processo de Trabalho em Saúde	39
Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	43
Mudanças no Modelo de Atenção	49
O Programa <i>Mais Médicos</i> como o eixo indutor de transformações.	53
4. Desmistificando preconceitos e o senso comum.	57
Bibliografia consultada	59
Apêndices	61
Apêndice 1.	62
Apêndice 2. Roteiro para observação	63
Apêndice 3. Roteiro para manejo do Grupo Focal	66
Apêndice 4. Termo de Consentimento.	68



Apresentação

Nos últimos três anos, avanços notáveis na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram alcançados, particularmente nos municípios com contingente populacional inferior a 50.000 habitantes. Esse grupo representa 88% dos 5.570 municípios brasileiros, concentra aproximadamente 44% da população nacional e possui em comum a indisponibilidade ou a alta rotatividade de profissionais médicos, em especial para atuação na atenção primária. Segundo informação do Ministério da Saúde, aproximadamente 700 desses municípios jamais havia tido médicos residindo em seu território.

Nesse período, uma iniciativa do governo fez a diferença: o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM). Constituído como um elemento estruturante da Atenção Primária em Saúde, permitiu que inúmeras equipes do Programa de Saúde da Família fossem completadas com médicos, aprimorando a prestação de serviços públicos de saúde em mais de 4.050 municípios brasileiros e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde se sente muito honrada em participar da implementação do PMM, realizando as gestões que promovem a presença dos médicos cubanos nos municípios e facilitam o entendimento entre os gestores de saúde do Brasil e de Cuba.

Hoje, o sucesso da iniciativa está materializado na melhoria da saúde das pessoas que integram as parcelas socialmente mais desfavorecidas e vulneráveis da população. É isso o que mostra o *Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar*.

Ao percorrer o estado do Rio Grande do Norte, a equipe de pesquisadores se debruçou sobre a realidade da assistência em saúde do Jardim do Seridó, de Riacho de Santana, de Venha Ver e de Vera Cruz – municípios de pequeno porte com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e exclusividade de atuação de médicos do PMM, alcançando elevada cobertura populacional.

Os municípios estudados estão localizados na Região do Semiárido do Nordeste do Brasil, distante da capital. A população majoritária está distribuída em áreas predominantemente rurais, onde a fixação de médicos torna-se mais difícil. Os pesquisadores analisaram indicadores quantitativos e realizaram pesquisas de campo com observação direta, grupos focais e análise documental. O estudo permitiu caracterizar o PMM como o elemento central da reformulação do processo de trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família e do fortalecimento da

atenção primária, bem como o eixo indutor de importantes transformações no modelo de atenção à saúde nos municípios.

Agradecemos aos pesquisadores pela primorosa condução do trabalho, que não somente adiciona mais um exemplar à série de estudos de caso do Programa Mais Médicos, mas, sobretudo, nos permite continuar a identificar, consolidar, registrar e disseminar as boas práticas e os conhecimentos produzidos pelo PMM nos municípios, algo tão valioso para usuários, profissionais e gestores de saúde que trabalham para o desenvolvimento do SUS.

Joaquín Molina

Representante da OPAS/OMS no Brasil

Caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento: o olhar implicado da equipe no estudo

Essa publicação foi construída a partir da nossa vivência como equipe do “*Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar*”, cuja execução nos levou a uma viagem pelo universo do Semiárido Potiguar, munidos de instrumentos e roteiros que serviram como guias dessa nossa jornada.

A vivência da pesquisa nesses cenários foi, no mínimo, um desafio, tanto em âmbito profissional, quanto pessoal. Desafio, na medida em que proporcionou o encontro com diversos atores, cenários, práticas e fazeres, diferenciados pelo compromisso implicado.

Nessa viagem, partimos da nossa capital, Natal, indo até as divisas com os estados do Ceará e Paraíba, onde fomos surpreendidos por pessoas e convites que nos fizeram rever percursos, construir novos itinerários, incorporando novos companheiros de viagem. Desfrutamos de paisagens inóspitas, testemunhamos as dificuldades das pessoas que habitam esses lugares para conviver e superar a estiagem, percorremos grandes distâncias para encontrar usuários, profissionais e gestores e ouvir deles narrativas sobre suas vivências, convergências e divergências, enfim sobre suas experiências com o Programa *Mais Médicos* para o Brasil. Visitamos as quatro cidades das experiências selecionadas, seus serviços de saúde, prefeituras, câmara de vereadores, casa de moradores. Percorremos paisagens emolduradas por serras, cortadas por rios secos, mas também paisagens abundantes em água e com uma produção agrícola marcante, demonstrando a diversidade do Semiárido Potiguar.

Nesse cenário diverso, realizamos essa pesquisa para produzir conhecimento a partir dos diferentes olhares dos sujeitos que vivenciam a experiência concreta do Programa *Mais Médicos*, em diálogo com as teorias apreendidas o qual, ao ser transportado para essa publicação, toma forma de um manifesto que tem por objetivo conclamar a sociedade em geral a refletir sobre o Programa, suas perspectivas políticas e institucionais, suas peculiaridades, dificuldades e potencialidades.

O produto dessa pesquisa expressa as experiências dos municípios de Venha Ver, Riacho de Santana, Vera Cruz, Jardim do Seridó com o Programa *Mais Médicos* para o Brasil, entretanto as nossas vivências transcenderam os resultados e se implicam em experiências de atenção à saúde voltadas para populações de extrema vulnerabilidade.

Agradecemos à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pela confiança e pela bela iniciativa de identificar e registrar esse importante momento da política de saúde brasileira. Nossos agradecimentos aos tutores e supervisores do programa que nos deram suporte nessa caminhada. Agradecemos também à Universidade Federal do Rio Grande do Norte e, fundamentalmente, aos municípios participantes, com relação a gestão, equipe, usuários e todos que contribuíram para a pesquisa e nos acolheram, possibilitando a construção deste produto.

Desejamos que essa experiência, a qual nos mobilizou na busca por referenciais e reflexões sobre o que o campo de pesquisa e seus sujeitos nos mostraram, também mobilize gestores, profissionais de saúde e usuários na construção de novos itinerários nessa aventura desafiadora que é a consolidação do Sistema Único de Saúde. Desejamos a todos os leitores dessa publicação uma boa viagem!

A Equipe de Pesquisa

O Ministério da Saúde e o Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte

O Ministério da Saúde, no seu papel de formulador de políticas públicas, instituiu o Projeto *Mais Médicos* para o Brasil de forma tripartite com foco no fortalecimento da atenção básica, provendo profissionais médicos para a diminuição dos vazios assistenciais, no sentido de garantir a melhoria do acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde em todo o território brasileiro.

No Rio Grande do Norte, com vazios assistenciais pela falta de profissionais médicos, crescimento populacional e expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família, foi pactuada a adesão de 243 médicos, possibilitando acesso ampliado de 729.000 habitantes/RN. Considerando a baixa adesão dos médicos brasileiros ao Projeto, ressalto aqui a importância da cooperação técnica do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde e governo cubano, pois sem a cooperação não atenderia às necessidades demandadas pelo projeto. Assim sendo, o nosso estado foi contemplado com 185 médicos cubanos, 23 intercambistas individuais e apenas 35 brasileiros. O projeto vem acompanhado de iniciativas de formação, através da especialização em saúde da família e supervisões técnicas, voltadas para o modelo de atenção de boas práticas em redes de atenção regionalizada. A articulação com as instituições supervisoras garante a qualificação, não só do fazer do profissional médico, mais também de toda a equipe que atua no território.

Ressalto ainda que ser uma das referências descentralizada deste projeto, cujo objetivo é acompanhar e monitorar a implementação e desenvolvimento do mesmo com foco na organização dos processos de trabalho e gestão de coletivos, foi o grande desafio para o enfrentamento dos próprios desafios que a atenção básica desenvolvia nos territórios. Digo eu, que o PMMB RN veio possibilitar grandes movimentos e expectativas de como seria receber médicos de vários países que traziam em sua bagagem saudades, saberes e muita vontade de contribuir com a saúde da nossa população. E aqui cito a vivência com os médicos cubanos que na sua forma específica de respeitar e acolher o outro, desde a simples posição da cadeira para escuta do usuário e seu olhar ampliado para a dor trazida, fez e faz a diferença nos territórios em que atuam. Digo ainda que o projeto viveu um momento de muitos movimentos na sua implantação, a chegada dos profissionais aos municípios, moradia, conhecimento dos territórios, da equipe do perfil epidemiológico, conhecimentos dos protocolos brasileiros, das posologias dos medicamentos ainda não conhecidos, e as resistências dos muitos profissionais médicos pela não aceitação do projeto político da presidenta Dilma dentre tantos outros desafios. Outro momento da nossa atuação enquanto referência descentralizada é do projeto consolidado que, passado o momento de implantação, o desafio passou a ser qualificar os processos de trabalho e de gestão, visto que o

modelo de gestão ainda é centrado no profissional médico e não no potencial da equipe. Mesmo assim, a cada visita aos municípios e às unidades básicas de saúde (UBS) identificamos nas falas a satisfação dos usuários, gestores, controle social e equipes pelo programa existir próximo à sua casa.

Uiacy Alencar
Coordenação Estadual do PROVAB e
Projeto Mais Médicos para o Brasil

O Ministério da Educação e o Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte

O Programa *Mais Médicos* é interministerial. A parte que compete ao MEC (Ministério da Educação) diz respeito à supervisão acadêmica, que inclui tutores e supervisores, vinculados à instituição supervisora, os quais fazem o acompanhamento contínuo dos médicos participantes.

No Rio Grande do Norte temos duas instituições supervisoras, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e a Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA), com 5 tutores e 35 supervisores, que garantem o acompanhamento dos médicos alocados em 97 municípios do Estado.

Inserir a universidade e a supervisão acadêmica nos territórios de saúde que possuem médicos participantes do programa perpassa pela lógica da necessidade de pensar o Programa para “além dos vazios assistenciais”, pois possibilita transformar as práticas de gestão do cuidado e do processo de trabalho dos supervisores.

À medida que, mensalmente, os médicos recebem visitas dos supervisores, que são previamente planejadas com a equipe de tutores e apoio MEC eles conseguem identificar necessidades pedagógicas, mas, também, situações que requerem uma rede de articulação que envolve a academia, os gestores, os demais profissionais das equipes, provocando o movimento de gestão compartilhada.

Como prática inovadora, a supervisão acadêmica gera uma nova cultura de qualificação da atenção primária em saúde, promovendo a interação de saberes e práticas para gestão do cuidado e apoio institucional. No nosso Estado temos municípios com distintas características geográficas, sociais e econômicas e tínhamos diversas equipes de saúde da família influenciadas por modelos de atenção que não estavam pautados na gestão do cuidado, promoção da saúde e prevenção de agravos. Quando a equipe recebe o médico do Programa, especialmente os médicos cooperados e é estimulada a transformar as práticas ali existentes, com o apoio da instituição supervisora, percebe-se que as práticas, de fato, são modificadas positivamente.

Com o Mais Médicos surgiu também a proposta de Apoio Institucional (DDES/ SESu/MEC), que é uma estratégia para o fortalecimento da supervisão acadêmica, provendo suporte a tutores no planejamento, monitoramento da supervisão e na articulação com demais atores do projeto, além de promover espaços de diálogo para o acompanhamento e articulação das ofertas pedagógicas do projeto, fortalecimento da atenção primária à saúde e da integração ensino-serviço, através da educação permanente. Assim, meu compromisso, enquanto apoiador institucional,

é a construção e o estabelecimento de um elo entre os atores envolvidos com a supervisão acadêmica para a implementação da política de educação permanente.

Ser apoiador institucional do MEC para o Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte é desafiador, desde o momento em que um profissional não médico (sou enfermeiro/sanitarista) necessita conquistar o espaço na pauta de discussão da formação médica. Contudo, a proposta de apoio institucional foi muito bem acolhida no Estado e a percepção da necessidade de compreender o *Mais Médicos* para além do preenchimento dos vazios assistenciais, com foco na mudança de práticas das equipes, foi promissora.

Como principais espaços de inserção temos os Encontros de Educação Permanente para qualificação da Supervisão Acadêmica, e também os encontros de supervisão locorregional, onde diversos atores envolvidos com o programa provocam reflexões acerca das práticas em nível regional. Nesse rico espaço de construção, o Programa evidencia-se como potencial transformador das práticas na atenção primária à saúde, para além do provimento.

José Adailton da Silva
Apoiador Institucional
Projeto *Mais Médicos* DDES/SESU/MEC

A Universidade Federal do Rio Grande do Norte e o Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte

A missão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como instituição pública, é educar, produzir e disseminar o saber universal, preservar e difundir as artes e a cultura, contribuir para o desenvolvimento humano, comprometendo-se com a justiça social, a sustentabilidade socioambiental, a democracia e a cidadania.

A Universidade Federal do Rio Grande do Norte teve participação decisiva para a implantação do Programa *Mais Médicos* no Estado do Rio Grande do Norte (RN). Como os objetivos do *Mais Médicos* são coerentes com a Missão da UFRN, seja pelas funções educadora e disseminadora de conhecimentos, seja pelos valores de justiça social e de cidadania, consideramos muito importante encaminhar o processo interno para a adesão. Um dos objetivos é expandir o ensino médico para além dos grandes centros urbanos e isso coincide com as metas da UFRN estabelecidas pelo Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI 2011-2019), no tocante à interiorização. Além do mais, o Programa definiu as universidades federais como as responsáveis pela capacitação e acompanhamento dos médicos estrangeiros que fossem selecionados para atuar nos municípios.

Por outro lado, a Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) teve um papel bastante importante no processo de adesão das universidades. A associação realizou uma intensa discussão em âmbito nacional para esclarecer os benefícios do *Mais Médicos*, também para contra-argumentar as posições das entidades e organizações médicas em relação à distribuição dos médicos estrangeiros. Cada universidade federal fez o seu debate e nós, da UFRN, fizemos o debate interno, principalmente com professores, com alunos, com servidores e com dirigentes da área de saúde. Foi uma ampla discussão, na qual todos puderam se posicionar, até decidirmos pela adesão ao Programa, designando tutores nos municípios. Na maior parte do tempo, cerca de 230 médicos estrangeiros têm atuado no estado do Rio Grande do Norte. Participamos dos cursos de especialização e treinamentos de equipes e muitos médicos já foram capacitados com acompanhamento da nossa universidade.

Portanto, a universidade teve e tem um papel crucial no Programa *Mais Médicos*. Temos quatro tutores que permanecem no Programa e hoje já vemos resultados bastante positivos que, acredito, essa publicação sobre a pesquisa vai evidenciar.

Com relação à minha experiência pessoal nesse processo, foi rica e gratificante. Rica porque tivemos a oportunidade de discutir com a sociedade, com os movimentos organizados, as associações de classe, as corporações, as entidades, e isso

constituiu um aprendizado. Na condição de dirigente de uma instituição do porte da UFRN, estou acostumada a discussão plural e democrática, pois temos o desafio constante de discutir as políticas institucionais com a comunidade universitária. É gratificante, no nível local, pelas discussões com estudantes, com professores, com essas organizações, com os dirigentes; e também, no nível nacional na ANDIFES, por defender a implantação do Programa e ter também um trabalho de convencimento junto a todos os reitores que esse programa precisava ser implantado com a participação das universidades federais. De fato, não foi só na UFRN que tivemos a contraposição das corporações médicas ao Programa. Isto ocorreu nos diversos estados e o debate aconteceu em todas as universidades.

Esse foi um dos processos mais difíceis de enfrentar durante a nossa gestão, mas tivemos sucesso pela discussão das finalidades da própria Universidade e finalidades do Programa, que visam promover e levar saúde preventiva às comunidades mais carentes do estado. Quando vemos os resultados junto à população carente e a implantação do curso de Medicina Multicampi no interior do RN, beneficiando as regiões do Seridó e do Trairi, nos sentimos gratificados e percebemos que valeu à pena a firme decisão de aderir ao Programa. Foi um processo que enriqueceu, inclusive, a nossa atuação como gestora da UFRN.

Angela Maria Paiva Cruz
Reitora da Universidade Federal
do Rio Grande do Norte

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RN e o Programa *Mais Médicos* no Rio Grande do Norte

O Programa *Mais Médicos* (PMM) foi lançado em 08 de julho de 2013, surgindo para ampliar o número de médicos nas regiões de maior vulnerabilidade social, além de outras ações relacionadas ao provimento. O trabalho para nós iniciou no intuito de apresentar o PMM, a fim de que fizessemos as devidas mobilizações em nossos respectivos estados para que os municípios aderissem ao Programa.

Definida a prioridade, diante da necessidade emanada pelos municípios de todo o país, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte (Cosems-RN) nos confiou a missão de acompanhar o Programa *Mais Médicos* no estado do RN, representando a fala municipal. Passamos a apoiar os processos de divulgação, implantação do programa no acolhimento, logística, mobilização, negociações e esclarecimentos, dentre outros. O objetivo maior era o pressuposto para ampliação do acesso e da qualidade no SUS, permeando as relações interfederativas e buscando a garantia do direito à saúde.

O Estado contava com 1,23 médicos/1.000 habitantes, e assim atendia aos critérios de alocação de profissionais pelo programa. Pautamos as discussões sobre o PMM de forma permanente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Intergestores Regionais (CIRs) diretamente com os colegas secretários, com a plenária do Cosems-RN, o Conselho Estadual de Saúde, a Federação dos municípios, dentre outros. Fizemos diversas mobilizações e esclarecimentos junto à Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) como parceira e prestando todas as honras para acolher, hospedar e contextualizar o sistema de saúde local para os profissionais, durante a semana de capacitação introdutória.

Na chegada dos médicos, contamos com o apoio das forças armadas, da imprensa local, das autoridades que se faziam sempre presentes aos acolhimentos, inclusive a sociedade civil, para dar boas-vindas. Em seu primeiro ciclo se apresentaram 49 médicos, entre intercambistas, brasileiros e em regime de cooperação Brasil/Cuba.

Um dos grandes desafios foi a atividade junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que anunciava não registrar médicos estrangeiros que não tivessem se submetido ao exame *Revalida*. Após vários momentos de interlocução conseguimos que todos tivessem garantido os registros provisórios no CRM para poder atuar no que se propunham, afinal eles vinham para dar passagem à vida do nosso povo, deveras desassistido.

Hoje os gestores, supervisores e população assistida expressam alto grau de satisfação com os serviços ofertados pelos profissionais do PMM, em geral consideram

o projeto como exemplo de estratégia de incorporação de baixa densidade tecnológica, centrada na pessoa humana, na família e no vínculo permanente de uma equipe com a população de um território, com resultados significativos na melhoria de indicadores de saúde. Reconhecem os profissionais como “excelentes médicos de família que cuidam com carinho, respeito e sabedoria do nosso povo”.

Por meio dessa rica e gratificante vivência foi possível constatar a importância do nosso trabalho como incentivadores, na função de articuladoras e mobilizadoras para o êxito da implantação de uma proposta ousada, responsável, geradora de mudanças nos processos de trabalho, na gestão, no marco da saúde do estado e principalmente na vida das pessoas. Para ilustrar, reproduzimos aqui a fala de um dos prefeitos:

“Ideologias à parte, o Programa Mais Médicos representa um grande avanço para a saúde na nossa cidade. Vejo a boa relação de trabalho dos médicos com as equipes e a satisfação dos usuários com o bom atendimento. Conseguimos ter médicos nas unidades todos os dias, não temos mais filas... Isso faz toda a diferença!”

Dailva Bezerra
SMS de São Paulo do Potengi

Maria Eliza Garcia
SMS de Doutor Severiano



1. Contexto do Programa *Mais Médicos* no Brasil e no Estado do Rio Grande do Norte

A política de provisão de profissionais médicos em territórios com lacunas assistenciais, viabilizada com o Programa *Mais Médicos* para o Brasil (PMMB), vem contribuindo para consolidar a universalização do acesso à saúde no SUS, e já contempla mais de 4.000 municípios, incorporando 18.240 médicos e beneficiando cerca de 63 milhões de habitantes (Brasil, 2015).

O programa atua em três pilares: (1) graduação em saúde nas regiões prioritárias com lacunas de formação no ensino médico, (2) criação e expansão de vagas de residência médica valorizando os territórios da APS como cenário coordenador do sistema de saúde e formação, e (3) provimento de profissionais nas históricas lacunas assistenciais, promovendo a equidade e qualificação do acesso e das práticas de saúde (Brasil, 2015).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca a reorganização do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). A atuação dos profissionais do PMMB deve estar orientada para o fortalecimento da mudança nos modelos de atenção e, portanto, a análise de experiências associadas aos efeitos do programa deve considerar essa perspectiva analítica.

Ao completar dois anos de implementação, o Programa *Mais Médicos* para o Brasil apresenta resultados bastante significativos, particularmente na dimensão do provimento de médicos em regiões e localidades em que vivem populações vulneráveis. Além de assegurar o aporte de mais de 18.000 médicos em localidades que enfrentavam dificuldades em fixar profissionais na Atenção Primária em Saúde (APS), o Programa contribuiu para ampliar o acesso de primeiro contato do indivíduo ao sistema de saúde, oportunizando a melhoria e a qualificação do acesso a essas populações, como demonstram as análises do Tribunal de Contas da União (TCU) e os estudos realizados por instituições acadêmicas (Brasil, 2014).

Na realidade do Rio Grande do Norte, o Programa aporta hoje 264 profissionais médicos sendo 185 cooperados e 79 brasileiros e intercambistas, alcançando 729 mil pessoas que passaram a contar com a regularidade do trabalho de equipes da ESF. Desse conjunto, cerca de 70% são médicos vinculados ao programa de cooperação coordenado pela OPAS-Brasil. Esses profissionais estão distribuídos em 101 dos 167 municípios do estado e representam mais de um quarto do total de profissionais vinculados à estratégia de saúde da família no Rio Grande do Norte,

assegurando uma relativa estabilidade e continuidade na oferta dos serviços no âmbito da APS (Melo, 2015).

O Programa, ao viabilizar a integralização das equipes na APS/Atenção Básica, produziu outro efeito significativo na organização das práticas de atenção e cuidado, ao potencializar o trabalho dos demais profissionais que ficava limitado pela incompletude da equipe. Com isso, muitas possibilidades de qualificação do cuidado e da atenção à saúde foram impulsionadas pela força da interação e da troca de saberes no trabalho das equipes. A diversidade de experiências dos profissionais do Programa e a atitude cooperativa no trabalho, somada à orientação para agir junto às famílias e às comunidades, são fatores que têm sido mencionados como diferenciais em avaliações iniciais.

Há indícios, ainda, que a experiência em APS, o compromisso ético e a maior disponibilidade dos profissionais com as práticas nos serviços e na comunidade, têm contribuído para produzir mudanças na qualidade da atenção, no vínculo familiar e no reconhecimento e satisfação dos usuários.

Contudo, os números agregados, embora demonstrem o potencial do programa em promover mudanças na APS, não são capazes de mostrar a singularidade das experiências e vivências desses profissionais e o potencial transformador oriundo da interação entre eles e os trabalhadores dos serviços a que se vinculam, e desses com os usuários e os sujeitos coletivos.

Com base nessa compreensão é que se justifica a realização de estudos que revelem os efeitos da intervenção no contexto de saúde dos territórios, em que se verifiquem os principais avanços e inovações materializadas nas práticas de saúde na diversidade dos cenários municipais, e se observem as particularidades e singularidades de experiências com reconhecimento público, no contexto de implantação do Programa.

O propósito deste estudo é, a partir de experiências exitosas produzidas no contexto de implementação do PMMB, no Rio Grande do Norte, apresentar os resultados e efeitos mais significativos dessas experiências e investigar os condicionantes e a ação dos sujeitos envolvidos, para uma compreensão das razões de sucesso dessas experiências.

2. Notas Metodológicas

Universo do estudo: municípios selecionados como casos

A pesquisa foi realizada em quatro municípios de pequeno porte, que foram identificados como experiências exitosas. A seleção tomou como base uma sucessão de momentos analíticos. Em uma primeira fase foi realizada a caracterização da distribuição dos profissionais do programa no universo dos municípios do estado, com identificação da participação proporcional desses profissionais no incremento ou manutenção de cobertura da Atenção Primária. Na sequência, se verificou a contribuição do Programa para a superação de lacunas assistenciais nas regiões de grande vulnerabilidade e dificuldades de acesso ao cuidado.

Os critérios para que experiências municipais fossem selecionadas compreenderam: (a) municípios de pequeno porte, (b) maiores coberturas do programa, (c) exclusividade do PMMB nas unidades de saúde, (d) indicadores de vulnerabilidade social (IDH, mortalidade infantil, dentre outros), e (e) observação de experiências inovadoras, as quais foram verificadas a partir de questionários aplicados aos supervisores, equipes e gestores, no sentido de identificar as experiências exitosas, na ótica desses atores (Apêndice 1).

A opção por focar em municípios de pequeno porte situados no semiárido, que geralmente enfrentam maiores dificuldades em fixar profissionais, motivou a determinação do ponto de corte para inclusão no universo do estudo representado pelos municípios com até 20 mil habitantes. Dos 101 municípios do Estado com o programa, 67 estão situados nessa faixa de porte populacional. Baseado nos critérios citados anteriormente, foi estabelecida uma pré-seleção de sete municípios, dos quais quatro casos estão na VI Região de Saúde, dois na IV Região (Seridó) e um na Região Agreste, próximo à capital, Natal. Destes sete pré-selecionados, quatro foram escolhidos para os estudos de caso, tendo como base o detalhamento das experiências exitosas e uma melhor distribuição em termos regionais e de porte municipal: Jardim do Seridó, Vera Cruz, Venha Ver e Riacho de Santana. A Figura 1 a seguir ilustra os municípios com o programa e os selecionados para o estudo.

Fases da pesquisa

A Figura a seguir traz uma síntese das fases da pesquisa nos municípios selecionados.

Figura 1. Municípios selecionados para participação na pesquisa: localização geográfica e algumas características socioeconômicas e demográficas. Em “A” os 101 municípios com o Programa Mais Médicos e, em “B”, os municípios pré-selecionados, com os 4 participantes em destaque

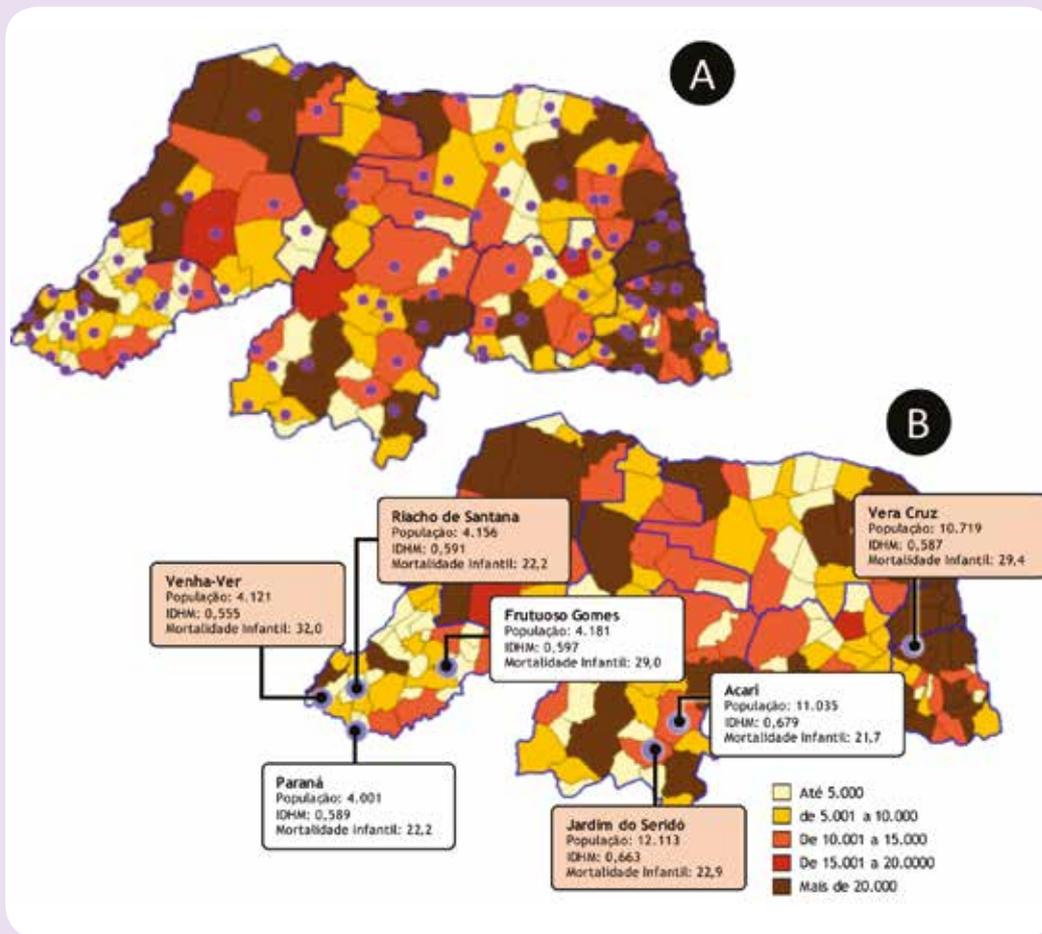
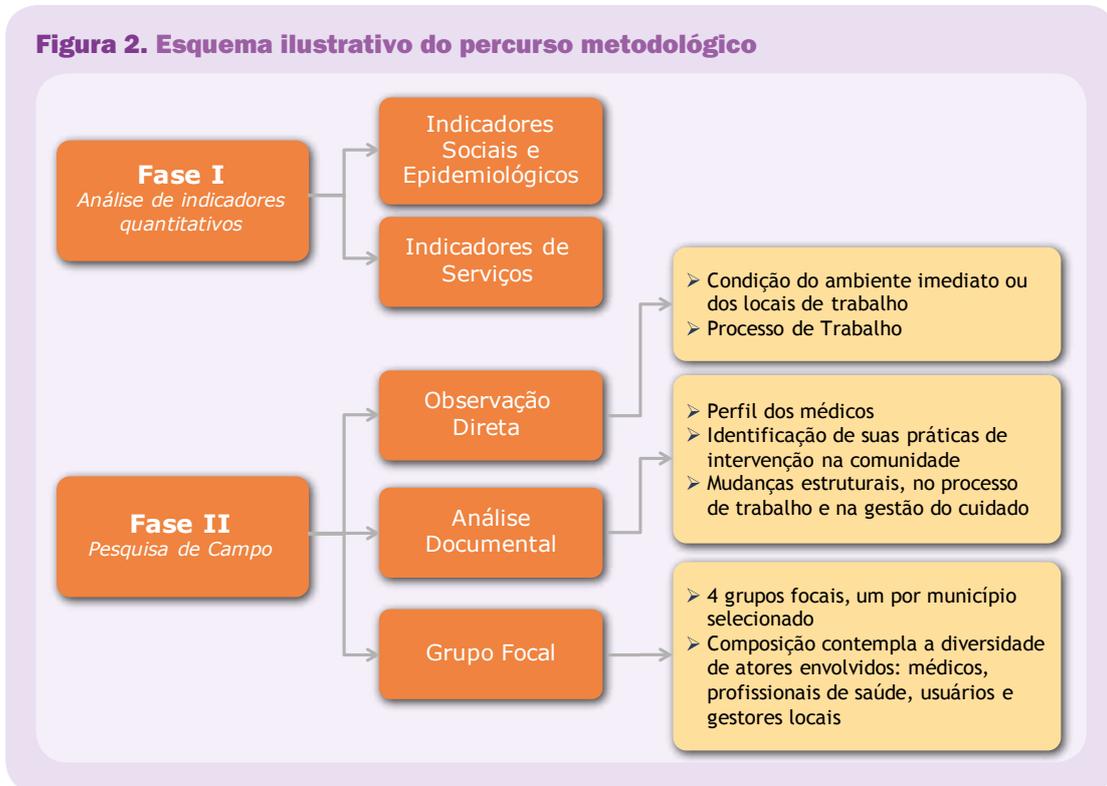


Figura 2. Esquema ilustrativo do percurso metodológico

Fase I: Análise de indicadores quantitativos

Dos quatro municípios selecionados, foram observados indicadores sociais, epidemiológicos e de produção de serviços, no intuito de caracterizar os municípios em termos de vulnerabilidade social e sanitária. Os indicadores foram obtidos a partir das bases de dados disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde e nos documentos disponibilizados pelos municípios.

Fase II: Pesquisa de Campo

A partir dos passos iniciais para seleção dos municípios de pequeno porte em situação de maior vulnerabilidade social e sanitária que vivenciaram experiências inovadoras, nessa fase da pesquisa, aprofundamos a investigação mediante a observação e a descrição dos contextos e das práticas dos sujeitos implicados na experiência. Esse aprofundamento se deu pela realização da pesquisa de campo, conduzida a partir das visitas aos quatro municípios selecionados: Jardim do Seridó, Vera Cruz, Venha Ver e Riacho de Santana em dois momentos distintos. O primeiro momento envolveu visitas de aproximação com o campo de pesquisa e os potenciais sujeitos da pesquisa no mês de dezembro de 2015, o segundo momento foi a realização do trabalho de campo propriamente dito, com aplicação dos instrumentos de pesquisa, nos meses de fevereiro e março de 2016.

A pesquisa de campo teve caráter multidimensional visou descrever a atuação do profissional na modelagem das práticas da equipe de saúde e seus modos de interação com os usuários, seja no âmbito do serviço, seja no contato com as famílias e a comunidade. Buscou-se identificar inovações no cuidado e na atenção, que tenham produzido efeitos no acesso, na qualidade e na satisfação dos usuários.

O estudo de caso combinou a análise de informações sociais e de saúde, o registro fotográfico, a análise documental, observação das unidades de saúde, entrevistas com usuários das unidades observadas e grupos focais (entrevistas em grupo) com os sujeitos que vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde no município. Os sujeitos escolhidos para participar das entrevistas em grupo foram os profissionais de saúde, usuários, conselheiros municipais e gestores.

Observação direta

O estudo envolveu a realização de observação direta, durante o trabalho de campo, através da realização de visitas agendadas durante horário de funcionamento habitual das unidades de saúde de lotação dos médicos cooperados. A observação foi realizada com base em um Roteiro de Observação (Apêndice 2) que considerou as diversas dimensões do cuidado, dentre elas o acesso, integralidade, longitudinalidade, trabalho em equipe, gestão da clínica e gestão da UBS. O conjunto de informações coletadas foi construído a partir de diversas fontes (recepção, Agentes Comunitários de Saúde, equipe, gerência da unidade e usuário), além da observação propriamente dita.

Durante a realização das visitas para observação direta da unidade de saúde do município de Venha Ver, surgiu o convite para acompanharmos o médico cooperado em visitas domiciliares em diferentes sítios da comunidade. A experiência foi muito positiva para apreender as peculiaridades do trabalho desenvolvido pelo médico no território.

A partir dessa experiência, que ocorreu em uma zona rural, organizamos o acompanhamento da visita domiciliar no município de Riacho de Santana para observar o atendimento domiciliar realizado em zona urbana. Dessa forma, a observação direta foi realizada também em visitas domiciliares, embora isso não tenha sido planejado inicialmente. Para registro das visitas domiciliares foram realizados registros livres em diário de campo.

A partir dos dados obtidos na observação direta das unidades de saúde dos municípios pesquisados e dos registros das visitas domiciliares, foi elaborada uma matriz-síntese das observações em cada um dos itens, objetivando subsidiar a análise e a discussão dos dados.

Figura 3. Unidades de Saúde visitadas nos municípios pesquisados



Fonte: Acervo dos autores.

Figura 4. Alguns aspectos incluídos na observação das unidades de saúde investigadas



Fonte: Acervo dos autores.

Figura 5. Visitas domiciliares na área urbana de Riacho de Santana (acima) e na zona rural de Venha Ver (abaixo)



Fonte: Acervo dos autores.

Análise Documental

Nesse estudo, a análise documental foi utilizada essencialmente para identificar a inserção do PMMB nos instrumentos de planejamento e gestão do município. Os documentos analisados foram: plano municipal de saúde, relatórios de gestão e das conferências municipais de saúde. Do ponto de vista da gestão, a análise contribuiu para observar de que maneira se deu a institucionalização do Programa *Mais Médicos* dentro da política de saúde local.

Os relatórios de supervisão pedagógica são relatórios preenchidos pelos supervisores do PMMB, disponibilizados online, hospedados no site do Ministério da Educação. Esses relatórios compõem um elenco de estratégias de supervisão das atividades de todos os médicos do PMMB. Essa supervisão é realizada por universidades que selecionam os supervisores para apoiar a adaptação e o relacionamento desses profissionais com o município e o serviço em que está. Orientam os profissionais, buscando facilitar sua ambientação ao SUS e ao preconizado pelo Programa, identificam necessidades de aprendizado, elaboram planos de estudo e educação e são referência para esclarecer dúvidas e compartilhar algumas decisões.

A análise dos documentos se constituiu das fases: (a) identificação e coleta dos documentos, (b) pré-análise, (c) determinação das unidades de análise, nas

modalidades de registro e contexto e (d) categorização e organização do quadro de dados (Silva *et al.*, 2009).

No caso dos relatórios de supervisão, foram analisados os itens mais relevantes e que se interconectam com os objetivos da pesquisa. Foi construída, então, uma matriz com essas informações para cada um dos municípios, entre os anos de 2013 e 2015 e as informações constantes serviram de subsídio para a triangulação com os dados dos grupos focais e observação direta.

Grupo Focal

O grupo focal é uma técnica de grande importância para tratar de questões relacionadas à saúde sob um ângulo do social, por se aplicar a estudos de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (Minayo, 2000).

Nesse estudo essa técnica foi utilizada com o objetivo de apreender a percepção dos grupos de interesse envolvidos no Programa *Mais Médicos* para o Brasil (PMMB), nas suas diferentes inserções e aproximações com o Programa.

Para cada município selecionado para o estudo de caso foi realizado um Grupo Focal. Sua composição buscou contemplar a diversidade de atores envolvidos no Programa, quais sejam, os médicos participantes do PMMB, profissionais de saúde inseridos nos serviços de saúde onde esses médicos atuam e de outros serviços da rede municipal de saúde, usuários dos referidos serviços, gestores locais e representantes do controle social (Conselho Municipal de Saúde). Cada grupo focal contou com um número médio de 12 participantes, com um tempo médio de duração de 1 hora e 45 minutos.

Os participantes dos grupos focais foram definidos com base em critérios de inclusão que privilegiaram a heterogeneidade dos participantes de modo a incluir os diferentes sujeitos, interesses e experiências junto ao PMMB. Esses sujeitos foram definidos nominalmente em conjunto com os gestores municipais, técnicos e profissionais contatados durante a primeira visita aos municípios.

Na condução do grupo focal, é utilizado um roteiro de questões que orientam a discussão nos grupos (Apêndice 3). O objetivo do roteiro é permitir que a palavra circule de maneira a contemplar a fala de todos os sujeitos integrantes do grupo, deve permitir certa flexibilidade na condução do grupo e o registro de temas não previstos (porém relevantes) e que dialoguem com o referencial teórico-metodológico adotado na pesquisa (Trad., 2009).

A utilização do roteiro também permitiu, a partir de uma “homogeneidade temática” nos grupos, estabelecer um processo de análise de categorias já oferecidas no roteiro, para, assim, compreender as diversas argumentações, dos diferentes sujeitos e grupos de interesses em relação aos temas, fazendo correlações entre os diferentes grupos focais (Onocko Campos, 2008).

O processo de análise foi realizado em quatro Momentos complementares descritos a seguir.

- **Momento 1:** Construção textual - Transformação das falas dos participantes dos grupos focais em narrativas a partir dos registros do observador, do anotador, das gravações em áudio e vídeo e da memória do moderador.
- **Momento 2:** Análise específica de cada grupo.

Para análise das narrativas construídas a partir dos grupos focais foi construída uma Matriz Analítica das Narrativas dos Grupos Focais, articulando as questões norteadoras do roteiro com os diferentes grupos de interesses, buscando manter a polifonia da qual se ocupou a composição dos grupos.

Nessa matriz foram inseridos os conteúdos da construção textual do Momento 1, sintetizados pelos pesquisadores em um exercício de transportar as narrativas da ordem temporal em que aconteceram durante a realização do grupo focal para os temas propostos nas questões norteadoras, transformando a matriz em um instrumento interpretativo das narrativas.

- **Momento 3:** Definição das categorias e subcategorias.

As matrizes elaboradas individualmente para cada um dos grupos focais foram analisadas pelos pesquisadores em um exercício interpretativo a partir das falas dos grupos de interesse, tendo emergido desse exercício um conjunto de categorias e subcategorias, a partir das quais os trechos das narrativas foram reagrupados.

A partir desse momento foram tomadas as categorias emergentes dos grupos como base para uma análise ampliada, agrupando, juntamente com os trechos das narrativas, as informações obtidas a partir do Roteiro de Observação das Unidades de Saúde (Figura 7).

- **Momento 4:** Discussão dos resultados, utilizando a sistematização realizada no Momento 3 para cada um dos grupos focais, no sentido de construir um diálogo entre os trechos das narrativas, informações da observação direta e a base teórica do tema em estudo.

Figura 6. Momento de realização em alguns dos grupos focais

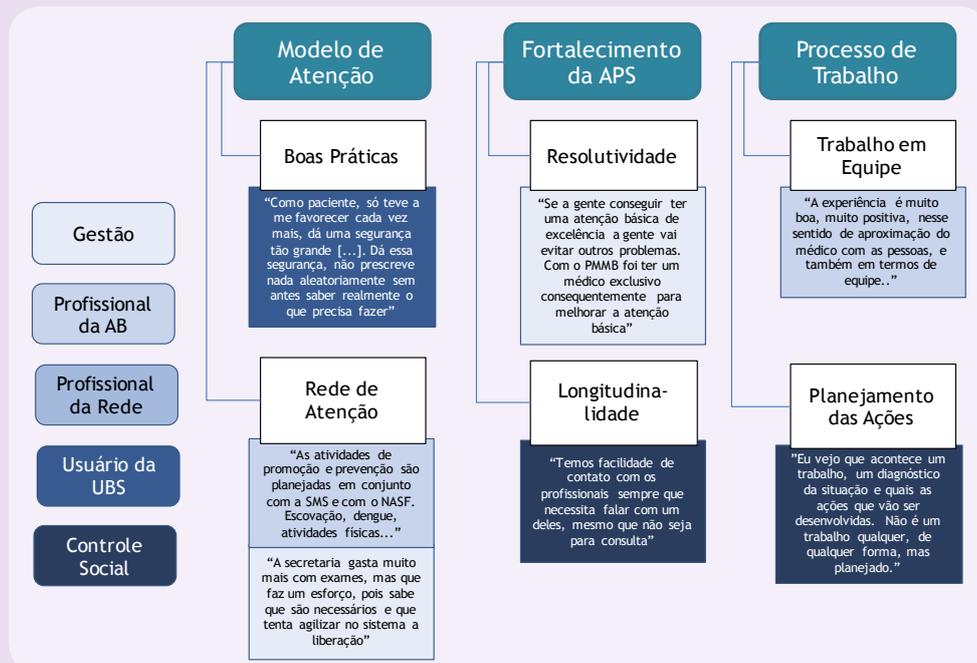


Fonte: Acervo dos autores.

Análise geral dos dados

A análise geral dos dados se deu a partir da estratégia de triangulação de métodos. Esse tipo de abordagem é definido como a expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra análise de estruturas, processos e resultados, compreensão do programa em pauta, de relações envolvidas na implementação de ações e visão que os atores constroem sobre o objeto em investigação (Minayo, 2005).

Figura 7. Esquema do processo de articulação entre os grupos de interesse e as categorias de análise dos grupos focais e das entrevistas



Fonte: Acervo dos autores.

Na prática, a triangulação se deu a partir da articulação anteriormente referida, dos grupos focais, da observação direta e da análise de documentos em que as categorias se imbricaram.

Aspectos Éticos

Por se tratar de pesquisa com seres humanos o estudo seguiu os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo às recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Foi solicitada a anuência dos quatro municípios escolhidos e os indivíduos participantes foram devidamente informados dos objetivos da pesquisa e foram convidados a participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de autorização de gravação de voz e de uso de imagem (Apêndice 4). O projeto foi registrado sob o CAAE 52245715.2.0000.5292 e recebeu parecer final número 1.467.531.



3. Produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar

Semiárido Potiguar: caracterização do universo da pesquisa

O que se convencionou chamar de região semiárida nordestina é um vasto território caracterizado pela ocorrência do bioma da caatinga, em outras palavras, o que conhecemos por sertão. Nessas áreas o clima é seco e quente, com chuvas que se concentram nas estações de verão e outono. No semiárido chove pouco e as chuvas são mal distribuídas no tempo, sendo uma verdadeira loteria a ocorrência de chuvas sucessivas, em pequenos intervalos. Desse modo, o que realmente caracteriza uma seca não é o baixo volume de chuvas caídas e sim a sua distribuição no tempo (Suassuna, 2015).

No sertão, a economia agrícola tem como base essencialmente as atividades pastoris, com predomínio da criação extensiva de gado bovino, caprinos e ovinos, além da cultura de espécies resistentes à estiagem, como o algodão e a carnaúba nas áreas mais secas, e a produção de milho, feijão e mandioca nas áreas mais úmidas (Suassuna, 2015).

O Nordeste tem, aproximadamente, 47 milhões de habitantes, dos quais 17 milhões vivem na região semiárida. No exacerbar de uma seca, 10 milhões de habitantes passam sede e fome. No Rio Grande, a grande maioria dos municípios (147 dos 167 hoje existentes) faz parte do semiárido potiguar, colocando essa característica como um importante aspecto a ser considerado quando se pensa em políticas públicas, entre elas a da saúde.

Os municípios participantes do estudo

Para chegar até os municípios de Venha Ver e Riacho de Santana saindo da capital, Natal, é preciso praticamente atravessar o estado no sentido Leste-Oeste. Uma analogia conhecida do estado do Rio Grande do Norte é que seu formato lembra um elefante, sendo, portanto, muito comum entre os habitantes se referir às regiões substituindo-as pelas diferentes partes do paquiderme, visto de perfil. O extremo oeste, onde se encontram estes dois municípios, é a “tromba do

elefante”, uma região das mais pobres do Estado que, aliado aos baixos indicadores socioeconômicos, tem sofrido constantemente (principalmente nos últimos anos) com o efeito da estiagem. Foi a primeira região visitada pela equipe, ainda em dezembro, para um contato inicial com os gestores e a equipe para detalhar a pesquisa e organizar a coleta de dados que seria feita em seguida. No caminho, pudemos testemunhar os efeitos da seca, tanto pela paisagem árida quanto pelo desafio da população para obtenção de água, a cada cidade que atravessávamos.

O município de *Venha Ver* é relativamente novo, tendo obtido sua autonomia política em junho de 1992, quando se desmembrou do município de São Miguel, quando era, então, designado como distrito Padre Cosme. Era uma antiga comunidade, originada a partir de duas famílias, uma de judeus e outra de holandeses que, ao longo do tempo, cresceu em termos populacionais e de produção agrícola.

O município ocupa uma área de 71 km², de caráter majoritariamente rural, onde residem aproximadamente 70% da população. A taxa de urbanização do município, contudo, tem crescido, passando de 20,8% em 2000 para 31,4% em 2010.

Figura 8. Visões do caminho. Acima e abaixo, filas para obter água fornecida em reservatórios abastecidos por carros-pipa. À direita, a seca vegetação como companheira de percurso



Fonte: Acervo dos autores.

Figura 9. Algumas imagens da cidade de Venha Ver



Fonte: Acervo dos autores.

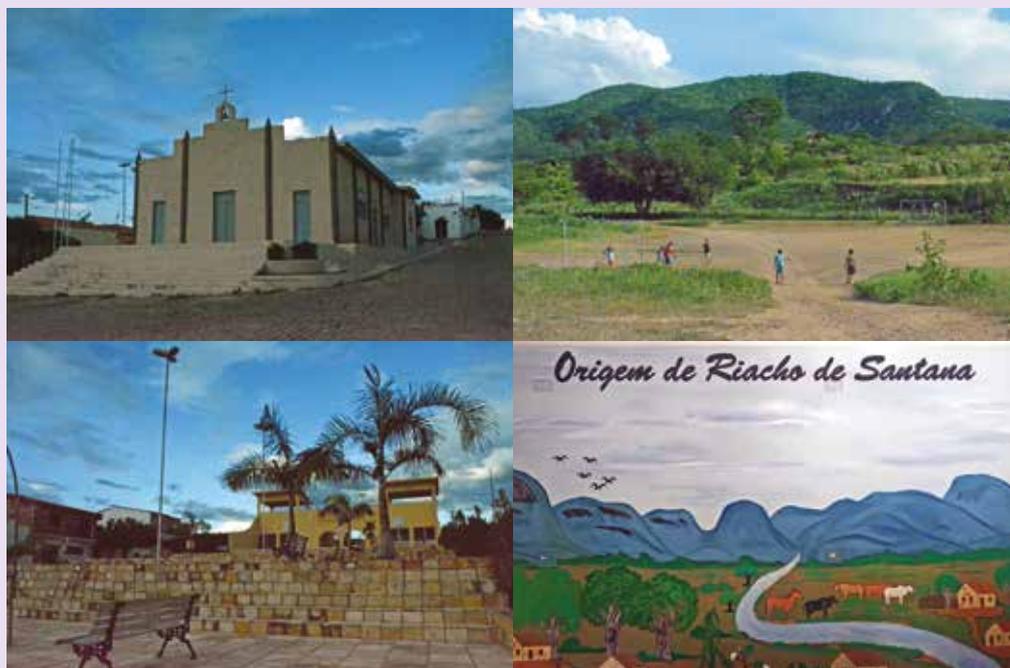
Riacho de Santana, que fica bem próximo a Venha Ver, surgiu a partir do povoamento que se deu às margens do riacho de mesmo nome, por conta da boa qualidade das terras para a agricultura, as quais ficam em uma faixa de terra na região serrana, com pequenos outros riachos e córregos. O povoado de Riacho de Santana começou a se desenvolver, com a criação de escolas e as feiras dominicais que são uma prática comum nos municípios do interior. Diversas fazendas com plantações de milho, feijão e algodão fizeram com que o povoado se expandisse.

Em 1962, pela Lei nº 2.780, do dia 10 de maio do mesmo ano, Riacho de Santana adquiriu sua emancipação política em relação ao município de Pau dos Ferros, ao qual pertencia, passando à condição de município do Rio Grande do Norte (IBGE, 2015).

A população estimada para 2015 é de 4.156 habitantes, com uma proporção muito próxima de homens e mulheres. A área do município é de 129,5 km² e, similarmente à Venha Ver, essencialmente rural, onde residem pouco mais de 58% da população. A taxa de urbanização do município cresceu pouco, passando de 37,8% em 2000 para 41,1% em 2010.

A região do Seridó norte-rio-grandense fica na “barriga” do elefante, mais ao centro-sul do estado, com alguns municípios situados na divisa com a Paraíba,

Figura 10. Algumas imagens da cidade de Riacho de Santana. No canto inferior direito, uma pintura em uma parede retratando a origem da cidade



Fonte: Acervo dos autores.

a qual também conta com municípios pertencentes à região. A denominação da região tem origem ainda controversa, para o conhecido folclorista potiguar, Luís da Câmara Cascudo, vem do idioma tapuio o termo “ceri-toh” e que quer dizer “pouca folhagem e pouca sombra”, em referência as características da região. Uma outra versão lembra que os colonizadores eram cristãos-novos, descendentes de judeus, daí os termos equivalentes em hebraico a “sobrevivente” ou “o que escapou” podem ter originado o nome. Considerando o interior nordestino, o Seridó potiguar ainda apresenta uma melhor qualidade de vida, devido à histórica liderança política e econômica (IBGE, 2015).

A porção de terra onde hoje se situa *Jardim do Seridó* começou a ser ocupada ainda no final do século XVII, pelas expedições comandadas por Domingos Jorge Velho que tentavam expulsar os revoltosos índios cariris. O fazendeiro Antônio Azevedo Maio se estabelece na região por volta de 1770, tendo sua fazenda a denominação de Conceição do Azevedo, a partir da qual se teve início as primeiras correntes de povoamento.

Segundo a tradição local, o nome Conceição do Azevedo foi mudado para Vila de Jardim, em virtude de um famoso Jardim, cultivado pelo Capitão Rodrigues Viana. Em 1874 foi elevada à categoria de cidade, após emancipar-se do município de Acari, passando a se chamar Jardim do Seridó (IBGE, 2015).

Figura 11. Algumas imagens da cidade de Jardim do Seridó



Fonte: Acervo dos autores.

Dentre os quatro municípios pesquisados, Jardim do Seridó possui a maior área (367,6 km²) e também a maior população (12.113 habitantes), embora ainda seja considerado de pequeno porte. Possui também uma maior proporção de população urbana, embora tenha crescido pouco entre 2000 e 2010, estando hoje com pouco mais de 80%. Da capital, Natal, são cerca de 250Km.

Dos quatro municípios pesquisados, o mais próximo da capital é *Vera Cruz*, distando cerca de 52 km. No início do século XIX, uma localidade chamada de *Periperi*, que ficava às margens do Riacho Vera Cruz, tinha como primeiro proprietário o fazendeiro Antônio de Vasconcelos. O seu sucessor, Alexandre Rodolfo de Vasconcelos, construiu uma ampla casa e uma capela, atraindo muitos trabalhadores do campo para morarem no local.

A localidade pertencia ao município de São José de Mipibu e, seguindo o processo natural da criação de municípios, cresceu e se desenvolveu até o ponto de adquirir sua emancipação política em 1963 (IBGE, 2015).

Figura 12. Algumas imagens do município de Vera Cruz, com destaque para a área rural, a qual foi objeto do estudo



Fonte: Acervo dos autores.

A população estimada para 2015 é de 10.719 habitantes, com uma proporção muito próxima de homens e mulheres. O município ocupa uma área de 83,9 km², de caráter majoritariamente rural, onde residem pouco mais da metade da população (56,2%). Diferentemente de outros municípios de porte semelhante, a taxa de urbanização diminuiu na última década, passando de 46,1% em 2000 para 43,8% em 2010.

Tabela 1. Síntese de alguns indicadores demográficos dos municípios estudados

	Venha Ver	Riacho de Santana	Jardim do Seridó	Vera Cruz
População Total em 2015	4.121	4.156	12.113	10.719
Taxa de Urbanização 2000-2010	20,8% - 31,4%	37,8% - 41,1%	77,2% - 81,2%	46,1% - 43,8%
Área	71 Km ²	129,5 Km ²	367,6 Km ²	83,9 Km ²

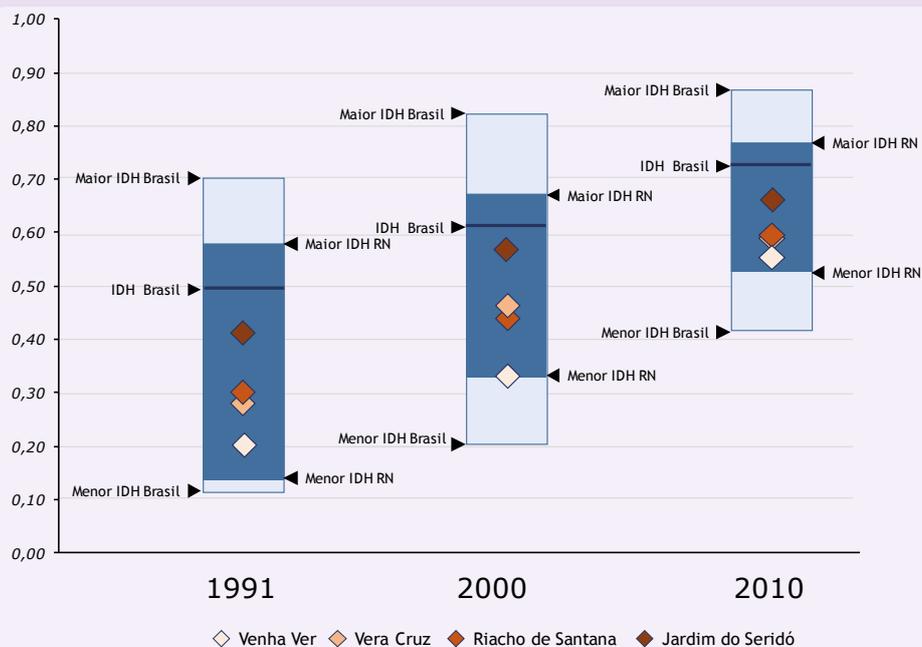
Fonte: IBGE, 2015.

Indicadores Socioeconômicos e de Desenvolvimento Humano

Os municípios pesquisados, até mesmo pela escolha metodológica deste estudo, apresentam Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) baixo, estando situados na metade inferior da média do estado. Ainda assim, observam-se diferenças entre eles, as quais têm sido mantidas ao longo das últimas duas décadas, como se pode observar na figura a seguir. O município de Venha Ver apresenta o menor IDH (sendo, inclusive, o mais baixo do estado em 2000) e Jardim do Seridó tem o maior valor dentre os quatro, enquanto que Vera Cruz e Riacho de Santana têm valores intermediários e muito próximos entre eles.

Em Venha Ver, o IDHM de 2010 está situado na faixa de baixo desenvolvimento humano (0,555). Dentre os 5.565 municípios brasileiros em 2010, Venha Ver ocupa a 5.128ª posição no ranking do IDH. Em termos de crescimento do índice, entretanto, o município apresentou uma evolução considerável, passando de 0,202 em 1991 para o supracitado valor em 2010, representando uma taxa de crescimento de 175% nesse período. É um crescimento maior do que o do Brasil e do estado (PNUD, Ipea, FJP, 2015).

Figura 13. Evolução do IDHM entre 1991 em 2010 nos municípios pesquisados em comparação com o Brasil e o Rio Grande do Norte



Fonte: PNUD, Ipea, FJP (2015).

Para o município de Riacho de Santana, o IDHM de 2010 é de 0,591, na faixa de baixo desenvolvimento humano, ocupando a 4.372^a posição no ranking brasileiro. Considerando a evolução do índice, entretanto, o município apresentou um crescimento similar ao brasileiro e do estado do Rio Grande do Norte, com uma taxa de 95% entre 1991 e 2010. Em termos nominais, é um crescimento maior do que o do Brasil e do estado, embora as linhas de tendência sejam semelhantes (PNUD, Ipea, FJP, 2015).

Com relação ao município de Jardim do Seridó, o IDHM de 2010 é de 0,663, o que o situa na faixa de desenvolvimento humano médio, sendo a 2.828^a posição no ranking. A taxa de crescimento do índice foi de 59,4% entre 1991 e 2010, o que dá, em termos nominais, um crescimento maior do que o do Brasil e do estado, embora a tendência de crescimento tenha diminuído entre 2000 e 2010 (PNUD, Ipea, FJP, 2015).

No caso de Vera Cruz, o IDHM em 2010 é de 0,587, o que também o situa na faixa de desenvolvimento humano baixo. Dentre os 5.565 municípios brasileiros em 2010, Vera Cruz ocupa a 4467^a posição no ranking, com uma taxa de crescimento de 109,6% entre 1991 e 2010. Em termos nominais, é um crescimento maior do que o do Brasil e do estado, embora a tendência de crescimento tenha diminuído entre 2000 e 2010 (PNUD, Ipea, FJP, 2015).

A Tabela 2 contém alguns indicadores socioeconômicos dos municípios estudados, onde podem ser observadas algumas similaridades.

Como se pode observar, são municípios de baixa renda, embora essa tenha crescido em diferentes proporções entre 2000 e 2010. A situação de pobreza também melhora, porém ainda se situa próximo de 30%, exceto para Jardim do Seridó. A desigualdade de renda apresenta mudanças discretas tanto no sentido da redução (Riacho de Santana e Vera Cruz) quanto do aumento (Jardim do Seridó e Venha Ver). Com relação aos indicadores educacionais, a taxa de escolarização entre 5 e 6 anos de idade pode ser considerada alta em todos os municípios, com valores acima de 93% sendo a mais favorável em Riacho de Santana (98,5%). Contudo, essa taxa tende a cair concomitante ao aumento da idade, de modo que o percentual de jovens de 15 a 17 anos que concluíram o ensino fundamental ainda é alto, entre 38% e 56%. Essa tendência se reflete também nas estatísticas educacionais dos adultos, onde se observa que população acima de 25 anos que é analfabeta ou cursou apenas o ciclo fundamental vai de 43% a 67%.

A mortalidade infantil (até 1 ano de idade) caiu em todos os municípios entre 2000 e 2010, porém ainda está distante da taxa brasileira (16,7) e das metas dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas*, segundo a qual a mortalidade infantil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (PNUD, Ipea, FJP, 2015).

Tabela 2. Síntese de alguns indicadores socioeconômicos dos municípios estudados

	Venha Ver	Riacho de Santana	Jardim do Seridó	Vera Cruz
Renda <i>per capita</i> média	R\$ 180	R\$ 237	R\$ 447	R\$ 258
Crescimento da renda 2000-2010	117%	311%	141%	94%
População em situação de pobreza 2000-2010	60,4% - 33,7%	48,4% - 27,2%	36,1% - 17,4%	53% - 31,5%
Desigualdade de renda (Índice de Gini) 1991-2010	0,43 - 0,50	0,72 - 0,50	0,48 - 0,50	0,49 - 0,42
Taxa de escolarização entre 5 e 6 anos	96,6%	98,5%	96,2%	93,4%
Proporção de jovens de 15 a 17 anos que concluíram ensino fundamental	40,9%	38,9%	56%	42,3%
Percentual de adultos analfabetos ou com apenas ensino fundamental	43%	57,7%	57,8%	67,2%
Mortalidade Infantil 2000-2010	64,7 - 32,0	50,6 - 22,2	32,1 - 22,9	60,5 - 29,4

Fonte: PNUD, Ipea, FJP, 2015.

Estrutura da Rede de Serviços de Saúde

A Tabela a seguir sintetiza os principais indicadores relativos à estrutura dos serviços de saúde nos municípios pesquisados.

Como se pode notar, exceto por um ou outro aspecto determinado pelo porte populacional, os municípios possuem características muito similares. A oferta de serviços de saúde é concentrada essencialmente na atenção primária, embora alguns contem com o suporte de Unidades Mistas que realizam estabilização de pacientes e Hospital Filantrópico (Jardim do Seridó). A oferta de serviços privados é muito pequena e o percentual da população coberta por plano de saúde é de, no máximo, 3%, tornando a população quase que totalmente dependente do sistema público de saúde.

A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentam cobertura de 100% da população, com número variável de equipes em função do porte populacional e todas contam com apoio de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Todas as equipes de saúde da família contam com equipes de saúde bucal, como componente das ações do Programa Brasil Sorridente, sendo todas elas do tipo

Tabela 3. Síntese de alguns indicadores relativos à estrutura da rede serviços nos municípios estudados

	Venha Ver	Riacho de Santana	Jardim do Seridó	Vera Cruz
Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)	100%	100%	100%	100%
População coberta por planos de saúde	0,08%	0,48%	3%	2,28%
Equipes de ESF urbanas	1	1	4	4
Equipes de ESF rurais	1	1	1	2
Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)	1 (Tipo III)	1 (Tipo III)	1 (Tipo II)	1 (Tipo I)
Equipes de Saúde Bucal tipo I	2	2	5	6
Centro de Especialidades Odontológicas	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Programa Saúde na Escola (alunos incluídos)	1.422	1.074	2.302	3.328
Centro de Referência da Assistência Social (CRAS ou CREAS)	1	1	1	1
Academia da Saúde	1	-	Em construção	2
Clínica ou Ambulatório Especializado	-	1	1	1

Fonte: DAB/CGGAB, 2015, CNES/DATASUS, 2015.

I, onde não há a presença do Técnico em Saúde Bucal (TSB), contando apenas com o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Em nenhum dos municípios há oferta de serviços de atenção secundária em Saúde Bucal através dos CEO (Centros de Especialidades Odontológicas), porém todos possuem Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que dá o suporte para as próteses que são ofertadas na atenção básica.

Os quatro municípios recebem incentivos do Programa Saúde na Escola (PSE), considerando creche, pré-escola, ensino fundamental e médio e ainda educandos do EJA (Educação para Jovens e Adultos). Em todos eles também há suporte psicossocial à saúde através dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Academia da Saúde não está presente apenas em Riacho de Santana.

As produções e criações de conhecimento no campo da pesquisa

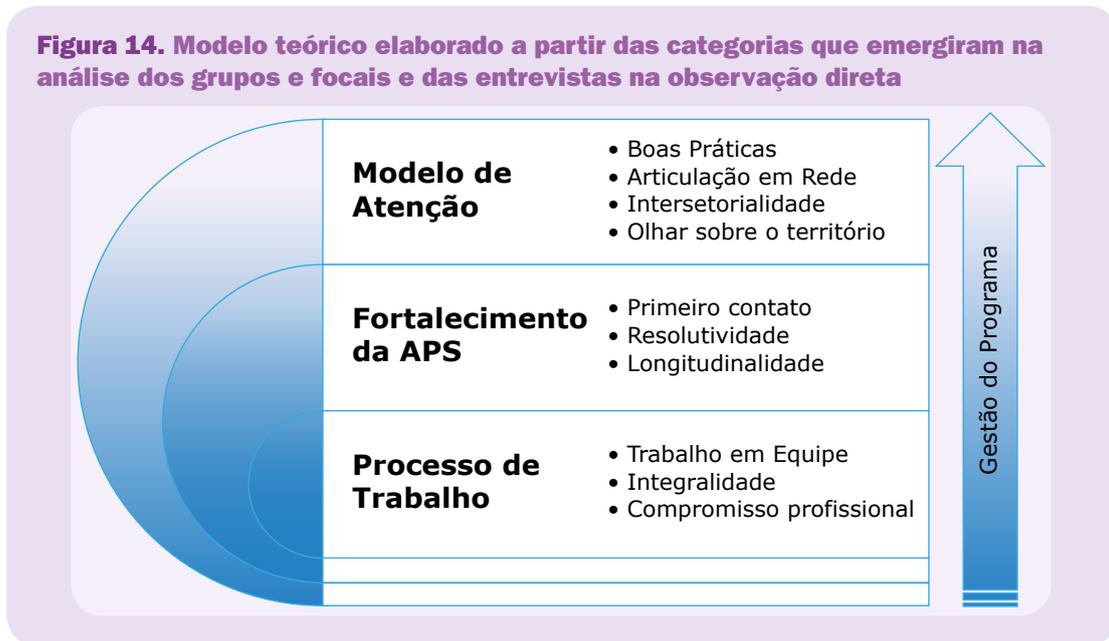
Nessa etapa do estudo são apresentados trechos das narrativas dos quatro grupos focais (GF) agrupados segundo as categorias que emergiram das falas dos diversos atores envolvidos nas práticas de saúde de cada município. Essas narrativas são apresentadas em diálogo com os dados da observação direta e dos relatórios de supervisão e apontam para os principais avanços, perspectivas e expectativas relacionadas às experiências dos participantes da pesquisa em relação ao Programa *Mais Médicos*.

A codificação dos participantes, segundo os grupos de interesse, significa: G (Gestor), PAB (Profissional da Atenção Básica), PR (Profissional da Rede), Usuário da UBS (UAB), Controle Social (CS) e Usuário entrevistado na Observação Direta (UO).

O quantitativo de sujeitos participantes, dos respectivos grupos de interesse foram respectivamente: G – 8; PAB – 22; PR – 4; UAB – 5; CS – 3; UO – 7; totalizando 49 sujeitos que compuseram as narrativas dos grupos focais.

As categorias se articulam a partir do modelo teórico ilustrado na Figura a seguir, que indica a interconexão das categorias de análise. Em um primeiro nível temos o processo de trabalho, que representa a feição cotidiana do Programa *Mais Médicos*, traduzida nas práticas da equipe e dos médicos cooperados. Não necessariamente acima, mas englobando esse primeiro nível, temos o efeito observado no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), que surge a partir dos resultados significativos na resolutividade e na longitudinalidade da atenção. No nível que adere os demais, temos o Modelo de Atenção. Observou-se que esse conjunto de categorias é influenciado pela gestão do programa, principalmente no âmbito município, que lhe dá o suporte e a institucionalidade. Na sequência, cada uma dessas categorias será discutida mais detalhadamente, a partir do modo como emergiram dos diferentes instrumentos de pesquisa.

Figura 14. Modelo teórico elaborado a partir das categorias que emergiram na análise dos grupos e focais e das entrevistas na observação direta



Processo de Trabalho em Saúde

Ação integral e o cuidado compartilhado: repercussões no trabalho da equipe

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões do trabalho em saúde: como ato produtivo de coisas e de pessoas. A primeira trata do trabalho em saúde como construtora de produtos, a segunda se vincula ao trabalhador como produtor do ato e à sua relação com seu ato produtivo, com os produtos que realiza e com suas relações com os outros trabalhadores e com os usuários. Nesse estudo, essa última dimensão se destaca nas falas dos diferentes atores, apontando para mudanças provocadas pelo Programa *Mais Médicos* no âmbito do processo de trabalho, e no sentido do trabalho de equipe, da própria UBS assim como em outros pontos da rede de saúde (Franco & Merhy, 2010).

“Os atendimentos são sempre compartilhados, é uma equipe realmente” (PAB).

“A experiência é muito boa, muito positiva, nesse sentido de aproximação do médico com as pessoas, e também em termos de equipe, diferente daquele médico que vinha nas carreiras para atender e já ia para outras cidades para atender em outro lugar. Acaba não tendo um vínculo com a equipe, às vezes, não discute os assuntos que tinham para discutir” (PAB).

“É a primeira vez que podemos falar em equipe, dizer que a gente tem uma equipe, vai para visita com a equipe completa, ACS, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem” (PAB).

“Cada componente do grupo, não só o médico, toda equipe tem sua responsabilidade e importância na equipe, desde o motorista até o ASG.” (G).

“Todo mundo fica com a mesma força, o trabalho fica mais potente [...]. Temos a mesma sintonia, mesma frequência, mesmo objetivo” (PAB).

“Temos uma agenda (de atividade multiprofissional) com equipe da unidade do médico cooperado e com o NASF (...). Há um intercâmbio entre os grupos” (PAB).

A atuação interdisciplinar das equipes de saúde é uma das condições essenciais para a integralidade, tendo em vista que as equipes lidam cotidianamente com situações de saúde complexas que exigem intervenções coordenadas e uma ação integral (Brasil, 2007; Pinheiro, Silva Júnior, Mattos, 2008).

Um outro componente que se destaca nas falas como importante para a atenção integral é o planejamento da atenção ao usuário. O planejamento das atividades da equipe surge como um modo de harmonizar os saberes e práticas da equipe com as demandas expressas pela população, possibilitando a realização de intervenções em saúde mais adequadas às necessidades reais do território, promovendo desse modo a atenção integral à saúde (Ayres, 1998).

“Antes a gente trabalhava solto. Com as reuniões e planejamento melhorou muito (PAB).

“A agenda de trabalho é planejada e feita na reunião da equipe de saúde, onde são definidos, entre outras coisas, em que sítios serão feitas as visitas. O planejamento inclui a presença de voluntários da área, que são integrantes da comunidade que gostam de colaborar com as ações de saúde” (PAB).

As relações citadas no estudo dizem respeito àquelas estabelecidas entre usuário e profissionais, seja no âmbito do atendimento individual, seja no relacionamento com e entre a equipe de saúde. Conforme apontado nas falas anteriores, a presença do médico cooperado produz atos que promovem a integração da equipe, valoriza o trabalho do grupo, e repercute positivamente na atenção ao usuário. No entanto, há indicativos dos participantes da pesquisa de que essa conquista é sujeita a retrocessos para uma atenção médico-centrada, a depender do perfil do médico que venha a compor essa mesma equipe futuramente.

“Infelizmente quando vem médico sem ser do Programa Mais Médicos, eles, ao invés de se moldar à realidade da equipe, a equipe é que tem que se moldar a ele. Isso prejudica, porque a gente está com um trabalho todo planejado, um trabalho que ia ser realizado, e aquele trabalho não pode ter continuidade porque o médico não pode dar assistência” (PAB).

As mudanças no processo de trabalho citadas apontam para o fato de que o provimento de médicos cooperados com disponibilidade para atuar e com maior compromisso com o cuidado, resgatou (ou despertou) um sentido de equipe entre os profissionais dos serviços de saúde que anteriormente não possuíam profissional médico na equipe ou, ainda, os médicos anteriores não possuíam disponibilidade de horários para atuar diariamente na unidade.

“[...] o ponto positivo foi ter um médico com disponibilidade para atenção básica, que é difícil no nosso país devido aos médicos possuírem muitos vínculos de trabalho” (G).

“Não há como fazer um atendimento de qualidade se não houver disponibilidade do médico” (G).

“Como ACS, a gente já sofreu muito com a questão da falta de médicos nas unidades, com médicos que vinham e não ficavam o tempo que deveriam dar na UBS, para dar assistência que a comunidade necessitava” (PAB).

“Desejávamos um médico que tivesse disponibilidade para ficar mais na Estratégia [Saúde da Família] porque a gente sabe que uma atenção básica bem-feita era essencial para não evoluir para uma perspectiva hospitalar” (G).

“Quando fizemos a adesão ao programa, o que nós mais buscávamos era o cumprimento da carga horária que é o que Ministério da Saúde mais solicita da gestão” (G).

“Uma das características boas desse programa é a pontualidade, são profissionais muito pontuais, não se ausentam do trabalho” (PAB).

“Quando nós entramos aqui [na Secretaria], nós tínhamos rotatividade de profissionais, onde a gente estava com um determinado profissional nas nossas duas equipes e, de repente, um município lançava um valor maior, nós perdíamos um profissional. Não tínhamos um atendimento constante” (G).

“No Brasil existe a cultura do médico ter vários vínculos. Se eu pudesse, como gestão, todos os médicos eram do Programa Mais Médicos” (G).

“A diferença entre antes e depois é muito grande, está sempre atendendo as pessoas que precisam dele, é médico amigo” (UO).

“Existe diferença: procuro o médico e ele está na unidade” (UO).

O compromisso e comprometimento do profissional médico com a equipe emerge como uma característica primordial para a produção de uma atenção à saúde de qualidade e como diferencial do profissional do PMMB em relação ao fazer tradicional do modelo médico-centrado, como é colocado no trecho a seguir:

“Tem médicos e tem o ‘mais médicos’. No ‘mais médicos’ o profissional é mais comprometido, tem um feedback melhor com o usuário. Existe médico que nem olha e já está medicando (PAB).

Assim como os médicos cooperados trouxeram uma prática diferenciada, mais contextualizada com os atributos da Atenção Primária. As práticas de saúde usuais trouxeram algumas novas experiências que geraram estranhamento e necessitaram de entendimento e adaptação dos médicos cubanos. Entre elas está a atuação da enfermeira em programas governamentais a partir de protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. Foi possível constatar que a enfermeira encaminha para o médico casos de risco, mas ele não encaminha para ela “demandas em geral”.

“No início eu não aceitava muito bem, mas aqui no Brasil tem uns protocolos, a enfermeira segue no atendimento, agora eu deixo, tem que aceitar” (PAB).

Outros aspectos que emergiram com repercussão sobre o processo de trabalho foram o esforço em superar as dificuldades, tais como a diferença entre os idiomas e o entendimento sobre o PMMB e a qualidade de registro das informações prestadas pelos médicos cooperados, além da postura profissional desses.

“Quando cheguei o primeiro dia aqui, realmente tinha dificuldade para entender as coisas que falavam para mim, mas quando você quer fazer alguma coisa, você tem que buscar” (PAB).

“No momento oportuno ela procurou explicar o que era o programa, ia na rádio, dizer o que era o programa para as pessoas entenderem” (PAB).

“[...] Ele é um dos profissionais que diariamente está entregando as fichas preenchidas [...] não erra no cartão do SUS, detecta o problema bem direitinho” (PAB).

A partir da afirmação de que “o trabalhador de saúde é sempre coletivo”, podemos compreender que não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo

das necessidades de saúde. Nessa perspectiva, a proposta do trabalho em equipe na atenção à saúde tem como intuito garantir uma pluralidade de olhares e de saberes para proporcionar um atendimento integral, superando a fragmentação e desresponsabilização dos profissionais de saúde, fruto da sua crescente especialização (Merhy & Franco, 2009; Campos, 2000).

A chegada do médico cooperado nas equipes de saúde vem adicionar ao grupo um profissional com características diferenciadas dos demais, tanto no que diz respeito à sua formação técnica, quanto no que se refere à sua experiência de vida. Isso tende a agregar, ao trabalho das equipes envolvidas, novas possibilidades de aplicação de saberes e práticas de saúde pautadas pelo conhecimento de cunho técnico e tecnológico, mas também de cunho relacional, reorganizando os espaços de prática para dar conta de um processo de trabalho em saúde centrada no usuário e multiprofissional.

Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde

Promoção do acesso longitudinal e resolutivo para uma Atenção Primária de excelência

A Atenção Primária tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e aqui destacamos as duas primeiras que emergiram destacadamente das falas durante os grupos focais e as entrevistas realizadas nas UBS.

As narrativas dos diversos atores (gestores, profissionais e usuários) apontam para a presença do médico cooperado como um fator catalisador para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde ao conferir aplicabilidade prática ao conjunto dos seus atributos, atribuindo-lhe características de uma atenção de excelência, ou seja, de superioridade e de qualidade, quando comparada às situações vivenciadas em outros contextos de atenção nos quais não havia a presença de um profissional médico cooperado.

“O Programa Mais Médicos se focaliza na atenção básica de excelência, tendo um grande impacto para população. Possibilita ver o paciente de forma integral” (PAB).

“Se a gente conseguir ter uma atenção básica de excelência a gente vai evitar outros problemas. Então, do meu ponto de vista, o PMMB possibilitou ter um médico exclusivo, conseqüentemente para melhorar a atenção básica” (G).

“Particularmente o médico cooperado aproximou esse serviço da população, a Estratégia Saúde da Família foi criada para aproximar a família da Unidade de Saúde. Com o Programa Mais Médicos isso aconteceu” (PAB).

“Se os pacientes pudessem escolher serem atendidos na UBS ou no Hospital acredito que eles prefeririam ir para UBS, para serem atendidos por ele (médico cooperado)” (UAB).

Quanto ao primeiro contato, destacam-se questões relacionadas à facilidade no acesso e na utilização dos serviços por parte dos usuários, tais como acolhimento, acesso aos profissionais, oferta de cobertura após o horário de atendimento da unidade, brechas para consultas de emergências, disponibilidade para visitas domiciliares, oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço, busca ativa e, ainda, oferta de ações de promoção e prevenção (Brasil, 2007), evidenciados principalmente durante as visitas de observação direta.

“Temos facilidade de contato com os profissionais sempre que necessita falar com um deles, mesmo que não seja para consulta” (UO).

“Quando a gente chega aqui a equipe recebe você bem para tudo, a ACS é uma bênção. O médico tem a maior atenção, cumprimenta a gente na rua” (UO).

“Ele conhece todo mundo, reconhece a gente na rua. Quando vê meu filho chama pelo nome e pergunta se já está fazendo dieta (UO).

“O acesso é fácil aos profissionais, todos sabem informar sobre tudo, tudo é compartilhado” (UO).

“Fui atendida mesmo passando do horário, já aconteceu também com meu filho, ele atendeu, analisou o caso encaminhou para especialista, passou os exames” (UAB).

“Chego na unidade para pegar ficha no turno em que vou ser atendida e sou sempre atendida no mesmo período” (UO).

“O atendimento é sempre feito por demanda espontânea, para todas os profissionais, médico, enfermeira e dentista. Tem dia de atendimento específico para Crescimento e Desenvolvimento” (PAB).

O não agendamento de consultas aparece como um problema para um profissional de saúde, destacadamente pelo fato de impedir o cumprimento de um item do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Tendo em vista a enorme demanda de consultas para o médico

cooperado, inclusive de outras unidades, acaba não conseguindo ofertar a marcação de consultas.

“Estamos tentando implantar o agendamento desde a chegada do médico cooperado, mas não conseguimos por causa da epidemia. O PMAQ pede o agendamento né?” (PAB).

Contudo, o não agendamento não emerge das falas dos usuários como problema, possivelmente por que o atendimento ao usuário é estendido para um número maior de pessoas, praticamente todos que procuram consulta durante o turno são atendidos, o atendimento é realizado até mesmo na própria residência do médico, conforme relato de uma usuária, do gestor municipal e do supervisor. Esses últimos demonstram preocupação com esse fato e suas possíveis repercussões relacionadas com a sobrecarga gerada para o médico e com a capacidade de resposta da gestão para as demandas apresentadas fora do horário de funcionamento da unidade.

“Essa área nunca falta médico, a população vem toda para cá. Quando eu não era dessa área eu procurava ele em casa. Eu tenho gêmeos e ele atendia as crianças na casa dele” (UO).

“Quando eu cheguei aqui pela primeira vez eu achei que não ia ser atendida, mas me receberam bem, eu até estranhei. Quando na outra unidade não tem médico, vem tudo para aqui” (UO).

Durante a observação direta em uma das Unidades Básicas, pôde ser constatada a realidade de que o médico cooperado atende à demanda dos médicos que não comparecem ao atendimento em outros serviços. O médico de uma outra Unidade de Saúde da Família não compareceu ao serviço e os pacientes começaram a chegar na unidade observada procurando atendimento no turno da manhã. Os integrantes da equipe foram redirecionando o atendimento desses usuários para o turno da tarde. Nos relatórios de supervisão, foi possível constatar ocasiões em que a média diária de pacientes atendidos pelo médico cooperado chegava a 55, um número bastante superior aos demais.

O acesso aos serviços de saúde, em especial aos da Atenção Primária, possuem dois componentes, sendo um deles o acesso dito socioorganizacional, que inclui as questões acima elencadas. O outro é o acesso geográfico, para o qual não foram referidas barreiras importantes por nenhum dos grupos focais, e nem identificados na observação direta, mesmo nas unidades de saúde localizadas na área rural. Para as comunidades mais distantes foram apontadas soluções para ampliar e garantir o acesso à unidade e seus serviços.

“Não existem barreiras geográficas, o acesso é fácil, fica dentro da comunidade” (PAB).

“Não existem barreiras geográficas, a unidade fica no centro da comunidade. Só uma comunidade é mais distante. Para essa comunidade o ACS faz agendamento das consultas e o usuário vem só no dia da consulta” (PAB).

Em uma das nas experiências estudadas, localizada na zona rural, em uma região bastante vasta e de difícil acesso, com estradas de terra e constituída de diversos sítios, a organização da atenção para garantia do acesso é reordenada, tendo como uma das principais estratégias o atendimento da equipe multiprofissional as visitas domiciliares.

“Algumas comunidades são muito distantes, o acesso é difícil principalmente para pacientes idosos, com doenças crônicas, mães com filhos pequenos, o atendimento para essas comunidades é prioritário, se chegar é logo atendido e são feitas visitas domiciliares” (PAB).

*“Com o programa *Mais Médicos*, o médico que vai até a casa, e não o paciente que vai até o médico” (PAB).*

“Melhorou a questão das visitas, quanto mais difícil o acesso, mais difícil essa população ter um atendimento médico e mesmo assim ele vai. O lema dele é trabalho, tem gente necessitando, vamos até lá” (PAB).

“As visitas domiciliares são realizadas com frequência, toda semana. Estão presentes o médico, a enfermeira e o ACS. Elas ocorrem de acordo com as áreas dos agentes” (PAB).

Na experiência referida anteriormente, a atenção prestada aos usuários, através de visitas domiciliares, suplanta o atendimento dentro da própria unidade de saúde. O agendamento das visitas é realizado de forma que todos os sítios, onde vivem grupamentos de famílias, sejam visitados ao menos uma vez no mês pela equipe multiprofissional, constituindo-se então, esse agendamento, na agenda prioritária da equipe. Além dessa agenda, o médico cooperado também permanece diariamente na unidade no período da manhã, mas indica que um agendamento de consultas para ele é desnecessário, pois a população do território é 100% coberta.

A visita domiciliar configura-se como uma das ações de saúde mais importantes para concretizar uma das características mais significativas do Programa *Mais Médicos*, que é a garantia do atendimento contínuo às pessoas em regiões isoladas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades. Nessas áreas as dificuldades de acesso aos serviços de saúde é ocasionado, de maneira significativa, pela

insuficiência de médicos para a ocupação dos postos de trabalho existentes na Atenção Primária, foco do provimento emergencial do PMMB. Assim, a realização de visitas domiciliares, com a equipe multiprofissional incluindo o profissional médico, em áreas de difícil acesso ajuda na consolidação de diagnósticos e tratamento executados de forma integrada, ampliando o acesso ao sistema de saúde (Oliveira *et al.*, 2015; Santos, Costa e Girardi, 2015).

Outro importante aspecto destacado nas falas dos diferentes atores é a longitudinalidade, que consiste na existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu acompanhamento ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua, que se inicia no acolhimento humanizado, estreita-se na relação de confiança entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. É também um importante atributo da Atenção Primária em Saúde que está associado à integralidade, que significa a prestação de serviços pela equipe de saúde, de forma que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação (Brasil, 2010).

“Alguém vinha procurar a unidade porque estava com a pressão alta naquele momento, a gente dava uma captopril e ia para casa. Nós não íamos lá e quando o paciente vinha já era com um AVC. Hoje não, já procuramos saber sobre aquele paciente” (PAB).

“O médico cooperado veio trazer a parte preventiva, nossas práticas eram curativas e paliativas” (G).

“A prevenção é importante para diminuir gastos e recursos, o mais importante é educar, fazer com que as pessoas compreendam que a alimentação é um tratamento, é prevenção” (PAB).

“Nós aqui não éramos acostumados com a prevenção, foi difícil, no início foi muito difícil para a população entender. Hoje já percebemos a diferença. As pessoas entendem que é preciso prevenir, mudou completamente” (PAB).

“Ocorre o acompanhamento do paciente até o final do tratamento e a manutenção dele, como ocorrem em vários casos de pessoas com longas sequelas. Então é isso que é importante, ver o tratamento com um processo, com início, meio e fim” (G).

“Os diabéticos tomavam remédio solto, tomava por tomar [...] agora há um acompanhamento” (PAB).

Os desafios colocados para a longitudinalidade no âmbito da Atenção Primária no Brasil estão fortemente relacionados à alta rotatividade dos profissionais

nas equipes de saúde e, em especial, a do profissional médico (Brasil, 2007). A conquista desse atributo nas experiências em estudo se manifesta nas falas sobre vínculo e responsabilização proferidas pelos participantes do grupo focal sobre o médico cooperado e ratificadas na observação direta:

“O médico cooperado é médico não só da equipe cinco, mas de todo município. [...] Foi construído um vínculo da comunidade com ele, as pessoas reclamam quando ele não vai” (PAB).

“Você chega, olha para o médico cooperado você já se sente melhor, ele lhe atende com um sorriso que faz você se engrandecer como ser humano, [...]” (CS).

“O médico cooperado se preocupa com os exames, liga para saber. Faz um acolhimento diferenciado” (G)

“A questão de os médicos cubanos terem vindo ao Brasil revolucionou, porque os médicos brasileiros estão acostumados com aquilo ali ‘consultou, vão embora’. O médico cooperado é o que inspira a nossa cidade, é ele” (CS).

“Os médicos brasileiros são acostumados a atender 100 pessoas, mas se no outro dia eu passar e disser ‘doutor eu não melhorei’, ele diz: ‘quem é você?’ Não conhece, e ele conhece, ele sabe o que passou e o que você estava sentindo” (CS).

“Os médicos cubanos vieram por amor a profissão. Os médicos cubanos vieram revolucionar o Brasil!” (CS).

“O médico cooperado não espera o paciente, ele vai até o paciente [Refere-se à integração do médico nos diversos espaços da comunidade, passeios de bicicleta, corrida, conversas na praça...]” (PR).

“Gostaria que ele ficasse pelo resto da vida (o médico cooperado). É a realidade que a gente que está lá no PSF vê, as pessoas querem voltar, querem se consultar com ele. Ele atende 50 pessoas pela manhã até última pessoa diz: ‘oi, bom dia’ com um sorriso no rosto. Ele está sempre com sorriso no rosto” (UAB).

A resolutividade aparece como um dos fatores que promovem o acesso e a utilização dos serviços da Atenção Primária pela população, que se inscreve no acolhimento e na capacidade da equipe de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas da população (Brasil, 2007).

“O médico tem feito um diagnóstico preciso, que inclusive outros profissionais chegam até ele para tirar dúvidas. Ele escuta os pacientes, por isso consegue ter resolutividade” (G).

“O médico cooperado não prescreve remédio sem o resultado dos exames, antigamente os médicos prescreviam remédio e nem pediam exame” (UO).

A chegada dos médicos cooperados nos serviços de saúde dos casos estudados indica que, ao superar a ausência do profissional médico nas equipes de saúde, foi possível aumentar o acesso a um cuidado longitudinal e resolutivo, expandindo a capacidade de intervenção das equipes, a continuidade da atenção e o vínculo entre usuários e profissionais da equipe, na perspectiva da consolidação dos diagnósticos, do tratamento e da realização de ações de prevenção e promoção da saúde individual e coletiva com qualidade superior às experiências de cuidado vivenciadas anteriormente.

Mudanças no Modelo de Atenção

Qualidade da atenção, boas práticas, articulação em rede, intersectorialidade e olhar sobre o território: possibilidades e limites para mudanças no Modelo de Atenção à Saúde

A chegada do médico cooperado do Programa *Mais Médicos* para compor a equipe e atuar na unidade básica de saúde retoma uma reflexão sobre modelos de atenção que, segundo Teixeira (2006), remonta aos primórdios do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e originou-se justamente na análise crítica da prática médica e também nos movimentos ideológicos.

“A vinda do médico cooperado contribuiu não só para reformulação do modelo médico, mas para reformulação do modelo de atenção” (PAB).

“Cada vez com a pessoa de Dr (nome do médico) percebemos, como usuários, os nossos direitos e deveres, como é que o médico deve nos tratar e como nós devemos tratar o médico. O que ele tem de revolução, é isso” (CS).

“A população de (nome da comunidade) é exigente, falo pelo lado bom, acho isso interessante, eles cobram o direito deles. O próximo médico que chegar, tenho certeza que a população e a equipe devem cobrar”(G).

“O Programa Mais Médicos veio como um modelo, quem chegar vai ter que se enquadrar ao modelo que a população exige de atenção em saúde, a população atua” (G).

“O programa veio para a população verificar que é possível se fazer as coisas, não é apenas o médico que muda, mas as pessoas que devem exigir que as coisas aconteçam, devemos exigir que as mudanças aconteçam e que o médico que chegue se molde à equipe” (CS).

“Ainda existe esperança, é o que move nós usuários. É esse grito de esperança, que os médicos brasileiros sigam esse exemplo que ele trouxe para a nossa cidade” (CS).

A prática médica aparece como um modelo a ser seguido pelos demais membros da equipe e por futuros integrantes médicos, além de se estabelecer como parâmetro para os usuários de como deveria ser o atendimento, numa perspectiva de cobrança de seus direitos, evidenciando-se como promotora de processos de mudança para um modelo de atenção usuário-centrada, e não médico-centrada.

Outras falas, no entanto, apontam para um componente ainda forte que é a limitação da mudança do modelo de atenção por uma centralidade da organização do trabalho da equipe no profissional médico, um discurso bastante recorrente entre os gestores:

“A equipe vivencia a agenda do médico” (G).

“Não é a equipe que vai optar, é o médico” (G).

“Gostaria realmente que os outros médicos fossem iguais ao médico cooperado, mas não é, ou você fica à mercê deles ou você fica sem médico” (G).

“O médico é o principal na unidade, tem uma liderança, um líder a ser seguido, então a forma do médico tratar todo mundo bem, muda o ambiente de trabalho” (G).

As Redes de Atenção à Saúde são organizadas por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base no território (Mendes, 2014). As boas práticas e a integração com a rede de saúde, atividades intersetoriais e atuação sobre as necessidades do território são importantes indícios da reconfiguração da atenção em rede e aparecem como tendo sido promovidas pela presença do médico cooperado, de acordo com os diversos grupos de interesse.

“Hoje o médico tem um diagnóstico mais preciso” (UO).

“Com o NASF vem um profissional a cada semana. Há um intercâmbio entre os grupos, fazemos ações em conjunto, como no ‘Outubro Rosa’” (PAB).

“As atividades de promoção e prevenção são planejadas em conjunto com a SMS e com o NASF. Escovação, dengue, atividades físicas, alimentação, gravidez na adolescência, nas escolas, na comunidade, na unidade etc.” (PAB).

“Ao chegar, só 33% e agora 85% da população idosa é coberta. Muitas parcerias são feitas, muitos trabalhos com idosos pela prefeitura” (PAB).

“Uma especificidade de (nome da comunidade) é a questão do agrotóxico, por ser um município que vive da agricultura, feijão, macaxeira que usa agrotóxico, têm sido grandes os índices de câncer. Esses pacientes têm sido melhor acompanhados”(G).

“A unidade tem sido elogiada por notificações de acidentes de trabalho, tratamento de problemas ergonômicos, por agrotóxicos e na saúde de trabalhador” (G).

“Assim fomos identificando cada um com os problemas e nessa área fomos identificando pacientes com feridas, com diabetes, hipertensão e outras doenças” (PAB).

“Ocorre uma ênfase no território [...]. Foi iniciada uma ação de combate ao tabagismo, a álcool e drogas” (PAB).

A resposta da rede, potencializada pela presença do médico cooperado, é um componente estratégico quando pensamos no Programa *Mais Médicos* como um indutor de mudanças no modelo de atenção, apesar das limitações locais que não apareceram como impeditivo para a atuação dos profissionais envolvidos nas experiências em estudo, mas que sabemos reduz a capacidade de atender às necessidades de saúde da população de forma integral.

“Temos as dificuldades [...]. Uma questão é a média e alta complexidade, mas na maioria das vezes eles estão sendo atendidos [...]. Nós temos essa resposta, apesar de todas as dificuldades que temos” (PAB).

“Com o Mais Médicos houve um aumento nos gastos com a atenção básica, pois tem maior necessidade de combustível e de medicamentos” (PAB).

“A secretaria gasta muito mais com exames, mas faz um esforço, pois sabe que são necessários e que tenta agilizar no sistema a liberação” (G).

“Exame demora mas consegue.” (UO).

“O que precisa melhorar é quando avaliamos o doente, tenho noção da doença que ele pode ter, mas precisamos confirmar com exames e tem que chegar no tempo que preciso, para paciente ter qualidade no diagnóstico” (PAB).

A mudança no modelo de atenção à saúde é permeada por possibilidades e limites, dados a partir da configuração de políticas públicas mais ou menos permeáveis e adaptáveis às realidades locais, assim como da ação e reação de uma diversidade de atores envolvidos na sua implementação no campo da micropolítica da gestão e do trabalho em saúde.

A partir da observação, também foi possível identificar questões relacionadas à gerência da unidade, presença de conselho gestor local e a relação com a gestão municipal sempre classificada como boa.

“A gerente da unidade é a enfermeira lotada no serviço, está diariamente na unidade e mora no município” (PAB).

“Existe o Conselho Gestor local. É ativo, inclusive fiz parte. As reuniões ocorrem mensalmente” (PAB).

“Há um conselho gestor local que se reúne uma vez por mês” (PAB).

“Há uma boa relação com a gestão local” (PAB).

A presença contínua da gerente da unidade, a existência de um conselho gestor local e a boa relação com a gestão municipal se constituem em pontos de articulação importantes para uma resposta sinérgica à presença do médico cooperado na equipe e comunidade.

A articulação entre assistência e gestão constitui-se em um desafio, uma dicotomia a ser superada, pois é a partir do cruzamento de todos esses planos que operam sobre gestores, trabalhadores e usuários, em seus múltiplos encontros e disputas, que se configuram as unidades de saúde. Nessa intensa rede de interações, por vezes a troca de um trabalhador muda totalmente a dinâmica de uma equipe e o mesmo se dá em relação à gestão (Feuerwerker, 2014).

Nesses novos arranjos, novas dinâmicas de trabalho, novos modos de fazer e novas demandas de saúde, os gestores necessitam estar abertos a estabelecer novos fluxos e conexões, na busca de respostas gerenciais mais adequadas ao momento vivido.

Nesse sentido, para efetivação da mudança em curso faz-se necessário um amplo diálogo sobre formação e provimento na saúde, que valorize o encontro entre os diferentes atores e o desenvolvimento de ações que atendam a reestruturação do modelo de atenção, priorizando a desconstrução do modelo hegemônico, assistencialista e médico-centrado. Isso implica transformações nas práticas de atenção e de gestão em saúde. Nessa construção e modificação dos modelos de atenção, estabelecem-se caminhos, que visam, sobretudo, uma melhor qualidade da atenção (Nery, 2015).

“Os médicos cubanos chegaram aqui para quebrar paradigmas. Chegaram com essa dificuldade, a mudança gera um grande choque” (PAB).

“A população não tinha experiência com a APS, eu não podia impor um modelo de APS muito diferente, eu tentei implantar a APS, acho que deu certo” (PAB).

Nesses termos, as narrativas dos diversos atores que vivenciam o Programa *Mais Médicos* indicam uma perspectiva na mudança no Modelo de Atenção à Saúde expressa em uma maior satisfação dos usuários, gestores e profissionais de saúde com a qualidade da atenção, as boas práticas, a iniciativa de promover a articulação em rede e a intersetorialidade a partir de um olhar sobre o território, promovidas pela atuação do médico cooperado. Identifica-se também que essa perspectiva de mudança é atravessada por questões de oferta de ações, serviços e programas de saúde de abrangência local e regional, apontando que essas mudanças têm potencialidades e limites inerentes à complexidade e diversidade da gestão e da atenção no âmbito de um sistema de saúde com as dimensões do SUS.

O Programa Mais Médicos como o eixo indutor de transformações

Da macropolítica à micropolítica: considerações para o momento

Os municípios que foram objeto dessa pesquisa têm sua oferta de serviço concentradas essencialmente na Atenção Primária em Saúde, o que por si só indica o potencial de impacto do Programa *Mais Médicos* na atenção à saúde dos usuários do sistema público de saúde nesses locais. Nessas localidades, a situação

de pobreza, mesmo tendo diminuído nas últimas décadas, ainda mantém esses municípios em uma situação de vulnerabilidade social importante e comum à grande maioria dos municípios localizados no semiárido nordestino, um dos focos prioritários do Programa.

O Programa *Mais Médicos* assegurou medidas estruturantes de médio e longo prazos, como aquelas que visam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no Brasil, uma expansão planejada pelo programa até 2026 (Brasil, 2015). Essa situação evidencia uma iniciativa de continuidade do Programa, que se estabelece como política setorial e atende ao anseio de continuidade do provimento de médicos via Programa *Mais Médicos*, expresso por gestores, usuários, profissionais de saúde e pelo controle social, conforme as narrativas que emergem constantemente no estudo em questão, dando uma perspectiva positiva de continuidade no que se refere ao caráter macropolítico da questão.

Sabe-se que mudanças no modelo de atenção à saúde, na perspectiva de construção de uma rede de atenção à saúde, só se completam na medida em que macroprocessos se articulam com os microprocessos, em que mudanças macropolíticas repercutem em mudanças na micropolítica. (Malta & Merhy, 2010)

Questões levantadas durante o estudo evidenciam dentro dos serviços de saúde e da gestão, as dificuldades de fixação de profissionais médicos nas equipes das unidades básicas de saúde, profissionais que possam construir vínculo com o território onde atuam e com a equipe a qual integram. O provimento emergencial do Programa *Mais Médicos* impactou positivamente na mudança do modelo de atenção à saúde, no fortalecimento da atenção básica e em mudanças importantes no processo de trabalho vivenciados nos serviços de saúde e na gestão, assim como aumentou o grau de satisfação do usuário com a atenção prestada pelo médico e pela equipe, conferindo-lhe qualidade.

Essas mudanças ocorrem a partir do provimento de médicos com disponibilidade de tempo para atuar e com compromisso com o cuidado integral no território, seja ele urbano ou rural. Sua atuação acontece nos serviços, arenas nas quais diversos atores se produzem micropoliticamente, têm intencionalidades em suas ações e atuam fazendo uma mistura entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho, provocando mudanças nos saberes e nas práticas de saúde (Feuerwerker, 2014).

Interessante notar que os nossos achados corroboram os resultados de um estudo realizado pelo Observatório de Recursos Humanos do SUS, que, a partir de entrevistas com gestores municipais que receberam médicos do Programa *Mais Médicos*, detectou um aumento na avaliação positiva da atenção à saúde da população. Os principais fatores relacionados a esse aumento foram a presença constante

dos médicos nas UBS e cumprindo efetivamente a carga horária definida para a Estratégia de Saúde da Família, além da ampliação do acesso à população e o aumento da oferta de consultas. Foram apontados ainda a melhoria da qualidade do atendimento, a proximidade e o bom relacionamento entre os médicos do Programa e os pacientes (Brasil, 2015).

A necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Primária, foi um dos desafios propostos ao Programa *Mais Médicos*. Nesse sentido, entendemos que as mudanças promovidas no contexto local, se conectam ao aspecto da formação de profissionais para atuar em unidades básicas de saúde, com foco na Atenção Primária, a qual se distingue de situações vivenciadas anteriormente pelos gestores, no que diz respeito à contratação de profissionais médicos para atuar na Atenção Primária.

No entanto, a despeito de todas as mudanças relatadas nos processos de trabalho em saúde, no acesso, na longitudinalidade, e na ação integral desenvolvidas pelas equipes a partir da chegada do médico cooperado, muitas questões arraigadas em relação a forma de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários e com outros trabalhadores, ainda dificultam mudanças do ponto de vista do desempenho técnico e da construção de um trabalhador coletivo na área da saúde (Merhy, 1998).

Identificamos em algumas situações um processo de trabalho ainda pautado por um modelo médico-centrado, onde o trabalho da equipe orbita em torno do trabalho médico, permeado por uma condição estrutural que impede que a equipe exerça sua capacidade máxima de lidar com as necessidades de saúde dos usuários, dificuldade de acesso a exames, medicamentos e referências para outros níveis de complexidade.

Apesar das limitações presentes, torna-se claro que os espaços macro e micro-políticos de encontro promovidos pelo Programa *Mais Médicos*, têm potencial de provocar transformações positivas na lógica predominante de organização do trabalho em saúde. Isso se dá pelo aporte, a esses espaços, de novos olhares, conceitos e práticas mais voltados para a universalidade, integralidade e equidade em saúde, transformando a experiência junto ao Programa como uma vivência relevante para o conjunto da comunidade que recebeu e se envolveu com o médico cooperado. Isso também pode ser estendido para os profissionais da equipe e de outros serviços, para o gestor e para o controle social, numa perspectiva de reordenamento e fortalecimento, tanto do processo de trabalho multiprofissional como do fortalecimento e reorganização do sistema de saúde numa perspectiva de mudança do modelo de atenção.



4. Desmistificando preconceitos e o senso comum

Por Cipriano Maia de Vasconcelos

A narrativa produzida a partir das falas dos sujeitos da pesquisa nos apontam outros sentidos para a interpretação das mudanças em curso na Atenção Primária à Saúde no Brasil com a implantação e implementação do Programa *Mais Médicos*.

O caminho metodológico trilhado possibilitou olhares, escutas e sentidos diferenciados em relação às experiências observadas nos diversos encontros vivenciados com os participantes da pesquisa, confirmando avaliações positivas realizadas em outros quadrantes do país, superando visões preestabelecidas e preconceitos difundidos por interesses corporativos contrariados.

O reconhecimento da população em relação à mudança nas práticas de saúde com a incorporação do profissional médico cooperado no trabalho da equipe, identificando a diferença nas atitudes e no compromisso do médico com a produção de uma atenção de qualidade, se revelou como fato relevante do estudo. Sinaliza a capacidade de discernimento da população de municípios de pequeno porte, no interior do Nordeste, mesmo em situação de vulnerabilidade social, de distinguir diferentes padrões de atendimento e valorizar o atendimento que o qualifica como sujeito integral do cuidado.

O sentido expresso nesse reconhecimento indica que as práticas sociais dos sujeitos, traduzidas em atitudes profissionais, na relação com os usuários e com as equipes de trabalho, são capazes de vencer preconceitos e superar barreiras que se apontavam como intransponíveis, dentre elas a da comunicação oral e das diferenças culturais entre os profissionais estrangeiros e os usuários. Certamente que a formação profissional e a competência social adquirida numa sociedade que estimula a cooperação e a solidariedade, inclusive no campo internacional, contribuiu com o desenvolvimento de capacidades cognitivas e com a formação de compromisso social dos médicos cubanos que os habilitam para um modo diferenciado de produzir o cuidado em saúde na APS.

As falas dos sujeitos enunciam a possibilidade e as potencialidades das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e riscos no campo da atenção primária quando o profissional médico possui formação apropriada, atua colaborativamente e planeja as atividades com a equipe, desmistificando-se concepções arraigadas da inviabilidade das ações coletivas na produção da saúde na comunidade.

Observou-se nas experiências analisadas que a atitude e as competências profissionais qualificam o olhar e a capacidade de agir e induzem a diferentes modos de ação frente à saúde e à doença, conseqüentemente influencia a habilidade de analisar informações e produzir diagnósticos das condições de saúde da comunidade e assim orientar a escolha de prioridades e a realização de práticas mais efetivas para responder às necessidades de saúde identificadas.

A narrativa demonstra o potencial da Atenção Primária na solução de problemas de saúde da população e com a qualificação do cuidado gesta-se um outro senso comum na relação dos usuários com os serviços de saúde, que aponta para a superação da noção vigente de que a população prefere o Hospital e os serviços de Pronto-Atendimento, no lugar da APS, ao lidar com seus problemas de saúde no cotidiano.

Há uma percepção dos gestores, conselheiros, profissionais e usuários que uma condição essencial para se produzir atenção de qualidade e humanizada, proporcionada pelo provimento oportunizada pelo Programa *Mais Médicos*, é a disponibilidade de tempo dos profissionais médicos nos serviços de APS. Tempo essencial para planejar, para organizar, para educar e para cuidar, nos serviços, no domicílio e na comunidade.

A noção de respeito e de confiança estabelecida na relação de cuidado é sentida pelos usuários como um diferencial na atuação do profissional médico nas experiências analisadas, que reflete o resultado de ações planejadas e coordenadas, na equipe, e da responsabilização profissional dos médicos e do conjunto da equipe com a construção de vínculos e o alcance de resultados, que contrastam com experiências tradicionais marcadas pela produção burocrática de procedimentos assistenciais.

Outro fato alvissareiro que ecoa dos enunciados narrados é o reconhecimento de conselheiros e gestores de que esse padrão assistencial instituído com a incorporação dos médicos cooperados possa ser mantido e deva ser defendido por todos como uma conquista que não pode ser ameaçada.

Esses elementos da narrativa permitem afirmar o sentido positivo que o conjunto dos protagonistas atribuem ao Programa *Mais Médicos*, reforçando o entendimento de amplos setores da população quanto ao acerto da iniciativa governamental e sua influência decisiva na indução de mudanças nas práticas da Atenção Primária à saúde no Brasil. Razão pela qual todos que defendemos um SUS de qualidade devemos cerrar fileiras para que os ganhos obtidos com o programa sejam preservados como condição para novos avanços.

Bibliografia consultada

1. Araújo, I.S.; Cardoso, J.M.; Murtinho, R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*. v.6, n.10. 2011.
2. Ayres, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. v.8, n.14, p. 73-92. 2004.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Programa *Mais Médicos*. Resultados para o País. Disponível em <http://www.maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acessado em outubro de 2015.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa *Mais Médicos*: orientações sobre a organização da atenção básica. Programa *Mais Médicos*: Orientações sobre a organização da Atenção Básica no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Brasil, Tribunal de Contas de União (TCU). Relatório: auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada – FOC. Programa *Mais Médicos*. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Grupo I, Classe V. TC nº 005.391/2014.
6. Brasil. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, Ed. 2, v. 8, 232 p., 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa *mais médicos* – dois anos: mais saúde para os brasileiros/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.
9. Campos, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v.14, n.4, p. 863-870. 1998.
10. Campos, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 2000.
11. Ceccim, R.B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de (Orgs.) *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2010.
12. Couto, M.P. O Programa *Mais Médicos*: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. Universidade Federal do Paraná [Dissertação de Mestrado], Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas. Curitiba, 2015. 198p.
13. Darde, V.W.S. A AIDS na imprensa: a construção da imagem na epidemia e a influência na produção de cidadania. *Em Questão*, v.10, n. 2, p.247-259, 2004.
14. Feuerwerker, LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
15. Franco, T.F. Merhy E. E. A produção imaginária da demanda. In: Pinheiro R.; Matos, R.A. *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2ª ed. 2010.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@*. Disponível em www.cidades.ibge.gov.br. Acessado em dezembro de 2015.
17. Malta, D.C.; Merhy, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605. 2010.
18. Melo, C.F. Fortalecimento da Atenção Básica: PMM/PROVAB, uma agenda de compromissos. Apresentação. Disponível em www.saude.rn.gov.br. Acessado em setembro de 2015.
19. Mendes, E. Comentários sobre as redes de Atenção à Saúde no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para debate: redes de saúde construindo um cuidado integral*, 52, 2014.
20. Merhy, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Teixeira, S.F. *Democracia e Saúde*. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998.

21. Merhy, E.E.; Franco, T.B. Trabalho em Saúde. In: Pereira, I.B.; Lima, J.C.F. (orgs). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.278-284.
22. Minayo, M.C.S.; Assis S.G.; Souza, E.R. (orgs). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 pp.
23. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB). Sistema de Nota Técnica do DAB. Disponível em <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acessado em dezembro de 2015.
24. Nery, E. O programa *Mais Médicos* e a formação no e para o SUS: Por que a mudança? Revista de Enfermagem: 19(1). 2015.
25. Oliveira, M.A.C.; Pereira, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. v. 66, n. spe, p. 158-164. 2013.
26. Onocko Campos, R. O exercício interpretativo. In: Onocko Campos, R. *et al.* Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 278-299.
27. Paim, J.S.; Teixeira, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública. v. 40, n. spe, p. 73-78, 2006.
28. Pinheiro, R.; Silva Junior, A.G.; Mattos, R.A. (orgs). Atenção Básica e Integralidade: contribuições para Estudos de Práticas Avaliativas em Saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360 p.
29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em www.atlasbrasil.org.br. Acessado em dezembro de 2015.
30. Santos, T.S. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. Sociologia, n.21, p.120-156, 2009.
31. Silva, L.R.C.; Damasceno, A.D.; Martins, M.C.R.; Sobral, K.M.; Farias, I.M.S. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: IX Congresso Nacional de Educação. Curitiba: Anais. PUCPR, 2009. p. 4554-4566.
32. Souza, E.C.F. Doença, narrativas e subjetividades: patografias como ferramentas para a clínica. Natal: EDUFRN, 2011.
33. Suassuna J. Semi-Árido: proposta de convivência com a seca. Fundação Joaquim Nabuco, 2015. Disponível em www.fundaj.gov.br. Acessado em Dezembro de 2015.
34. Trad, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
35. Yin, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Apêndices

Apêndice 1.

SONDAGEM SOBRE EXPERIÊNCIAS POSITIVAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL JUNTO ÀS EQUIPES NO ÂMBITO DO PROGRAMA *MAIS MÉDICOS*

Qual profissional e equipe que atua sob sua supervisão no PMM que produziu melhores resultados em termos de mudanças nas práticas de atenção e de cuidado, desde a implantação do programa?

Nome do profissional

Equipe a que está vinculado

Unidade de Saúde

Município

DESCREVA O QUE NA EXPERIÊNCIA MERECE SER RESSALTADO, dentre outros, os seguintes aspectos, abaixo mencionados:

- Vínculo do médico com a comunidade

- Inovações nas práticas de atenção e de cuidado, com a incorporação desses profissionais no serviço, tanto no âmbito individual como coletivo

- Mudanças no trabalho da equipe

- Integração nas ações no âmbito do serviço e das ações de saúde no município

Responsável pela indicação:

Apêndice 2. Roteiro para observação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Dados Gerais		
Município:	Nome da Unidade:	
Data da visita:	Dia da semana:	Hora da Visita:

Instruções:
O roteiro contém informações que devem ser obtidas de diversas fontes. Iniciar pelas informações obtidas na recepção, depois com os agentes de saúde, equipe (médico e enfermeiro) e usuário na espera pelo atendimento. Em cada questão, está indicada a fonte. Anotar nas folhas anexas, indicando a questão pelo número (1.1, 2.3... etc.)

Dimensões observadas

1. Acesso
 - 1.1. Horário de funcionamento
 - 1.2. Atendimento da demanda espontânea
Detalhamento: Sim/Não? Ocasionalmente? Se ocasionalmente, com que frequência? Qual o público-alvo?
Como obter a informação: **Recepção**
 - 1.3. Atendimento por agendamento/forma de agendamento
Detalhamento: Sim/Não? Ocasionalmente? Se ocasionalmente, com que frequência? Qual o público-alvo?
Como obter a informação: **Recepção**
 - 1.4. atendimentos diferenciados, outras formas de contato com o usuário e estratégias que usualmente não são comuns na Atenção Básica
Detalhamento: Sim/Não? Ocasionalmente? Se ocasionalmente, com que frequência? Qual o público-alvo?
Como obter a informação: **Recepção**
 - 1.5. Acesso geográfico à UBS
Detalhamento: Tentar captar eventuais barreiras geográficas.
Como obter a informação: **Agente Comunitário de Saúde**
 - 1.6. Acolhimento do usuário/facilidade de contato com os profissionais
Detalhamento: Quando chega na unidade, que recebe? Tem possibilidade de ser atendido sem agendamento? Tem acesso fácil aos profissionais?
Como obter a informação: **Usuário**
 - 1.7. Tempo de espera para o atendimento
Detalhamento: Nas suas consultas de uma maneira geral, demora para ser atendido ou é atendido prontamente.
Como obter a informação: **Usuário**
 - 1.8. Conforto dos ambientes para atendimento
Detalhamento: O banco é duro ou tem almofada? Tem ar condicionado? Banheiro disponível? Água e café?
Como obter a informação: **Usuário**
 - 1.9. atendimentos em andamento no momento da nossa visita
Detalhamento: Observação e anotação.
Como obter a informação: **Observação**

2. Integralidade

- 2.1. Agenda de trabalho com a equipe multiprofissional
Detalhamento: Sim/Não, tipo, frequência
Como obter a informação: **Equipe**
- 2.2. Atividades de promoção
Detalhamento: Sim/Não, tipo, frequência
Como obter a informação: **Equipe**
- 2.3. Atividades de prevenção
Detalhamento: Sim/Não, tipo, frequência
Como obter a informação: **Equipe**
- 2.4. Visitas domiciliares
Detalhamento: Sim/Não, frequência, atividades desenvolvidas na visita, profissionais que integram a equipe de visita.
Como obter a informação: **Equipe**
- 2.5. Consultas médicas e de enfermagem
Detalhamento: Como se dá o fluxo entre a enfermagem e a consulta médica.
Como obter a informação: **Equipe**
- 2.6. Acesso aos exames
Detalhamento: Sim/Não, tipo de exames disponíveis, tempo de espera.
Como obter a informação: **Usuário e Equipe**
- 2.7. Disponibilidade de medicamentos e imunobiológicos
Detalhamento: Sim/Não, investigar se há falta de medicamentos, tempo de espera para receber, quais as alternativas quando não consegue na unidade.
Como obter a informação: **Usuário e Equipe**

3. Longitudinalidade

- 3.1. Registro de população sob responsabilidade das equipes de AB (mapa, registro de famílias)
Detalhamento: Sim/Não.
Como obter a informação: **Agente Comunitário de Saúde**
- 3.2. Planos de cuidado individualizado, gestão de casos, gestão de condições de saúde
Detalhamento: Sim/Não, como são feitos
Onde obter a informação: **Equipe**

4. Trabalho em equipe

- 4.1. Atividades de capacitação conjunta
Detalhamento: Sim/Não, com que frequência
Como obter a informação: **Equipe**
 - 4.2. Frequência das reuniões de equipe de saúde em que são discutidos assuntos relacionados à área de atuação da equipe.
Detalhamento: Tentar obter a frequência.
Como obter a informação: **Equipe**
 - 4.3. Satisfação de usuários
Detalhamento: Registro de reclamações, elogios e outras informações documentadas na unidade de saúde
Como obter a informação: **Observação e Recepção**
-

-
5. Gestão da Clínica (Diretrizes para organização redes de atenção SUS)
- 5.1. Diretrizes Clínicas - Utilização de Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais
Detalhamento: Sim/Não. Quais protocolos e quais guias
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.2. Linhas de Cuidado (LC); pactuação/contratualização de metas da unidade
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.3. Garantia dos recursos materiais e humanos necessários para as ações planejadas
Detalhamento: Sim/Não
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.4. Interação entre equipes da mesma unidade e entre unidades
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.5. Processos de educação permanente
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.6. Gestão de compromissos pactuados e de resultados.
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.7. Informatização
Detalhamento: Existência de computador, acesso à internet e qualidade da conexão. Importante ver ainda em que “níveis” se dá a informatização (a equipe inteira usa ou fica circunscrito a algum funcionário que toma de conta do computador?).
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.8. Referências, contrarreferências, internações,
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe**
- 5.9. Telessaúde
Detalhamento: Sim/Não. Se sim, é importante captar o grau com que a equipe se apropria da tecnologia e em que medida isso impacta na qualidade da atenção.
Como obter a informação: **Equipe**
-
6. Gestão da UBS
- 6.1. Presença da gerência
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe**
- 6.2. Existência de conselho gestor local
Detalhamento: Sim/Não. Se sim, frequência de reuniões, capacidade do conselho de interferir na gestão da unidade.
Como obter a informação: **Equipe**
- 6.3. Relação com a Gestão Municipal
Detalhamento: Sim/Não, como ocorre
Como obter a informação: **Equipe, Gerência**
-

Apêndice 3. Roteiro para manejo do Grupo Focal

GRUPO FOCAL	
<p>Questões facilitadoras do grupo focal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como está sendo a sua experiência com o Programa <i>Mais Médicos</i>? 2. O(a) sr(a) considera que o programa fez ou está fazendo alguma diferença nas unidades de saúde onde está funcionando? 3. Fale um pouco mais sobre essa diferença. <p>Questões provocadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descreva a forma como tem sido o atendimento pela equipe antes e depois Programa. • Você acha que após a chegada do programa os problemas de saúde da população têm sido mais resolvidos? • Você acha que após a chegada do programa as ações de saúde estão mais direcionadas às necessidades de saúde do território? 	
ORIENTAÇÕES PARA MODERAÇÃO DO GRUPO FOCAL (GF)	
Momentos	Orientações
Apresentação do grupo	<p>Retomar de forma sintética o convite feito aos participantes para o grupo.</p> <p>Sugerir que cada participante se apresente – usar uma dinâmica de apresentação rápida que descontraia e produza integração no grupo.</p> <p>Sugestão para dinâmicas de apresentação: nome, identificação relativa ao trabalho ou inserção social e uma característica pessoal que gosta em si.</p>
Contrato de convivência e assinatura do TCLE	<p>Explicar os objetivos e funcionamento do grupo e pactuar como será o trabalho</p> <p>Tempo de duração do grupo</p> <p>Entrada e saída na sala</p> <p>Atrasos</p> <p>Uso do celular</p> <p>Participação voluntária</p> <p>Leitura e assinatura do TCLE</p>
Início da discussão do GF	<p>Iniciar a discussão com a primeira pergunta facilitadora e explorá-la em seus desdobramentos.</p>
Exercer a função de manejo	<p>Lembrar que o manejo é descentralizante e não descentralizado, ou seja, é preciso fazer a palavra circular produzindo abertura comunicacional e, ao mesmo tempo, saber voltar a palavra para si para condução do grupo em seus objetivos.</p> <p>Abertura comunicacional – reconhecer que o grupo é heterogêneo. A lateralização dos pontos de vista na dinâmica de produção do grupo permite que os conflitos venham à tona. O conflito é importante para análise da realidade, importando não o que se diz, mas o como se diz.</p> <p>Cabe ao moderador, através da função manejo cogestivo, permitir que os conflitos sejam expressos no grupo.</p>

Continuidade da discussão do GF	<p>Depois de esgotada a discussão relativa à primeira pergunta facilitadora, seguir para segunda, ficando atento à circulação da palavra no grupo.</p> <p>As recomendações relativas ao manejo cogestivo e à lateralização permanecem.</p> <p>Seguir na questão seguinte, após esgotada a exploração da discussão relativa à segunda questão.</p> <p>Lembrar que as questões provocadoras devem surgir ao longo da discussão, caso as informações não apareçam naturalmente durante as primeiras perguntas.</p>
Finalização da sessão do Grupo	<p>Depois de encerrada a exploração das questões facilitadoras pela discussão no GF, finalizar a sessão, sem deixar de:</p> <p>Agradecer a participação de todos.</p> <p>Convidar a todos para um lanche.</p>
<p>Lembrete das funções da equipe de condução do Grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderador - manejar o grupo para garantir que a fala circule e passe por todos e sejam refletidas todas as experiências. Aumentar o grau de abertura comunicacional dentro do grupo – transversalidade. Manejadores tem que ficar atentos aos vetores de hierarquização (diferentes) e de corporativismo (iguais), e de transversalidade (lateralidade). • Anotador (Observador 1) – Focado no eixo. Ele vai anotar quem é que está falando e como está falando. Registrar a sua enunciação. Aspectos verbais e não-verbais. • Observador 2 – Fora do Eixo. Desfocado. Ele vai anotar tudo aquilo que apareceu e não estava previsto nos núcleos argumentais. Registrar a sua enunciação. Aspectos verbais e não-verbais. • Atenção: diferentemente do Grupo Focal convencional que está focado no conteúdo da discussão, esse Grupo está focado na experiência do grupo em movimento, no modo como a experiência dos sujeitos se expressa na discussão produzida no grupo. Não interessa apenas o que se diz, mas, sobretudo, o como se diz, as forças (interesses) em jogo que se expressam nas falas, nos gestos – o verbal e o não verbal. O conflito tem potencial analisador da realidade. 	

Apêndice 4. Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTOS

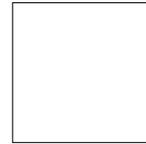
Esclarecimentos

- Você está sendo convidado a participar Projeto de Pesquisa *O Programa Mais Médicos para o Brasil e a Atenção à Saúde em municípios de pequeno porte do Rio Grande do Norte*, coordenado pelo professor Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.
- Esse estudo terá como objetivo analisar os efeitos do *Programa Mais Médicos para o Brasil* em municípios de pequeno porte e de maior vulnerabilidade do estado do Rio Grande do Norte, mapeando os principais avanços das experiências exitosas, bem como os sentidos e percepções dos sujeitos sociais envolvidos com as práticas de saúde nos contextos analisados, no período de 2013 a 2015.
- O registro da participação nesse estudo será mantido em sigilo, até o limite permitido pela lei. No entanto, agências federais que regulamentam o Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte podem inspecionar e copiar registros pertinentes à pesquisa e estes podem conter informações identificadoras.
- Caso decida aceitar o convite, você participará de um grupo focal, que consiste em reuniões com 10 a 15 pessoas para discutir a respeito do referido Programa. A reunião terá duração aproximada de 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos até (duas) horas, e será conduzida por um pesquisador que norteará a discussão e controlará o tempo da atividade. Cabe ressaltar que os diálogos realizados durante os grupos focais serão utilizados como recurso para a obtenção de material verbal e, para tanto, as sessões serão gravadas após sua autorização.
- Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos e estão relacionados apenas a um eventual desconforto ao expor sua opinião ou comentário no grupo.
- Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.
- Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.
- Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente dessa pesquisa, você será indenizado.
- Sua participação não é obrigatória. Na condição de voluntário você poderá desistir de participar em qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo ou penalidade.
- Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito dessa pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, o Prof. Angelo Roncalli, no endereço Av. Sen. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova, CEP 59056-000, Natal, RN, Brasil, ou pelo telefone (84) 3342-2338 em horário comercial, ou pelo e-mail roncalli@terra.com.br.
- Essa pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 da CONEP. Dúvidas a respeito das questões éticas dessa pesquisa poderão ser direcionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL), pelo telefone: (84) 3342-5003 ou no endereço Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis, CEP 59012-300, Natal-RN, Brasil, ou ainda através do e-mail cep_huol@yahoo.com.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos dessa pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente do Projeto de Pesquisa *O Programa Mais Médicos para o Brasil e a Atenção à Saúde em municípios de pequeno porte do Rio Grande do Norte*. Os pesquisadores me garantiram o direito de ressarcimento, caso eu tenha despesas em participar deste estudo, e a indenização, caso ocorram danos à minha pessoa, comprovadamente decorrentes da pesquisa. Afirmando estar ciente de que serão garantidos o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Assinatura do Participante



Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Pesquisador responsável
Endereço: Av. Salgado Filho, 1787 – Lagoa Nova, Natal, RN.
Fone: 84-3342-2338

ISBN: 978-85-7967-114-2



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

