

# Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro

Mais acesso, equidade e resolutividade na APS



Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos – 2



Organização Pan-Americana da Saúde

# **Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro**

---

**Mais acesso, equidade e  
resolutividade na APS**

**Série Estudos de Caso Sobre o  
Programa Mais Médicos – 2**

**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

**Equipe da Organização Pan-Americana da Saúde**

**Coordenador Geral:**

Renato Tasca

**Coordenadores:**

Glauco José de Souza Oliveira

Julio Suarez

**Colaboradores:**

Elisandréa Kemper Sguario

Maria Angélica Gomes

**Equipe de Pesquisadores:**

Carlos Eduardo Aguilera Campos

Helver Gonçalves Dias

Ingrid D'Avilla Freire Pereira

Cassiano Mendes Franco

João Vitor Esteves

Camila Virtuoso

Aline Lins

Joana Machado

**Projeto gráfico, diagramação e revisão gramatical:**

All Type Assessoria Editorial Ltda

Esta publicação foi financiada por recursos financeiros do Termo de Cooperação nº 80, firmado entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

---

Organização Pan-Americana da Saúde

Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro. Mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília, DF: OPAS, 2016.

82p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos 2)

ISBN: 978-85-7967-116-6

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

---

*“Eles são reconhecidos na comunidade como médicos que tocam as pessoas” (Supervisor do PMMB)*

*“Eu sou muito grato por ter essa experiência de trabalhar aqui no Brasil, aqui no Rio de Janeiro. Eu sei que estou aliviando as dores dessa população que luta por sua sobrevivência. Sou grato à minha equipe e ao povo brasileiro até pelos cafés que me oferecem em cada visita” (Médico participante do PMMB)*



Colônia de

**FERIAS**  
Projeto  
de Vizinhanças de Rima

Colônia de

**FERIAS**  
Projeto  
de Vizinhanças de Rima

# Sumário

---

<b>Prólogo</b> .....	<b>1</b>
----------------------	----------

---

<b>Apresentação</b> .....	<b>3</b>
---------------------------	----------

---

<b>1. Introdução</b> .....	<b>5</b>
A carência de médicos no Brasil para a universalização da APS .....	5
O PMMB no contexto das grandes cidades brasileiras .....	11

---

<b>2. Percurso metodológico</b> .....	<b>13</b>
---------------------------------------	-----------

---

<b>3. Resultados</b> .....	<b>17</b>
A gestão da saúde no Município do Rio de Janeiro .....	17
A adesão ao PMMB pelo Município do Rio de Janeiro .....	23
Perfil dos médicos do PMMB: ética e compromisso social .....	29
Garantia de acesso em regiões desassistidas, de alta vulnerabilidade social e em regiões com altos índices de violência .....	33
Aumento da resolutividade, intercâmbio de experiências, saberes e práticas . . .	48

---

<b>4. Conclusão</b> .....	<b>59</b>
---------------------------	-----------

---

<b>5. Considerações finais</b> .....	<b>65</b>
--------------------------------------	-----------

---

<b>Referências</b> .....	<b>67</b>
--------------------------	-----------

---

<b>Apêndice</b> .....	<b>71</b>
-----------------------	-----------

---

<b>Anexo – TCLE</b> .....	<b>74</b>
---------------------------	-----------





## Prólogo

A OPAS/OMS assume a cooperação com o Programa Mais Médicos do Brasil (PMM) como um projeto fundamental de apoio à Política Nacional de Atenção Básica, cujo propósito é ampliar o acesso equitativo aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família.

O PMM completa três anos de implementação em julho de 2016. Desde o início, tem sido objeto de interesse de pesquisadores, acadêmicos, gestores e outros atores nacionais e internacionais. O desenvolvimento do PMM como uma política ousada e de grandes dimensões tem gerado múltiplas e interessantes experiências nas equipes e unidades de atenção básica dos municípios.

Um olhar atento a esses três anos do Programa, ainda que seja um prazo relativamente curto para avaliar seu impacto no sistema e na saúde dos brasileiros, nos permitiu identificar boas práticas no cotidiano dos serviços com importantes resultados na atenção básica. Com o intuito de documentar essas práticas e experiências exitosas, a OPAS/OMS está desenvolvendo uma série de estudos de caso que retratam experiências de diversas realidades e contextos do País, realizadas em conjunto com gestores locais e instituições acadêmicas.

Nesse sentido, apresentamos o estudo de caso sobre o Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro, fruto de um trabalho articulado com a Secretaria Municipal de Saúde. A experiência foi sistematizada com foco no acesso e resolutividade da atenção básica.

Para o desenvolvimento deste estudo foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde, usuários e gestores locais, além de consulta a documentos e bases de dados dos sistemas de informação do SUS. Os dados e informações levantadas contribuíram para a identificação de mudanças nos processos de trabalho e intercâmbio de experiência e saberes nos serviços de atenção básica.

Assim como o estudo de caso realizado no município de Curitiba, o primeiro desta série de publicações, este demonstra como a inserção de médicos com formação específica em atenção primária, com habilidades e práticas voltadas para o trabalho em equipe e para um modelo de atenção focado na saúde da família e da comunidade, consegue obter melhores resultados em saúde e maior satisfação dos usuários, superando inclusive as barreiras culturais e idiomáticas.

Este estudo reafirma o alto potencial do PMM para abordar com êxito os principais problemas de saúde da população, aumentar a qualidade da atenção e fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a população local.

Convidamos todos os gestores, profissionais de saúde e demais atores interessados nos processos locais de desenvolvimento social e de saúde a ler e compartilhar este documento, com a certeza de que esta experiência singular é um aporte valioso para o acervo de conhecimentos sobre atenção primária à saúde.

**Joaquín Molina**

Representante da OPAS/OMS no Brasil

## Apresentação

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi lançado no ano de 2013. Entre os seus objetivos destacam-se a redução da carência de médicos nas regiões de difícil acesso e de maior vulnerabilidade social, bem como a constituição de novos parâmetros e incentivos para a formação médica no País. Decorridos quase três anos de sua implantação, o PMMB tem feito parte do cotidiano dos brasileiros e é saudado com otimismo pelos gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Prover cuidados primários integrais com qualidade é um desafio, e, sobretudo, um objetivo maior da política pública no reconhecimento de um direito universal. A experiência do PMMB se propôs a ser uma parte importante no rol das medidas que visam a efetivação desse compromisso de Estado, tal como reconhece a Constituição brasileira e as leis que regulamentam o SUS.

Por ser uma iniciativa recente e inédita em muito aspectos, o PMMB ainda carece de estudos, sistematizações e análises. Esses estudos serão importantes para a socialização das lições apreendidas durante o processo de implementação do Programa, bem como para dar visibilidade às experiências vividas nos municípios. Quanto aos resultados esperados, há que analisar suas potencialidades e fragilidades, visando o aprimoramento do PMMB. Esse é o propósito desta publicação, que compõe a presente série temática da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Com o objetivo de compreender a implementação do PMMB no Município do Rio de Janeiro (MRJ) realizou-se um estudo de caso com múltiplas estratégias de coleta de dados: análise documental, visita às unidades de saúde e realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais e usuários envolvidos com o PMMB. A intenção foi dar voz ativa aos diversos agentes envolvidos para demonstrar o papel do Programa na política pública municipal e como se realizou esse processo em sua realidade concreta.

As informações aqui analisadas demonstram que o PMMB vem, não somente cumprindo seus objetivos, mas também se constituindo como um processo pedagógico e participativo que visa fazer avançar o Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). É possível, a partir desse estudo de caso, observar parte das mudanças substanciais que ocorreram com a chegada dos profissionais do PMMB nos territórios do MRJ e, de que forma esses médicos contribuíram para solucionar os problemas de acesso, equidade e aumento da resolutividade no cotidiano das unidades de saúde da APS municipal.

Convém ressaltar ainda que a opção pela inclusão das narrativas ao texto buscou destacar o caráter inovador dessa experiência e os seus aprendizados, no contexto do MRJ, como propõe a série temática. A opção pela estratégia metodológica do estudo de caso parte da constatação de que esta pode trabalhar de forma qualitativa as concepções e argumentos que permeiam as experiências vividas. Reconhece-se, por outro lado, suas limitações devido ao pouco tempo de existência do PMMB e os obstáculos para generalizações e reprodução das estratégias, dadas as condições particulares do contexto em exposição.

O enfoque aqui adotado visou descrever os aspectos mais importantes do aprimoramento da qualidade e do acesso à APS em ambientes de alta vulnerabilidade social em que vivem parte da população do MRJ. Embora essa leitura possa contribuir para a compreensão dos desafios que pautam a efetivação da APS como coordenadora do cuidado, tem-se clareza que a experiência do PMMB continua gerando novos resultados nos territórios. Deste modo, esse trabalho é apenas um corte temporal dessa rica experiência.



Equipe de Pesquisadores

# 1. Introdução

## A carência de médicos no Brasil para a universalização da APS

---

O Brasil é um País com carência de médicos. Em 2012, o País possuía 1,7 médicos por mil habitantes. Esse número é muito inferior ao de outros países que adotam sistemas nacionais de saúde com base na APS, como, por exemplo, o Canadá (2,0), o Reino Unido (2,7), o Uruguai (3,7), a Espanha (3,9) e Cuba (6,7) (BRASIL, 2014).

Existem agravantes nessa realidade brasileira quando se pensa em um sistema universal de saúde com base na APS, tais como a formação e a distribuição desses médicos. São poucos os especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), que é a especialidade médica para o trabalho na APS. Essa especialidade na América Latina é também designada de diversas formas: medicina familiar, medicina geral familiar e comunitária, medicina de família e medicina geral integral (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; BRASIL, 2014). Quanto à sua distribuição, existe uma concentração de médicos nas regiões mais ricas do País e, especialmente, nas grandes cidades. Essa distribuição se mostra também desigual nos territórios dessas cidades. No MRJ, por exemplo, há carência de médicos nas comunidades das zonas norte e oeste do município. Há dificuldades históricas em fixá-los nas regiões de favela ou aquelas muito distantes do local de moradia dos médicos (CAZELLI, 2003).

O MRJ foi, entre os grandes municípios brasileiros, aquele que mais tardiamente aderiu à Estratégia Saúde da Família (ESF). Até 2009, o número de equipes da ESF era irrisório, cerca de 60, representando uma cobertura de 3,5% da população. Desde 1994, a APS era prestada por Centros e Postos de Saúde, sem as diretrizes preconizadas pelo SUS, quais sejam em equipes da ESF. Essa situação estava ligada à existência de uma grande rede assistencial, ambulatorial e hospitalar, com uma multiplicidade de comandos e objetivos forjados ao longo de sua história (CAMPOS 1999).

O Brasil, em 2012, possuía cerca de 42.000 equipes de saúde da família já credenciadas pelo MS para funcionarem no País. O número de equipes em funcionamento com médicos, porém, estava estagnado em cerca de 32.000. Em muitas delas os médicos não atuava em tempo integral. A dificuldade de fixar o médico na ESF passou a ser um dos principais impeditivos para o crescimento da cober-

tura da APS no País. Esse problema esteve ligado à carência absoluta de médicos, à concentração de médicos nos grandes centros urbanos, e a reduzida busca ou interesse de recém-formados pela Medicina de Família e Comunidade (MFC) (BRASIL, 2015d).

Durante muitos anos, o Estado brasileiro não adotou medidas mais contundentes dirigidas para a resolução desse problema, de modo que cabia ao mercado, à corporação médica e aos serviços de saúde, a definição das bases qualitativas e quantitativas do modelo de formação. Uma das iniciativas para mudança desse cenário foi o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, para estimular jovens médicos recém-formados a atuar na APS.

O PROVAB previa atuação de profissionais de saúde durante 12 meses em municípios com equipes da ESF. Os selecionados tinham a supervisão de um estabelecimento de ensino, sendo obrigatória a participação em curso de especialização em SF, promovido pela Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Entre os atrativos estavam uma bolsa diferenciada e a concessão de pontuação extra para futuros concursos de residência (BRASIL, 2011).

Em 2013 a Lei nº 12.871 instituiu o PMMB, ampliando as medidas para a dotação de médicos na ESF. Essa teve como objetivos: a diminuição da carência de MFC, a redução das desigualdades regionais em formação de recursos humanos; o fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço; o aperfeiçoamento de médicos para atuar nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2013b).

A partir do PMMB foram oferecidas vagas para médicos em Equipes da ESF, prioritariamente a brasileiros, e, após um prazo predeterminado, a médicos estrangeiros ou brasileiros atuando no exterior. Essas medidas permitiram um incremento de 18.240 médicos em 4.058 municípios (72,8% das cidades brasileiras) e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O PMMB, por si só, garantiu a assistência à saúde de 63 milhões de pessoas (BRASIL, 2015a).

A ampliação do número de equipes completas da ESF em funcionamento resultou que, em setembro de 2015, existiam 40.562 equipes da ESF em funcionamento. Com isso, 123 milhões de brasileiros passaram a ser cobertos pela ESF, o que correspondia a 63,59% da população do País (BRASIL, 2015d). Esse crescimento, que já havia se elevado com o PROVAB, teve um crescimento ainda maior com o PMMB (BRASIL, 2015c).

O relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a partir da avaliação da chegada dos médicos em 1.837 municípios, traduziu alguns dos impac-

tos já sentidos pela população: incremento de 33% de consultas mensais na ESF, bem como 32% a mais de visitas domiciliares. (BRASIL, 2014).

Além disso, o MS investiu em obras de reforma e infraestrutura. Foram destinados R\$ 5,5 bilhões para a construção de 6 mil novas Unidades da ESF, reforma e ampliação de 11,8 mil unidades já existentes e compra de equipamentos para 5 mil unidades (BRASIL, 2015b). Graças à cooperação com Ministério da Educação, alcançou-se cumprir o papel constitucional de regular os recursos humanos para o SUS. Entre os objetivos do PMMB estava o de prover, a médio prazo, mais MFC para a ESF no País. Isso se deu por meio da previsão de criação de 11,5 mil vagas nos cursos de medicina até 2017, e 12 mil vagas para formação de especialistas em nível de residência em MFC até 2020 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015b).

Uma das especificidades do PMMB foi a supervisão acadêmica *in loco*, um dos eixos educacionais do PMMB. Essa teve, como finalidade, o fortalecimento da política de educação permanente, por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do PMMB (BRASIL, 2015e). A supervisão vem sendo realizada por tutores (professores de Faculdades de Medicina de Universidades Públicas) na proporção de 1 tutor e 10 supervisores para cada 100 médicos participantes (BRASIL, 2016).

A supervisão acadêmica tem ofertado suporte para o fortalecimento de competências necessárias para o desenvolvimento das ações da APS. Entre os seus objetivos estão: contribuir com a educação permanente em saúde; a integração ensino-serviço; fortalecer a APS; formar profissionais nas redes de atenção à saúde; articular os eixos educacionais do PMMB para o Brasil (BRASIL, 2015e).





Encontro de supervisão local. Acervo próprio.

Como municípios elegíveis para adesão ao provimento emergencial proposto pelo PMMB consideraram-se as regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuísem populações em situação de vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS. Esses previram, pelo menos, uma das seguintes condições: a) ter o Município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; b) estar entre os 100 municípios com mais de 80.000 hab, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena; d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios (BRASIL, 2013a).



Nesse cenário estava presente o desafio de consolidar a APS e o provimento de médicos, incluindo muitas capitais brasileiras. Nesses territórios coexistem dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da APS. Tais dificuldades refletem, simultaneamente, o baixo patamar de financiamento público, a persistência de segmentação no sistema e a fraca integração dos serviços de APS com os demais níveis de atenção. Acrescidos a esses, podemos considerar ainda a necessidade de estruturação de políticas sociais mais abrangentes que subsidiem a intervenção estatal (CONILL, 2008).

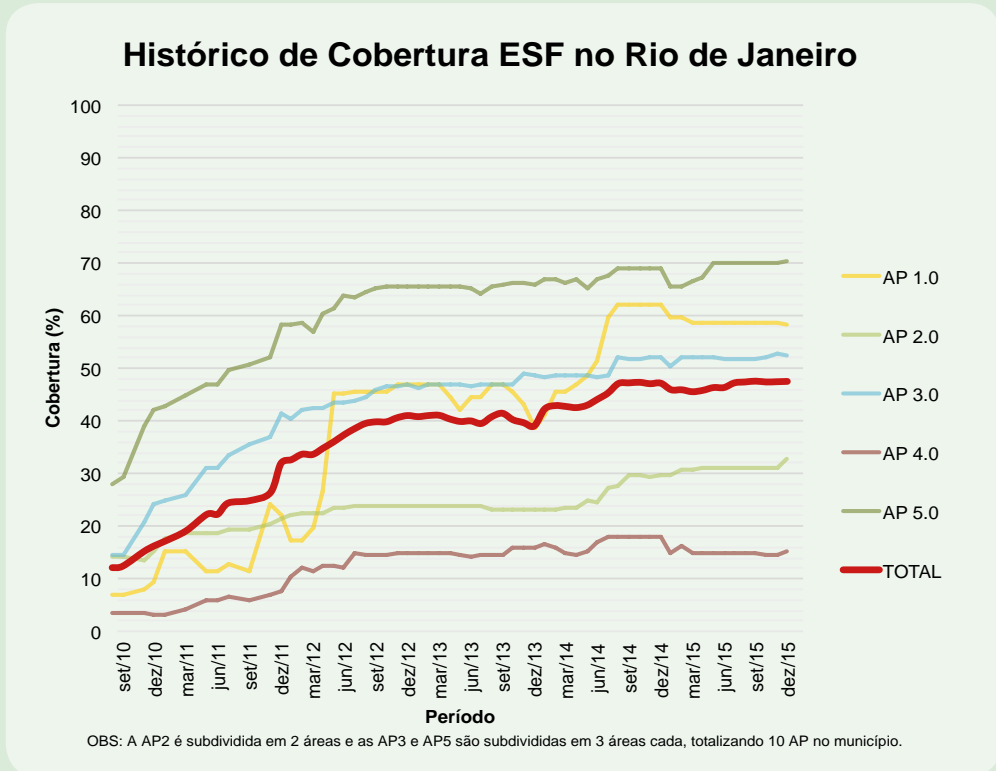
O PMMB é parte desse processo de consolidação da intervenção estatal, mais especificamente da política de saúde e reorganização do modelo assistencial a partir da APS nas cidades brasileiras. Os médicos contratados pelo PMMB são destinados exclusivamente à ESF e não a outras modalidades assistenciais.

As unidades de APS, para serem resolutivas e de qualidade, além de porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, devem também ser o lugar de vinculação e de participação da comunidade. Essa relação com as necessidades e demandas das pessoas em um território concreto implica a existência de profissionais de saúde que devem ouvir, acolher e coordenar o cuidado de modo de alcançar maior equidade e integralidade (BRASIL, 2012).

O objetivo desse estudo de caso foi descrever a trajetória da implementação do PMMB no MRJ, a partir da perspectiva dos médicos e demais trabalhadores da ESF, dos usuários e dos gestores. Como enfoque mais específico, analisou-se os efeitos do PMMB na melhoria do acesso, da equidade e da resolutividade da APS no MRJ, como poderá ser observado mais detalhadamente a seguir. Conhecer em que medida os serviços de saúde lotados com médicos do PMMB conseguiram responder às expectativas dos usuários foi um ponto importante desse trabalho, uma vez que os médicos integrantes do PMMB têm uma larga experiência de atuação comunitária (CAMPOS *et al*, 2012).

Deve-se considerar ainda que a adesão do MRJ foi uma das várias ações que buscaram reordenar a rede municipal de saúde tendo a APS como o eixo coordenador e reorganizador do sistema de saúde municipal. Nesse sentido, o MRJ construiu 125 Clínicas de Família, alcançando uma cobertura de 63%, através de 700 equipes de saúde da família (CAMPOS, 2016).

**Gráfico 1 – Expansão da cobertura de ESF no MRJ por aglomerado de áreas programáticas**



Fonte: SMS Rio de Janeiro, 2015. Elaboração própria.

O principal objetivo da adesão do MRJ ao PMMB foi a busca por médicos estrangeiros, uma vez que o MRJ já tinha estratégias de captação de médicos brasileiros com um Programa de Residência Médica em MFC e o PROVAB. O intercâmbio técnico e científico que poderia ocorrer entre os MFC estrangeiros e brasileiros que já atuavam na rede foi, portanto, o mote dessa adesão.

Assim, esse esforço de avaliar e sistematizar as experiências cotidianas vividas nos serviços públicos de saúde, tal como está proposto, visa também contribuir para a construção de uma nova perspectiva do cuidado. Espera-se que, além de monitorar as atividades desses serviços, seja possível demonstrar o processo de fortalecimento da APS e os avanços alcançados na consolidação do modelo de atenção vigente no SUS.

## O PMMB no contexto das grandes cidades brasileiras

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, as metrópoles reproduzem um processo de acumulação de recursos e de investimentos, com a progressiva ampliação de sua concentração populacional e a segmentação dos seus territórios. O processo de urbanização do Rio de Janeiro, como tem sido comum às metrópoles brasileiras, agrega ao seu rápido movimento de expansão um padrão de habitação marcado pela desigualdade social e ampliação dos aglomerados subnormais. Boa parte do padrão de moradia dos extratos sociais mais baixos da população reside na ilegalidade e nas dívidas do governo na distribuição dos recursos técnicos, financeiros e das políticas públicas (IBGE, 2010).

Essas grandes cidades, além disso, vivem contextos de conflitos armados e comércio ilegal de drogas. O tráfico se instala prioritariamente em periferias ou favelas. O tráfico de drogas é especialmente relevante, não só pelos crimes que são cometidos, mas também pelos jogos de poder e conflitos inerentes a esse mercado. Esses territórios, operados por traficantes varejistas, são constituídos pelos pontos de venda nos morros, as “bocas de fumo”, defendidos por “soldados” armados com fuzis, metralhadoras, granadas e até, em alguns casos, com armas antiaéreas. Tudo isso em meio urbano, com alta densidade demográfica e constantes incursões policiais. Aos conflitos armados com a polícia, seguem-se os conflitos armados com outras quadrilhas, que tentam invadir e tomar o “território” do outro (MISSES, 2008).

Assim, as favelas e outras periferias têm se constituído como a ponta do tráfico internacional relacionada ao comércio “*a retalho*” para o consumo final. Esse fenômeno redefiniu a imagem pública desses territórios e afetou profundamente o entendimento coletivo de seu lugar na organização urbana (SILVA, 2010).

É sabido que os problemas urbanos no Brasil demandam intervenção estatal em diversos setores: educação, urbanização, saneamento, transporte, segurança, saúde pública etc. Afinal, as favelas constituem uma “tragédia urbana brasileira” que agrega enchentes, desmoraamentos, poluição dos recursos hídricos, poluição do ar, impermeabilização da superfície do solo, desmatamento, congestionamento habitacional, retorno de epidemias, violência etc. No caso específico da segurança pública, tema que vem ocupando a agenda política das grandes cidades brasileiras desde a década de 1990, chamam atenção os altos índices de violência urbana e, em especial, as elevadas taxas de homicídios (MARICATO, 2000).

O MRJ sofreu muitas transformações visando sediar grandes eventos internacionais, tais como a Jornada Mundial da Juventude, Copa do Mundo, em 2014, e

os Jogos Olímpicos, em 2016. Esse contexto da configuração da cidade e a existência dos grandes eventos têm direcionado, mais recentemente, a intervenção na cidade, seja do ponto de vista da iniciativa privada ou dos setores públicos. Um dos projetos mais relevantes nesse sentido é aquele que vem sendo chamado de “pacificação”, a partir da implantação de Unidades de Polícia Pacificadoras – UPP (CARVALHO, 2013).

Duas características da ocupação urbana no MRJ são de grande relevância para a presente análise. Em primeiro lugar há territórios com a coexistência de favelas e aglomerados de classe média e média alta nas regiões sul e norte da cidade. Em segundo lugar tem-se um território com grande distância do centro da cidade, fruto da ocupação de antigas áreas rurais como destino de moradia via a remoção de várias favelas em décadas passadas. Essa é a realidade encontrada em grande parte da zona oeste do MRJ. As duas situações conformam, no campo das políticas de saúde, um enorme desafio: a oferta de serviços de saúde e a fixação de médicos nesses territórios.

As origens da segmentação do território do MRJ, tal como descrito acima, e de seus processos de modificação a partir das políticas públicas têm repercutido nas diferentes esferas da vida social e alteram a sociabilidade na cidade (CARVALHO, 2013). Uma das repercussões possíveis é o processo de fortalecimento das iniquidades em saúde, seja pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou mesmo pela ampliação e persistência de determinados agravos relacionados às condições de vida. Esses territórios, com suas características peculiares, foram objeto de uma distritalização sanitária, que no MRJ se denominam AP. Para fins desse estudo, as AP 3 e AP 5 são os territórios-chave, pelos motivos que serão detalhados mais adiante.

## 2. Percurso metodológico

O estudo de caso em tela caracteriza-se pela abordagem qualitativa. Trata-se de uma investigação empírica sobre um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real. Baseia-se em várias fontes de evidências, e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, para conduzir a coleta e a análise de dados. É, portanto, uma estratégia de pesquisa que pode abranger vários métodos e técnicas (YIN, 2009).

A escolha desse desenho de estudo se justificou pelo seu potencial frente a estudos exploratórios, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claros. E ainda pela possibilidade de construir generalizações analíticas, ou seja, de expandir análises teóricas sobre os processos em curso, embora não seja possível esclarecer, a partir dessa metodologia, de forma quantitativa, o universo de questões referentes a esse tema (YIN, 2009).

Os marcos das Ciências Sociais são fundamentais para a realização de estudos como esse, pois possibilitam o desafio da utilização e da criação de teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da pluralidade e complexidade das relações sociais (MINAYO, 2010).

*É o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significado que transborda dela. A possibilidade de enumeração dos fatos, por exemplo, é uma qualidade do indivíduo e da sociedade que contém, em si, elementos de homogeneidade e de regularidades (MINAYO, 2010 p. 42).*

O estudo de caso é, ainda, um método adequado para conhecer em profundidade todas as nuances de um determinado fenômeno organizacional. Nesse sentido, mesmo conduzindo-se um caso único, podem-se buscar algumas generalizações, quando o contexto envolve casos decisivos, raros, típicos, reveladores e longitudinais (YIN, 2009).

A escolha dessa metodologia também se justificou pela possibilidade de considerar dois efeitos esperados para as políticas públicas, quais sejam: relevância e sustentabilidade. Enquanto relevância, analisa-se em que medida os objetivos de uma intervenção são consistentes para a vida dos beneficiários, para as necessidades do País e para as prioridades globais. A sustentabilidade avalia se os efeitos dos benefícios de uma intervenção são contínuos ao longo do tempo, ou seja, se os benefícios da política pública são capazes de espalhar-se no tempo (AUSTRIAN DEVELOPMENT AGENCY, 2009).

Realizou-se assim um estudo de caso único, sobre a implementação do PMMB no MRJ, buscando estudar o fenômeno em profundidade a partir de seu contexto. Foram selecionadas, por suas características distintas, seis unidades de saúde de APS, sendo quatro Clínicas da Família (unidade do tipo A) e dois Centros Municipais de Saúde (unidade do tipo B que comporta dois modelos de atenção) nas Áreas de Planejamento (AP) 3 e 5 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ). Essa escolha se justifica pela necessidade de retratar a abrangência das regiões cobertas pelo PMMB no Rio de Janeiro e para permitir abordar as diversas singularidades encontradas nas unidades e nos territórios/cenários de prática. São elas:

- AP 3: CF Palmeiras  
CF Augusto Boal  
CMS Américo Veloso  
CMS Sylvio Frederico Brauner
- AP 5: CF Kelly Cristina de Sa Lacerda Silva  
CF Valéria Gomes Esteves

As AP 3 e AP 5 concentram a maior parte dos médicos atuando pelo PMMB, devido às suas características de difícil acesso, alta vulnerabilidade social e dificuldades de fixação de médicos à ESF. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir de um roteiro elaborado conforme objetivos do estudo (Apêndice). As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos. Foram realizadas 42 entrevistas distribuídas da seguinte forma: usuários: 8; médicos do PMMB: 10; profissionais: 6; gerentes: 6. Além disso, foram entrevistados 2 gestores do nível federal, 4 gestores do nível municipal e 2 das Coordenações de AP, 3 supervisores e 1 tutor do PMMB. As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre novembro de 2015 e janeiro de 2016.

Quanto à análise de conteúdo, buscou-se privilegiar os discursos de sujeitos com origens e inserções institucionais diferentes, o que implicou em visões e experiências distintas em relação ao objeto do estudo. Essa composição diversificada permitiu captar semelhanças e diferenças de ideias e argumentos (MINAYO, 2010).

Para efeitos de transcrição e análise do material, optou-se por manter a identificação das instituições às quais os sujeitos entrevistados estavam vinculados. Após a coleta de dados, foi realizada transcrição de áudio, seguida da leitura de cada documento produzido. Para o tratamento dos dados e análise, utilizaram-se categorias eleitas antes da ida ao campo e outras que emergiram durante o percurso da pesquisa, quais sejam: perfil dos médicos participantes; mudanças no processo de trabalho; resolutividade da APS e intercâmbio de experiências.

Outra estratégia para coleta de dados e análise se deu a partir da consulta aos dados administrativos sobre a produção do trabalho em saúde (antes e depois da implantação do PMMB). Essa foi realizada através de busca de dados secundários em base de dados nacionais, tais como o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/DATASUS), bem como sistemas de informação de gestão da SMSRJ.

Foram, por fim, analisados os documentos que descrevem e justificam as estratégias traçadas para a inserção de médicos, em áreas de difícil acesso em centros urbanos marcados pela violência, e as formas de gerenciar a oferta de serviços nessas condições.

Essa proposta de trabalho obedece às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – (CNS, 2012). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Científica da SMSRJ. Assegurou-se os referenciais da Autonomia, Não-maleficência, Beneficência e Justiça que compõem os referenciais da Bioética. Ratificou-se o compromisso com os direitos e deveres dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa bem como à comunidade científica.



Gestores do PMMB no Rio de Janeiro em visita as Unidades







### 3. Resultados

#### A gestão da saúde no Município do Rio de Janeiro

O MRJ é a capital e maior cidade do estado homônimo e tem a segunda maior população urbana do País, de 6.320.446, habitantes em uma extensão de 1.197,463 km<sup>2</sup>. Está dividida em 10 áreas de planejamento e trinta e três regiões administrativas que compreendem seus 160 bairros (IBGE, 2010).

Do ponto de vista do panorama sanitário, o MRJ não difere da maioria das cidades brasileiras, com a ocorrência em sua população do fenômeno da tripla carga composta por doenças infecciosas emergentes e reemergentes (ex: dengue, tuberculose) e condições materno-infantis (mortalidade infantil e materna, sífilis congênita); a alta prevalência de doenças crônicas (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais, HIV/AIDS); o grande número de pessoas vítimas de causas externas (violência e acidentes). Esse quadro de morbimortalidade se apresenta, sem exceção, uma distribuição desigual, sendo mais prevalentes em grupos mais vulneráveis. Aliado a isso, o envelhecimento populacional agrega mais desafios aos serviços de saúde cariocas (OPAS, 2013).

Além dessas dificuldades, registre-se que no MRJ, historicamente, a ESF não vinha constituindo prioridade governamental. A cobertura da ESF era de apenas 3,7% (OPAS, 2013). Fruto de uma reforma na APS e também pelo PMMB, vem acontecendo expressiva ampliação de cobertura desses serviços.

A partir de 2009 o MRJ passou a realizar um processo de ampla expansão e reformulação da APS. No plano estratégico de 2009 a 2012 uma das metas da SMSRJ foi garantir a ampliação do acesso em áreas de vulnerabilidade, algumas das quais marcadas pela violência (RIO DE JANEIRO, 2012).

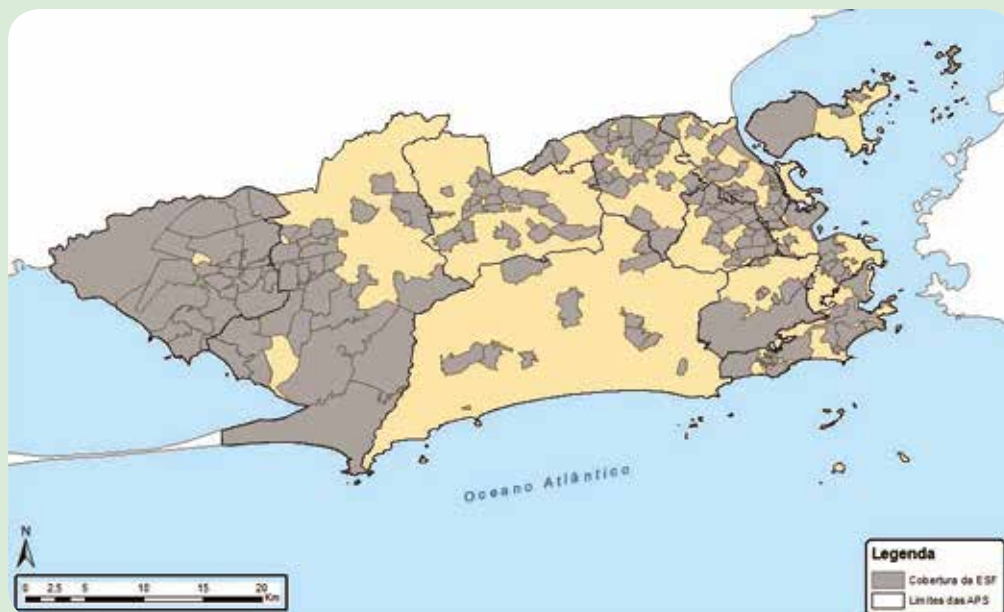
Houve, além disso, a definição de diretrizes próprias para a APS no município. Estas incluíram a construção de Clínicas da Família, que são grandes Unidades de Saúde, que concentram 5 ou mais equipes da ESF. Sua estrutura física é diferenciada, onde a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade são requisitos importantes. A incorporação de tecnologia é apropriada à prática da APS, com oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ecografia, eletrocardiograma, ECG, nitrogênio líquido, materiais cirúrgicos para procedimentos dermatológicos, prontuário eletrônico entre outras facilidades (OPAS, 2013).

**Figura 1. Clínica de Família da SMS do Rio de Janeiro**



Fonte: Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014 -2017. Rio de Janeiro, 2013.

**Figura 2. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Município do Rio de Janeiro, maio de 2013**



Fonte: SMS Rio de Janeiro, 2015.

Houve investimento na formação de especialistas e educação permanente e continuada a partir da criação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da incorporação dos Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS) com auditórios, laboratórios de informática e biblioteca, além de ofertas de cursos específicos, como o ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*) (OPAS, 2013). A nortear o aumento da capacidade resolutive, implantou-se a Carteira Básica de Serviços que compõem um rol de atividades e procedimentos abrangentes e indispensáveis para a prestação da APS de qualidade por parte de uma equipe da ESF. Note-se que a carteira de serviços é um dos balizadores da prestação dos cuidados primários nos países da Europa e seu cumprimento requer uma rede e um pessoal de saúde altamente qualificado (RIO DE JANEIRO, 2012).

A expansão da ESF no RJ iniciou-se com a ampliação de cobertura nas AP 5.3 (Paciência, Santa Cruz e Sepetiba) e AP 3.2 (Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho) para a ampliação significativa da cobertura assistencial (RIO DE JANEIRO, 2012).

As unidades passaram a exibir o mapa da área coberta pela unidade, o placar de saúde, com indicadores demográficos, sala dos ACS e Técnicos em Vigilância em Saúde, valorizando a atuação no território. As unidades contaram com outras facilidades, como salas da criança, da mulher, do idoso, acolhimento mãe-bebê (RIO DE JANEIRO, 2012).

A partir da reforma da APS do período de 2009-2015, a rede básica foi classificada em três tipos:

- a) unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da ESF;
- b) unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;
- c) unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes da ESF.

A SMSRJ optou pela contratação de Organizações Sociais (OS) para gestão da APS, uma das perspectivas do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995). Foram justificativas para a adoção das OS a burocracia do setor público em contratar e demitir profissionais; a necessidade de oferta de

salários competitivos com o mercado; e outras vantagens relacionadas à agilidade gerencial em relação às outras formas de gestão existentes, (pública, ONGs, cooperativas, associação de moradores). Por outro lado, a adoção deste modelo vem sendo criticada por introduzir estratégias, valores e ações próprias do setor privado nas políticas públicas (CARNEIRO, 2015).

O processo de rápida expansão da APS no MRJ foi acompanhado pelo desafio de dotar as unidades de pessoal capacitado. Um dos dilemas à efetivação da reforma foi a fixação de profissionais médicos às unidades, com cumprimento da carga horária na unidade de saúde. Foi necessário traçar estratégias para prover a demanda de profissionais médicos em grande escala. O MFC passou a ser o especialista de eleição para compor essas novas equipes de saúde, já que essa era a realidade dos sistemas nacionais de saúde, com base na APS. Algumas das medidas para atender a esse desafio foi o aumento da remuneração, atingindo um dos maiores tetos salariais para os MFC no País, com plano de carreira e contratação pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), via OS. A lotação é exclusiva para a área pleiteada pelo candidato selecionado, impossibilitando as transferências para locais com menor necessidade de médicos. Incorporou-se ainda a lógica de cumprimento de metas de desempenho e pagamento por produtividade. Outra estratégia foi a criação do Programa de Residência Médica MFC, em 2012, com 80 vagas e incentivos para a atuação de preceptores, incorporação dos residentes às metas de cobertura e pagamento de bolsa complementar. (OPAS, 2013). Em 2016 foram ofertadas 120 vagas de residência em MFC.

Como já dito anteriormente, a gestão e organização do sistema de saúde, baseia-se em Áreas de Planejamento (AP), cada uma delas com estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). Estas são responsáveis pela administração das unidades de saúde municipais que integram, no seu território, a rede municipal. A APS e a alta complexidade têm processos de compras, insumos e gerenciamentos diferentes, sendo assim atribuiu-se o papel de gestão administrativa às OS e a função gerencial às CAP, nos moldes dos Primary-care-Trust<sup>1</sup>, do National Health Service (SALTMAN, RICO, BOERMA, 2006).

---

<sup>1</sup> A primary care trust (PCT) was part of the National Health Service in England from 2001 to 2013. PCTs were largely administrative bodies, responsible for commissioning primary, community and secondary health services from providers. Until 31 May 2011 they also provided community health services directly. Collectively PCTs were responsible for spending around 80 per cent of the total NHS budget. Primary care trusts were abolished on 31 March 2013 as part of the Health and Social Care Act 2012, with their work taken over by clinical commissioning groups.

Houve também a instituição de Comissão de Regulação Local; na qual um ou dois médicos, preferencialmente MFC e/ou Preceptores da Residência de MFC atuam como reguladores da Unidade junto ao SISREG. Esses desempenharam atividades de revisar os encaminhamentos localmente, atuando como Responsáveis Técnicos (RT). Tal atividade qualificou a lista de espera por consultas e procedimentos, tornando-as mais equânimes. As decisões do regulador RT passaram a ser discutidas com outros profissionais, agregando um viés pedagógico. Houve também preocupação com a padronização da regulação que culminou na criação do ‘Protocolo para o Regulador’ que orienta sobre as normas e indicações de encaminhamento para especialidades médicas e procedimentos diagnósticos (Rio de Janeiro, 2015). Essa medida teve um grande impacto, sendo um ponto de inflexão para uma rede serviços de APS, que passaram não só a serem orientadoras do sistema de saúde, mas também, e sobretudo, coordenadoras dos cuidados de saúde.

A principal influência teórica para essa mudança na regulação foi o “Consulta a tempo e hora”, implantado em Portugal. O Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde daquele País teve por objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente (Portugal, 2013a, Portugal, 2013b). Utilizou-se ainda um relatório que abordava os tempos de espera para consultas e procedimentos na Europa (OCDE, 2013). Essa regulação a partir da base do sistema é uma medida importante para a coordenação do cuidado, pois todo paciente deve estar acompanhado por uma unidade de APS antes de acessar os demais níveis de cuidado, sendo encaminhado pelo seu MFC.

A reforma da APS tornou-se possível graças ao compromisso da Gestão Municipal através de um aumento do aporte financeiro municipal, representado através da ampliação dos gastos da prefeitura em saúde de 15% para 20% da receita municipal. Além disso, houve a ampliação da captação dos incentivos financeiros provenientes do governo federal (RIO DE JANEIRO, 2013).

Houve grande aceitação da reforma da APS na Câmara de Vereadores, inclusive com emendas parlamentares para criação de Clínicas da Família, assim como junto ao Conselho Municipal de Saúde (OPAS, 2013).

A reforma tem produzido mudanças na cultura avaliativa nos serviços de APS, sendo os processos de trabalho acompanhados e monitorados (mensal ou trimestralmente), dependendo do nível de gestão (local ou central). Esse monitoramento foi baseado em indicadores de estrutura e processo, incluindo o “Car-



teirômetro”, que compõem os contratos de gestão com as OS e o pagamento por desempenho das unidades e equipes de SF.

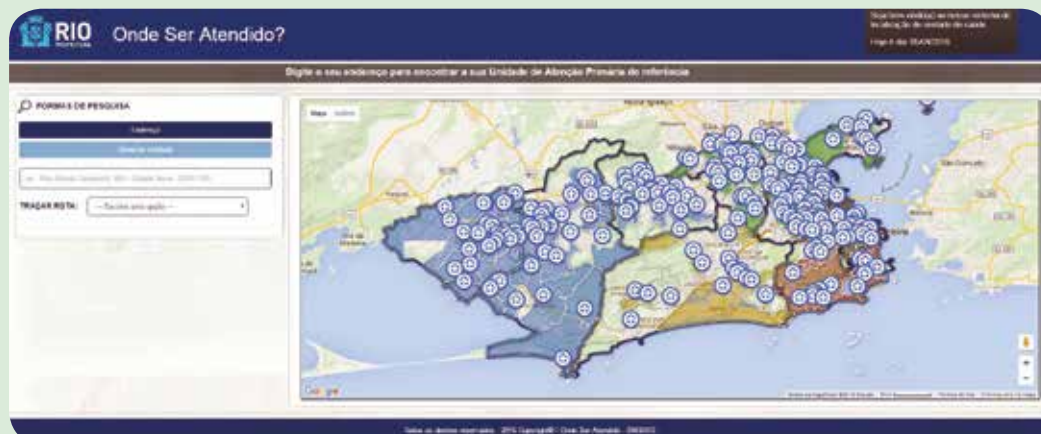
Foram instituídos os Seminários de Accountability, onde as equipes da ESF mostram as suas realizações e alcance de metas ao longo do ano, bem como as dificuldades encontradas e os planos estabelecidos para o ano seguinte. A gestão da informação foi reformulada por meio de prontuários eletrônicos favorecendo assim a gestão da clínica e a vinculação das equipes, obtendo melhor acompanhamento dos usuários cadastrados nas CF (RIO DE JANEIRO, 2012).

Esta perspectiva de avaliação coincide com os novos modelos de gestão, mais flexíveis, onde os trabalhadores e o trabalho são avaliados e monitorados com base no cumprimento de metas preestabelecidas. Apesar de avançarem em certo sentido criando estratégias para avaliação do trabalho, podem, contudo, fragilizar a vinculação dos profissionais com os serviços públicos e a continuidade dos princípios da política de saúde (MARTINS, MOLINARO, 2013).

Outros dispositivos importantes foram: a Carteira dos Usuários que definiram regras claras do sistema, facilitando o entendimento por parte dos usuários e a criação do site “Onde ser Atendido”, orientando o usuário onde procurar atendimento, favorecendo a vinculação entre as unidades da APS e as comunidades/usuários.

Todas essas experiências causaram forte ressonância no âmbito nacional e internacional, despertando interesse e visitas técnicas por parte de secretarias de saúde de outras capitais do País, municípios e ainda representante de outros países como Peru, Chile, Espanha, Portugal, Angola.

**Figura 3. Site da SMS-RJ, com informações ao usuário da Unidade onde pode ser atendido na APS. (aumentar a figura verticalmente)**



Fonte: Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014 -2017. Rio de Janeiro, 2013.

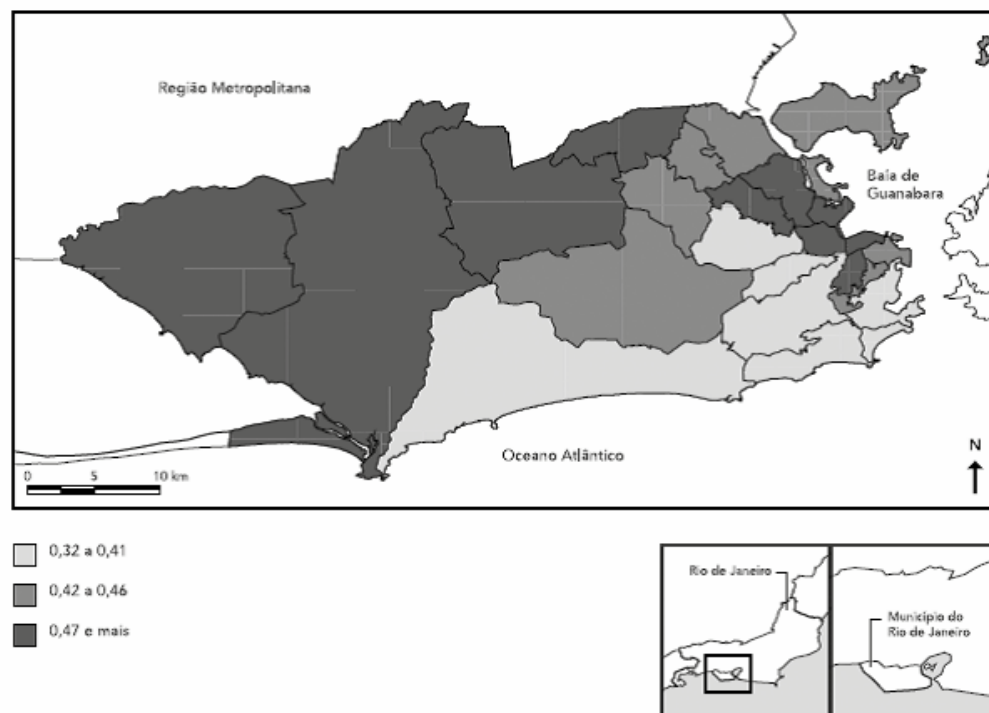
## A adesão ao PMMB pelo Município do Rio de Janeiro

**E**m 2013 a SMS aderiu ao PMMB, recebendo 165 MFC de outros países. Esta medida visou o intercâmbio de experiências com MFC do RJ, a fixação de médicos em áreas de vulnerabilidade social, cujas equipes de SF encontravam-se sem médicos há mais de um ano, e a continuidade da atenção à população. Estes esforços, aliados ao aumento das vagas de residência médica em MFC permitiram uma situação de cobertura quase integral com equipes completas (BRASIL, 2016).

No MRJ, há unidades com dificuldades de provimento ou de fixação de médicos por dois motivos básicos. Esses motivos podem estar isolados, ou em conjunto, dependendo da unidade. São eles: regiões com um grande número de favelas, de difícil acesso, e com áreas conflagradas. Essa situação é mais encontrada em toda a “franja superior” do município, onde se localizam os bairros das AP 3 e AP 5.

Essas duas regiões são as que apresentam o maior percentual de população favelada, com baixas condições socioeconômicas e de saúde. A Figura a seguir descreve a medida de concentração de renda chamada de índice de Robin-Hood.

**Figura 4. Distribuição do indicador de Robin-Hood segundo as regiões administrativas do Município do Rio de Janeiro, 1991**



Fonte: Szwarcwald, 1999.

Ela indica a proporção de renda que deveria ser retirada das áreas ricas para as áreas pobres para que fosse alcançada uma distribuição equitativa de renda no município. As áreas com maior desigualdade estão justamente na parte superior do município representadas, longe das regiões oceânicas e que fazem fronteira com a Baixada fluminense. São elas a AP 3 e a AP 5. (SZWARCOWALD, 1999)

Cabe mencionar os impactos da política de remoção de favelas nas décadas de 60 e 70. Desde então assistiu-se à expansão da região metropolitana e à formação das “periferias”. Nesse período, além da forte pressão para a remoção das favelas, a população de baixa renda que optava por não sofrer esse tipo de remoção forçada, tinha como alternativa as periferias cada vez mais distantes, onde se multiplicaram os loteamentos populares, sem infra-estrutura de serviços, de difícil acesso. Assim, na produção dos novos espaços, destacava-se o binômio loteamentos populares, auto-construção e, em menor grau, a produção de conjuntos residenciais pelos governos. (FERREIRA, 2009; RIBEIRO, 2001).

Esse grande contingente de população se instalando em áreas distantes do das regiões mais centrais do município, gerou um grande déficit de transportes coletivos, comércio e outras condições de habitação, comércio, serviços públicos etc.

São essas regiões justamente aquelas que apresentaram, historicamente, carências importantes de cobertura de saúde e, mais especificamente da APS. Desde a década de 80, com o início da Reforma Sanitária, inúmeros esforços foram feitos visando a expansão de unidades básicas nessas regiões. Mas ainda que

**Figura 5. Mapa do município do Rio de Janeiro com divisão de Áreas Programáticas**



Fonte: Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017. Rio de Janeiro, 2013



várias iniciativas tivessem sido tomadas para dotar essas regiões com unidades de APS, havia o problema da provisão e fixação do profissional médico nessas áreas. (CAMPOS, 2016)

A atração e retenção de médicos na APS realizada atualmente pelo governo municipal, não só através das medidas no âmbito da SMSRJ, mas também por estratégias de enfrentamento da violência tem obtido melhor resultado. Nessas situações o PMMB tem desempenhado um papel vital, como será visto adiante.

Note-se também que essa dificuldade é mais aguda com o profissional médico, não se observando a mesma dimensão do problema com os demais profissionais da equipe da ESF. O PMMB permitiu, então, a presença de médicos especialistas em APS onde faltavam médicos. Não houve, em nenhum caso, substituição de médicos brasileiros que já estivessem trabalhando nesses locais por médicos do PMMB.

Houve ainda a preocupação em conciliar estes critérios de dificuldade de provimento, com uma política de melhoria da infra-estrutura das unidades, lotando, quando possível, os médicos do PMMB em unidades novas, ou reformadas. A adesão ao PMMB visou a inserção de médicos com boa formação, detentores de boas práticas, experiência e qualificação, capazes de propiciar uma APS mais resolutive.

A gestão municipal entendeu que o PMMB caminhava na mesma direção do esforço de expansão aliada à garantia da qualidade dos serviços. Foram oferecidas as condições condizentes para os médicos do PMMB atuarem na perspectiva da ampliação do cuidado, com o intercâmbio de experiências com os profissionais brasileiros. A diretriz municipal de regulação dos encaminhamentos dentro da própria unidade de saúde facilitou o processo de qualificação do serviço e de diálogo entre os profissionais da rede de saúde como um todo.

O resultado imediato do PMMB no MRJ tem sido a efetiva presença de médicos em equipes da ESF, com os benefícios da continuidade assistencial e do vínculo com a população, situação que irá perdurar enquanto durar o PMMB. As equipes da ESF, mais beneficiadas foram aquelas localizadas em bairros das AP 3 e 5, que possuem hoje o maior quantitativo destes profissionais. Mesmo com política salarial diferenciada para estes territórios, não vinha sendo possível fixar médicos brasileiros em todas as unidades.

Atualmente, trabalham no MRJ 147 médicos, distribuídos conforme descrito na tabela 1 da seguinte forma:

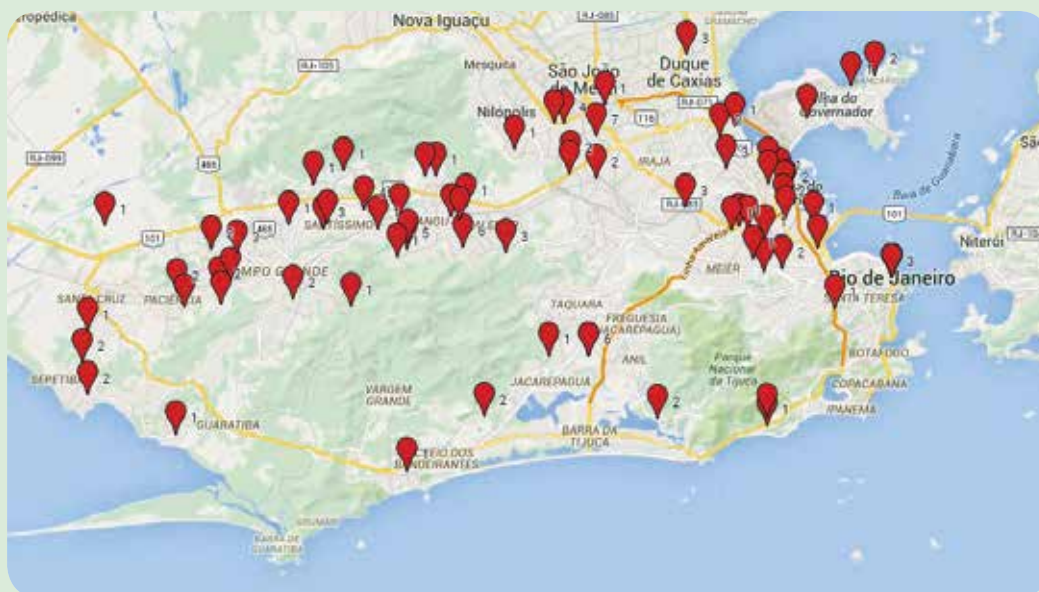
**Tabela 1. Quantidade de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil por CAP no município do Rio de Janeiro**

AP	Número Médicos	%	AP 3% AP 5%
1.0	4	2,7	
2.1	2	1,4	
2.2	0	0,0	
3.1	37	25,2	
3.2	10	6,8	
3.3	24	16,3	48,3
4.0	5	3,4	
5.1	36	24,5	
5.2	19	12,9	
5.3	10	6,8	44,2
	147	100,0	92,5

Fonte: BRASIL, 2016. Elaboração própria

As figuras 6, 7 e 8 evidenciam a relevância do PMMB para a provisão de médicos nas áreas com maior vulnerabilidade social, seja pela questão socioeconômica, seja pela ocorrência de violência. Tal medida tem sido fundamental como etapa transitória até que os demais eixos do PMMB se estabeleçam a médio e longo prazos.

**Figura 6. Distribuição espacial de médicos do PMMB no MRJ, por lotação das unidades de saúde**



Fonte: BRASIL, 2016. Elaboração própria.

Dos 147 participantes, 135 médicos são provenientes do Intercâmbio Brasil-Cuba com a intermediação da OPAS-OMS. Outros 12 médicos inscreveram-se no PMMB individualmente (BRASIL, 2016). Devido a este quantitativo expressivo de médicos de Cuba, optou-se neste estudo de caso por enfatizar o perfil destes médicos. Esses normalmente atuaram em missões internacionais em diversos países e tem a especialidade Medicina Geral Integral, correlata à MFC.

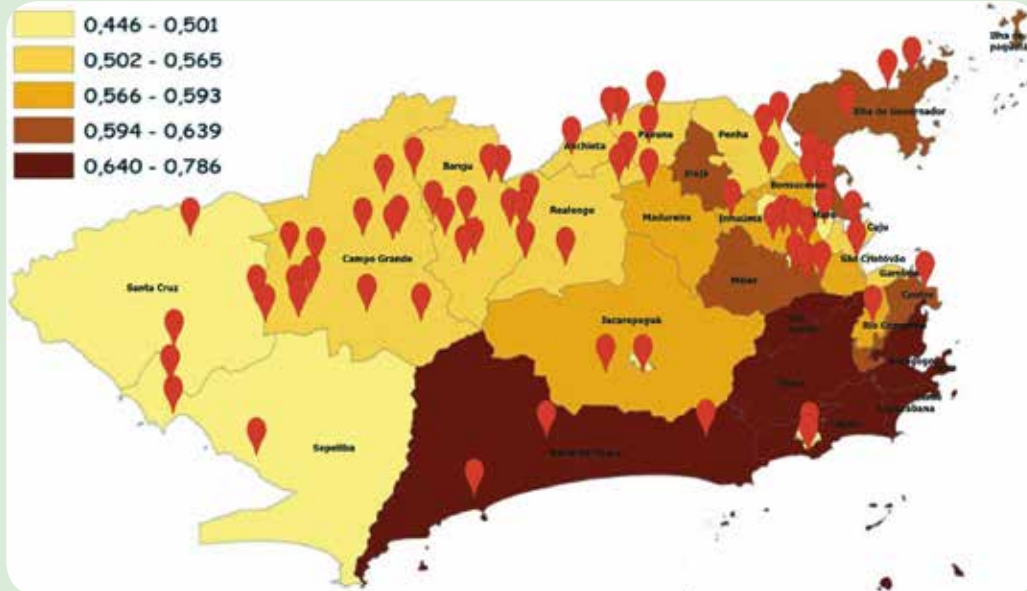
**Figura 7. Distribuição espacial de médicos do PMMB no MRJ, de acordo com situações de violência em favelas**



Fonte: BRASIL, 2016; ZALUAR, 2012 sobre Levantamento domínios em favelas do Rio de Janeiro 2005-2011 Nupevi-UERJ. Elaboração própria.

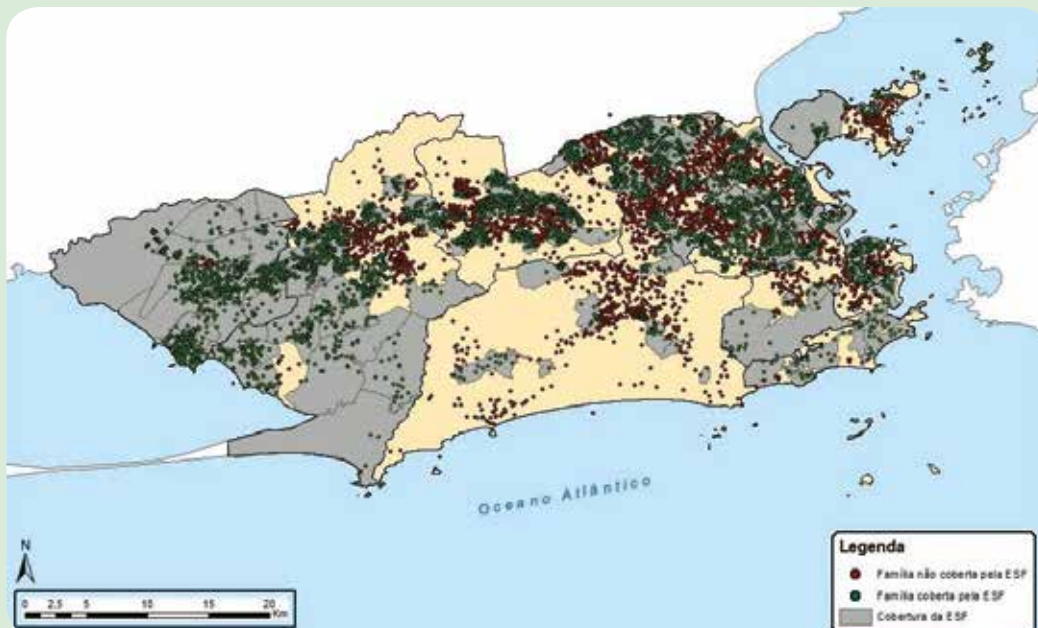
Legenda: ACA-facção Amigo dos Amigos, CV facção Comando Vermelho, TCP: facção Terceiro Comando Puro. UPP: Unidade de Política Pacificadora.

**Figura 8. Distribuição espacial de médicos do PMMB no MRJ, de acordo com Índice de Desenvolvimento Humano no MRJ**



Fonte: Brasil, 2016; IBGE, 2010. Elaboração própria.

**Figura 9. Distribuição de Beneficiários do Cartão Família Carioca de acordo com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Município do Rio de Janeiro, maio de 2013**



Fonte: SMS Rio de Janeiro, 2015.

## Perfil dos médicos do PMMB: ética e compromisso social

Historicamente, a ação de colaboração médica internacional de Cuba é marcada pelo atendimento humanitário e solidário, em quatro tipos de situações: catástrofes, desastres naturais, falta de pessoal médico e assistência a locais distantes ou remotos. Ao todo são 40 mil os profissionais daquele País que prestam serviços em 68 países do mundo. Esse espírito de missão humanitária e solidária tem origem nos princípios da Revolução. Em Cuba, desde seus primeiros dias, os estudantes de medicina passam a compartilhar o que têm com as comunidades mais distantes. Atualmente essa missão é exercida dentro e fora de suas fronteiras, como expressão da essência humanista e por um mundo mais solidário e justo. Os médicos e outros profissionais de saúde têm uma visão social e estão dispostos a compartilhar o seu saber científico e a prestar solidariedade num mundo de pobreza e onde prevalece ainda a injustiça (OSA, 2011).

*Com relação à nossa formação, posso dizer que é muito rigorosa, bem diferente de outros países. Desde o início do curso pensamos no social, nas condições de vida das pessoas, no nosso trabalho como instrumento de doação (Médico participante).*

De um modo geral existem valores éticos para a formação em medicina que irá, por último, definir o perfil do médico dessa missão: ir ao encontro das necessidades de toda a população; comprometer-se com aspectos sociais; ter competências para lidar com os principais problemas de saúde da comunidade; servir e comprometer-se a exercer a prática médica no sistema público e gratuito. Assim, é objetivo da formação garantir que os médicos se integrem às suas comunidades, estabeleçam uma relação estreita com os valores da comunidade, busquem atuar sobre os determinantes sociais da saúde e da doença, atuem com foco nas comunidades mais vulneráveis.

Os efeitos desse modelo de formação vêm sendo visualizados no Brasil a partir da atuação dos médicos do PMMB, como demonstra-se a seguir:

*Quando fui chamado para vir ao Brasil pensei em ter a oportunidade de ajudar o povo com meu trabalho. Então me inscrevi e fiz um curso de português e a preparação para vir para cá. Nos preparamos para qualquer situação. Pensei que iria para a Amazônia, um lugar sem comunicação e bem distante. Eu poderia ter ido. Tenho colegas que estão lá. E cuidam de populações muito pobres. Mas fui convocado para o Rio de Janeiro, que é uma cidade grande, que também tem muitos problemas. O importante é que aqui estou. Onde precisarem da nossa ajuda, estaremos presentes (Médico participante).*



O sistema de saúde em Cuba contava, em 2010, com 76.506 médicos sendo 36.478 médicos gerais integrais. Destes, 16.196 médicos prestavam serviços de saúde em 68 países, mediante 132 projetos (OMS, 2012).

O Brasil buscou nesse intercâmbio os médicos cubanos por estes possuírem, como base de sua formação, a especialização em Medicina Geral Integral. A grande maioria deles tem uma média de idade mais alta que os médicos que atuam na ESF.

*Temos oito médicos na Clínica, sendo três deles do Mais Médicos. Esses já vêm com essa base de saúde da família. Os brasileiros não são médicos de família e comunidade. Dentre os que eu tenho e que não são do Mais Médicos, uma realmente tem o pensamento da Saúde Coletiva. A diferença entre eles é que o olhar é diferente. Os do Mais Médicos e essa brasileira têm o olhar do coletivo, um olhar voltado para a Atenção Primária. Não é que os outros não olhem, mas eles têm um olhar diferente (Gerente Clínica da Família).*

Há uma dimensão ética e de compromisso social da Medicina, que vem ganhando visibilidade a partir do PMMB. É a partir desta experiência comparativa, que a perspectiva da formação pautada via mercado, como acontece historicamente no Brasil, vem sendo questionada em várias esferas da sociedade.

*Quando você pergunta como era antes dessa médica eu só penso em como a gente aprendeu a se acostumar com o pouco, sabe. Se eu tivesse um médico que vinha trabalhar e atendia, mesmo sem querer participar de reunião de equipe ou fazer VD, eu já achava bom (Profissional- Clínica da Família).*

Assim, o intercâmbio pode ser entendido de forma mais ampliada, pois além da troca de informações e conhecimentos, há interação com outros princípios, pressupostos, crenças e valores.

*Não é somente o intercâmbio técnico, porque eu aprendi com o médico cubano tal procedimento, porque eu não sabia realizar e esse especialista sabe e pode compartilhar comigo. Mas essa dimensão da postura ética, a questão do compromisso com o trabalho, isso também faz parte desse intercâmbio. Principalmente, porque a gente tem uma cultura de que os outros profissionais da equipe não tinham sequer expectativa que um dia pudesse existir um médico que tivesse essas características (Supervisor PMMB).*

Essa dimensão tem repercutido também para os médicos brasileiros e para o exercício de seu trabalho.

*[...] a gente consegue cobrar, inclusive, dos médicos brasileiros porque houve uma mudança na estrutura física, de salário e também a lotação dos profissionais. É isso. Você quer ou não quer? E a sua contrapartida é prestar um bom serviço. Eu acho que para eles isso é muito forte. Agora os brasileiros estão preocupados em mostrar que eles também trabalham bem, porque agora tem médico cubano e eles têm que mostrar que são bons (Gestor municipal).*

Mas há também intercâmbio com os usuários do SUS, que passam a contar com a possibilidade de interagir com médicos formados sob outra concepção.

*No começo eu não entendia muito o que a Doutora falava, mas já achava diferente porque ela perguntava muito. Era diferente, a consulta demorava, eu não gostava. Era ruim esperar lá fora... Mas hoje eu gosto muito dela. Se eu pudesse eu só era atendida por ela (Usuário Clínica da Família).*

As experiências de intercâmbios com profissionais de outros países são muito relevantes, já que agregam valores ao crescimento profissional e pessoal. Oportunizam conhecer valores sociais e culturais, contatos com pessoas diferentes, estabelecer laços afetivos e desenvolver de habilidades didáticas, pedagógicas e interpessoais. Constituem ganhos em longo prazo, agregando fatores que certamente, estimularão pequenas e constantes mudanças nas práticas diárias em saúde. (DALMOLIN, 2013)

*O fato de conhecer um país que não é o nosso e conhecer sua população é muito importante. A maneira como se vive, as formas como se vive. Nós aprendemos também sobre muitas doenças que não temos lá em Cuba. E compartilhamos conhecimento com todos os médicos daqui, com os profissionais de saúde daqui do Brasil, ou de onde estivermos. Onde quer que nós trabalhemos, nós aprendemos muito. Profissionalmente vale muito o aprendizado do nosso trabalho (Médico participante).*

Tais aspectos, podem ser observados na fala e nas atitudes dos médicos participantes do PMMB, como demonstrado acima, mas também pelos profissionais das equipes:

*Conhecer a comunidade significa muito para a atuação do médico. Esse é um dos princípios da medicina familiar. O médico cubano é o único que vive na mesma comunidade dos agentes comunitários. Criam um laço novo, que dificilmente era visto na ESF (Gerente Clínica da Família).*

Uma dimensão relevante do intercâmbio tem se dado a partir de atitudes positivas de compromisso dos médicos do PMMB. Seja do ponto de vista de sua as-

siduidade, ou do compromisso do trabalhador com a vida da população. É uma evolução no modo de cuidar.

*Para mim o principal aprendizado é a postura ética em relação ao outro, de estar prestando um cuidado, um serviço que é direito do outro. Eles dizem: eu estou aqui numa missão, porque me chamaram para isso, então eu tenho que fazer isso. Parece óbvio, mas não é para todo mundo. Para mim esse é o maior aprendizado (Supervisor do PMMB).*

No que se refere à postura com os outros profissionais, tem assumido destaque a disponibilidade para dialogar com a equipe.

*Eles [os médicos do PMMB] são muito mais acessíveis. Dá para ver que eles estão no mesmo patamar, há um diálogo, eles sabem também que eles têm autoridade em algumas coisas como médicos, como toda profissão tem. Mas o diálogo transcorre muito melhor, eles são mais acessíveis para isso (Profissional da CF).*

Há, também, uma relação de horizontalidade com os usuários. Um dos entrevistados afirma:

*Eu estou achando muito bom o atendimento deles. A doutora já frequentou até a minha casa e o atendimento dela é muito bom (Usuário da CF).*

*O que eu acho da Doutora cubana? Eu acho que ela realmente faz diferença aqui na comunidade. Ela chega cedo, trata todo mundo igual. Eu nunca vi essa doutora de cara feia. Quer dizer, só quando a gente não faz o que ela fala. Essas coisas de dieta, de exercício. Ah, ela também não gosta quando a gente se atrasa. Eu só queria mesmo que ela não fosse embora (Usuário da CF).*

Essas considerações são muito importantes pois demonstram a construção de novos padrões na relação entre médico-usuário.



## Garantia de acesso em regiões desassistidas, de alta vulnerabilidade social e em regiões com altos índices de violência

Assim como em outras grandes cidades do continente americano, o investimento na expansão de cobertura da APS tem, como fator limitante, a dificuldade de fixação de médicos nas áreas marcadas pela pobreza, violência urbana e marginalização de população, notadamente em suas periferias e favelas. Uma especificidade do PMMB é, portanto, o provimento de profissionais médicos nessas regiões, conforme já discutido anteriormente.

A partir do PMMB tem sido possível refletir sobre os desafios para aumentar o acesso contínuo e longitudinal das populações residentes em áreas marcadas pela violência urbana, onde há confrontos entre policiais e grupos armados.

Alguns dos desafios para a oferta contínua de serviços da APS em áreas de violência urbana incluem a manutenção das ações de cuidado e atenção à saúde da população, com a segurança à vida dos profissionais. Ou seja, como se pode oportunizar o acesso à saúde destas populações mantendo a proteção de seus trabalhadores? Como garantir a segurança necessária para que os profissionais de saúde mantenham seus compromissos em efetivar o cuidado a esta população?

No caso específico do MRJ, a combinação do aumento da violência urbana com o comércio das drogas têm sido evidentes. Para Silva (2010, p.284) o tráfico em pontos fixos confere uma base estável que permite a reprodução continuada dessa forma de “*capitalismo aventureiro*”. Essa expressão diz respeito ao fato de que muitas outras atividades criminais, violentas ou não, tendem a se manter nesses territórios e gravitar em torno do tráfico.

Esse padrão de desenvolvimento urbano associado ao tráfico e à violência urbana vem repercutindo não somente no cotidiano de vida dos seus moradores, mas também na vida dos trabalhadores que atuam nestes locais. Uma das repercussões negativas para a efetivação do acesso à saúde nestes “*territórios violentos*” tem sido a dificuldade de fixação de profissionais de saúde, especialmente os médicos. Este seria, portanto, um dos efeitos da construção desta imagem pública das favelas como locais violentos, perigosos e que ameaçam a integridade pessoal e patrimonial das pessoas.

Ou em outras palavras, se está diante de mais uma expressão da cidade como “*unidade de contrários*” (IASI, 2013), permeada pelo desenvolvimento e pela urbanização com agravamento de desigualdades sociais, ampliação dos conflitos de classe, expansão do comércio ilícito de drogas e violência.

Os trabalhadores de saúde que estão expostos às situações de violência convivem com marcas da violência simbólica, tais como as práticas de ameaça e relações agressivas. Inseridos em territórios mais vulneráveis a partir do trabalho na APS, muitos profissionais de saúde, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, conhecem pouco sobre esta dinâmica social. Este fato que frequentemente implica na saída dos profissionais destas Unidades e, por conseguinte, na descontinuidade da assistência. Este contexto passou a mobilizar a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) da SMSRJ.

Antes mesmo da existência da expansão da APS, equipes da ESF já atuavam nestas áreas com existência de violência. Diante desta realidade, a SMSRJ vem desenvolvendo, desde 2010, uma experiência com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) de construção de metodologia que leve a proteção das equipes e a manutenção do serviço aberto: o Acesso Mais Seguro (AMS).

O CICV foi fundado em 1863 e deu origem às Convenções de Genebra e ao Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. De acordo com os informes técnicos da instituição, o CICV é uma organização imparcial, neutra e independente, cuja missão é humanitária e consiste na proteção da vida e da dignidade das vítimas de conflitos armados e outras situações de violência, assim como prestar-lhes assistência. O CICV dirige e coordena as atividades de saúde humanitária internacionais em áreas de conflitos armados e outras situações de violência (CICV, 2015).

O CICV tem se constituído, portanto, como uma referência para o apoio à estruturação de ações e serviços de saúde em regiões de violência. No caso brasileiro, a atuação do CICV tem se dado em cooperação com os governos e não em sua substituição.

A aproximação entre CICV e a SMSRJ para a formulação da proposta conjunta de trabalho iniciou-se com a realização das primeiras reuniões ainda no ano de 2010. A parceria com a SMSRJ contempla três frentes de trabalho: saúde mental; abordagem à mãe adolescente, com vistas à redução das possibilidades das futuras crianças se envolverem com o tráfico; acesso à saúde.

O AMS tem como objetivo identificar os riscos a que as equipes da ESF estão expostas, estabelecer procedimentos que previnam os incidentes de segurança e reduzir as suas consequências, facilitando o acesso à saúde da comunidade (CICV, 2013). Consiste, portanto, na implantação de normas, rotinas e classificação de risco para efetivação da autoproteção para e redução de situações de exposição desnecessária para os profissionais.

No ano de 2011 construiu-se a metodologia e as estratégias para a estruturação do AMS e, em 2012, esta estratégia passou a ser compreendida como política municipal, reforçando a necessidade de promover o treinamento das equipes que estivessem em situações mais extrema de violência e vulnerabilidade.

Como metodologia o AMS propõe o mapeamento da região onde estão as unidades; um diagnóstico da frequência e intensidade de eventos de violência urbana; a motivação das equipes para utilizar ferramentas de forma a lidar com tais situações; a criação de protocolo de ações baseado em uma estratificação de risco, seguindo critérios dos membros da unidade.

Um dos pressupostos do AMS é de que a definição dos critérios de risco deve ser realizada pelos próprios profissionais que atuam nos territórios.

*Quando se trabalha em locais onde cotidianamente há a presença de pessoas armadas, se sabe que “alguma coisa pode acontecer” e que existem perigos. Eles não podem ser evitados o tempo todo. De fato, surpresas acontecem, porém, devemos levar em consideração que, se prestarmos bem a atenção ao lugar onde estamos, notamos que ele dá sinais de que algo fora do normal pode ocorrer. O mais importante de tudo isso é saber que devemos e podemos estar preparados para eventuais incidentes de segurança, que há maneiras de lidar com essas situações por meio de ações simples que devem ser adotadas (CICV, 2013, p.17).*

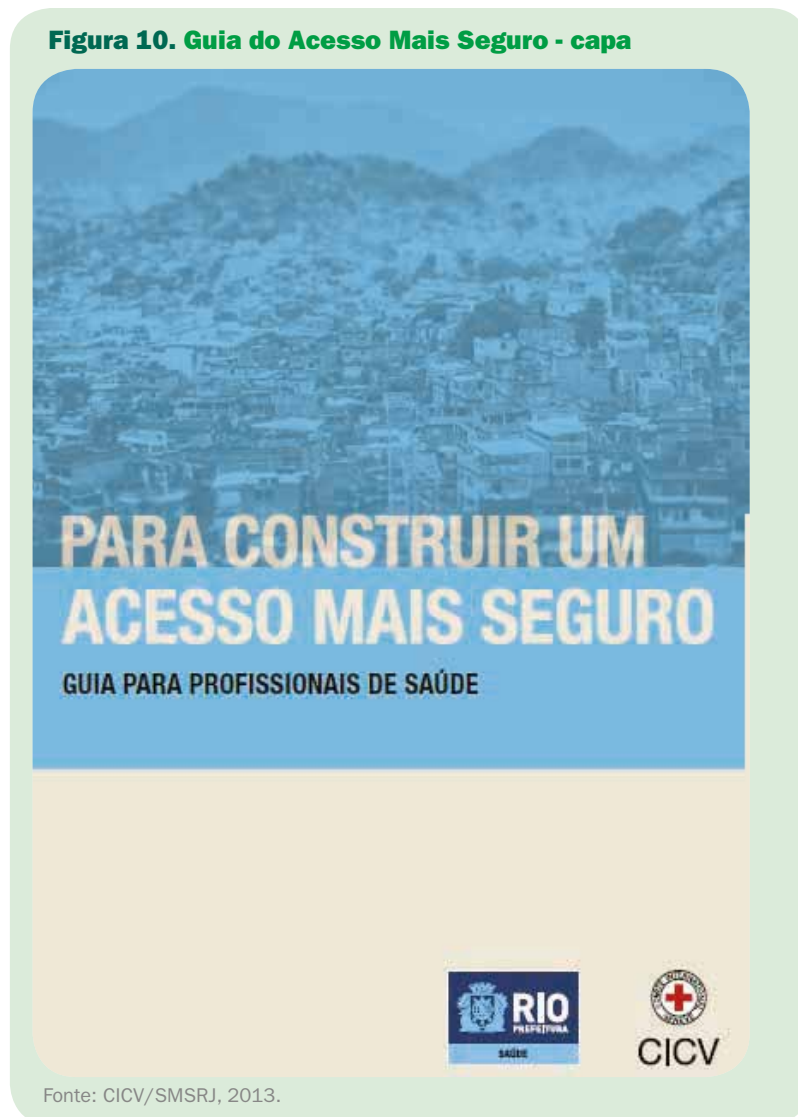
Desse modo, o AMS vem se constituindo como uma estratégia inovadora que acontece no MRJ, mas certamente dialoga com as necessidades das secretarias de saúde de outros centros urbanos brasileiros. Ou seja, aquela demanda de como estruturar o acesso à saúde, especialmente pelas equipes da ESE, era comum às duas instituições (CICV e SMS). Mas é também uma necessidade de gestores, trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde em várias cidades.

Ao lidar com confrontos e situações de violência os profissionais de saúde precisavam definir critérios sobre a manutenção ou não das atividades assistenciais. Antes da implantação da estratégia do AMS, não existia uma preparação e capacitação desses profissionais sobre esse tema. A definição de critérios para manutenção ou não das atividades no serviço de saúde obedecia a critérios imprecisos sobre os sinais de violência do território, geralmente remetido aos superiores hierárquicos.

A metodologia de implantação do AMS consistiu na estruturação de oficinas para a divulgação da metodologia. Alguns princípios são de que a definição de critérios de risco é proveniente dos sinais do próprio território no qual os profissionais estão inseridos. Estes sinais devem subsidiar a tomada de decisão, a

partir de critérios os mais coerentes possíveis, com a realidade do próprio território. A partir daí possam utilizar estes sinais para sentirem-se mais seguros. Ou seja, no caso de tomada de decisões esta passou a ser realizada a nível local. São elas: evitar a realização de visitas domiciliares ou a ida ao território, manter ou não atividades assistenciais dentro da unidade ou, por fim, como fazer o seu deslocamento para o local de moradia. Para esta divulgação e o treinamento das equipes sobre esta metodologia, foi editado um guia (Figura 10). (CICV, 2013).

**Figura 10. Guia do Acesso Mais Seguro - capa**



Uma vez que a equipe é capacitada utilizando a metodologia da CICV é construído o plano local de segurança que toda a equipe deve seguir. Esse protocolo considera os aspectos da violência local (condições que fazem parte de seu cotidiano) e variações nessa rotina.

De acordo com o Guia do Acesso Mais Seguro o primeiro passo para implantar esta estratégia é classificar: definir o que é risco, diferenciar do que é perigo e saber reconhecer quais são os sinais emitidos por cada situação (Figura 11) (CICV, 2013).



A classificação dos riscos deve levar em consideração três fatores principais: a) probabilidade de que aconteça; b) frequência com que ocorre; e c) gravidade de suas consequências. Para tanto, sugerem que a classificação de riscos seja realizada de forma análoga a um sinal de trânsito, conforme ilustra a Figura 12 (CICV, 2013).

A partir da definição e identificação dos sinais pela equipe, conclui-se pela classificação do risco em que a equipe se encontra. Este é classificado por cores: verde, amarela e vermelha. Para cada uma destas classificações são indicadas as ações ou procedimentos a tomar (Figura 12) (CICV/SMSRJ,2013).

**Figura 12. Guia do Acesso Mais Seguro: características e classificação das situações de risco segundo a sua gravidade**



**Cor verde**

**Risco Baixo**

São os dias considerados normais no território, em que a circulação é possível e o clima não está tenso. Em momentos assim, as atividades na comunidade podem ser desenvolvidas, porém é preciso estar sempre atento a qualquer alteração dos sinais de risco. Nestes dias, as consequências para o trabalho no território ou para a sua integridade física seriam poucas ou nenhuma.



**Cor amarela**

**Risco Médio**

Temos três situações possíveis:

- Alta probabilidade de que algo aconteça e baixa consequência para o seu trabalho no território ou para a sua integridade física. Por exemplo, uma operação policial sem confronto armado.
- Média probabilidade de que algo aconteça e média consequência para o trabalho no território ou para a sua integridade física. Por exemplo, o atendimento de pessoas armadas na unidade de saúde.
- Baixa probabilidade de que algo aconteça e alta consequência para o trabalho ou integridade física. Por exemplo, um profissional em visita domiciliar durante um confronto armado, sem sinal de celular para a comunicação com a unidade de saúde.

**Cor vermelha**

**Risco Alto**

Considera-se a alta probabilidade de algo acontecer com consequências graves situações como, por exemplo, um tiroteio na comunidade. Neste caso, o melhor a fazer é reunir o Grupo de Tomada de Decisão (*mais detalhes no capítulo 8, na página 44*), enviar as informações para a CAP e a Organização Social de Saúde (OSS), conforme fluxo de informação estabelecido por eles e fechar a unidade.



**Em resumo, temos que:**

- Conhecer os riscos que fazem parte do dia a dia.
- Reconhecer os sinais que alertam que algo pode acontecer.
- Definir as atitudes e as tarefas individuais e da equipe mais adequadas para cada situação.

Fonte: CICV/SMSRJ, 2013, p.19-20.



Risco Baixo		Risco Médio		Risco Alto	
Sinais de Risco	O que fazer?	Sinais de Risco	O que fazer?	Sinais de Risco	O que fazer?
Comércio e escolas funcionando.	Manter atividades normais dentro da unidade e no território.	Ruas vazias e comércio fechado.	Suspender as atividades no território, mantendo a unidade aberta.	Tiroteio, ocupação da unidade de saúde por pessoas armadas.	Fechar a unidade, encaminhar os usuários para o local mais seguro, e avaliar o melhor momento para deixar a unidade em segurança.

Fonte: CIVC/SMSRJ, 2013. Pág 40.

Antes da estratégia do AMS, essa classificação era realizada com base em critérios subjetivos que variavam de acordo com as experiências prévias dos trabalhadores e não necessariamente por uma análise mais sistemática e efetiva do próprio território: qual a compreensão desses profissionais sobre a situação de vulnerabilidade do território? Quais as suas experiências anteriores em territórios marcados pela violência? Como os profissionais constroem suas reflexões sobre o medo e as suas estratégias de proteção?

Outro problema da atuação de profissionais nesses territórios era a ausência de formação dos profissionais sobre as formas de produção e reprodução da violência.

*Não é uma supervalorização da teoria, mas eu acho que a compreensão sobre a violência ajuda para que a ação dos profissionais de saúde se realize de forma mais segura e coerente. Até mesmo porque as relações estabelecidas pelo crime organizado são muito complexas (Gerente – Clínica da Família).*

Ressalte-se que no caso dos profissionais brasileiros, a formação sob a égide do mercado e com ênfase na superespecialização tem criado um distanciamento dos médicos com as situações sociais das camadas populares, que aqui podem ser representadas por famílias e comunidades pobres em territórios violentos.

*O Acesso Mais Seguro qualifica o acesso à saúde da população por dois motivos. O primeiro deles é que o profissional de saúde se sente mais seguro para continuar mantendo as ações de saúde-cuidado com a população. O segundo é que a definição de fechar unidade de saúde no contexto de violência e conflito eminente protege a população, na medida em que manter o serviço*

*de saúde como porta aberta nesse contexto pode expor a população a riscos e perigos. Assim, a constituição de protocolos reais e sua efetividade dependem também de uma associação clara entre trabalhadores e comunidade. E esse também é um dos princípios da APS (Gerente Clínica da Família).*

A partir de 2014 a SMSRJ criou grupos de suporte do AMS em todas as AP. Ao grupo de suporte compete acompanhar e apoiar unidades no desenvolvimento das ações do AMS, realizar as oficinas de AMS com os profissionais, acompanhar o processo de construção e finalização dos Planos Locais de Acesso Mais Seguro, dar suporte às unidades durante e após situações de incidentes de segurança (CICV, 2013).

Dessa articulação, surgiu a necessidade de registrar e sistematizar as experiências de situação de conflito e as respostas dadas pelas equipes de acordo com os protocolos construídos pelas equipes. Assim, a SMS constituiu uma plataforma virtual para monitoramento e notificação das situações de violência. Essa plataforma virtual auxilia a gestão da SMS a ter um panorama da área e constitui em um mapa sobre as demandas e necessidades do território. As equipes registram as situações de risco no território e suas tomadas de decisão.

A partir desta plataforma, a gestão passou a acompanhar o contexto de violência dos territórios, suas mudanças e as demandas de formação das equipes. Como destaca um dos gestores.

*na saúde não possuímos recursos para transformar questões estruturais do território, mas podemos a partir do nosso trabalho reorganizar o serviço de saúde para atender a população e mitigar os riscos da violência para trabalhadores e usuários” (Gestor do nível central).*

*o medo que era gerado nos profissionais fazia com que eles abandonassem o serviço. Embora existam casos exemplares de profissionais que se dedicam e compreendem o fenômeno da violência, quando são expostos a episódios de conflito armado diversas vezes muitos sentiam ameaça direta à sua vida. A constituição do Acesso Mais Seguro favoreceu, por exemplo, a padronização das situações de fechamento das unidades, permitindo ofertar maior acesso à saúde, com garantias de segurança para os profissionais e usuários. Ao mesmo tempo, proporciona maior tranquilidade e qualidade do trabalho, além de maior autonomia da gestão local (Gestor municipal).*

Posto que estão inseridos em um contexto de violência, é importante estar imbuídos dos quatro pilares da segurança (aceitação, identificação, comunicação e normas de segurança) (RIO DE JANEIRO-CICV, 2013).

*Aceitação (por exemplo, aceitação da ESF e dos profissionais que trabalham na unidade de saúde), identificação (padrão de identificação visual, como o uso de uniforme, crachá e outros), comunicação interna (por exemplo, troca de informações entre a equipe sobre a situação de segurança no território), comunicação externa (troca de informações da unidade com parceiros da comunidade), e as normas de segurança (as regras que serão construídas na oficina) (CICV, 2013, p. 22).*

Um dos princípios do Acesso Mais Seguro é o de que a autonomia da decisão sobre fechar ou não a Unidade de Saúde é dos próprios trabalhadores.

*Antes dessa estratégia, a decisão pela manutenção das atividades nos serviços em situações conflagradas não partia, necessariamente, de uma leitura coerente sobre o que estava acontecendo no território (Gerente Clínica da Família).*

Essa situação costumava produzir conflitos com a gestão, pois o receio de que os profissionais fizessem uma leitura indevida delegava ao nível de gestão superior (CAP) a definição sobre a manutenção ou não do serviço. A tomada de decisão por este nível de gestão (que não estava situado no território) produzia conflitos, posto que, ao não saber exatamente o que estava acontecendo no território, a própria gestão poderia submeter os profissionais a determinados riscos desnecessários. Ou por outro lado, ocorriam fechamentos desnecessários por excesso de cautela do representante da gestão municipal.

Nem todas as situações podem estar sob controle, mas a existência destes protocolos faz com que os profissionais se sintam, de alguma forma, protegidos.

*O desafio na verdade é a violência, porque não conseguimos sair da unidade no momento em que tem uma incursão policial na rua [...]. Aconteceu semana passada com uma das médicas do Programa Mais Médicos. Ela foi fazer visita domiciliar quando ela chegou no território e iniciou sua visita, a polícia entrou e começou um tiroteio e ela não conseguiu sair. Ela só conseguiu descer depois do almoço e voltar para a unidade. Isso realmente é um problema que a gente enfrenta (Gerente – Clínica da Família).*

*Lembro-me de um médico cooperado que chorava, em uma reunião por não poder continuar a fazer as visitas aos doentes que precisavam devido ao contexto da violência (Gestor federal).*

A metodologia do AMS é inovadora e faz parte da primeira iniciativa do CICV em situações de violência armada urbana. A partir desta experiência do Rio de Janeiro tem sido possível dialogar com o Ministério da Saúde para disseminação

desta experiência em outros municípios nacionais que também possuem esta dificuldade.

*Os limites na capacidade de cuidado impostos pela violência urbana no Rio de Janeiro são o maior desafio percebido, gerando angústias entre os profissionais. Há condições suficientes para a realização do trabalho na Atenção Básica e a gestão central oferece forte apoio, desde o início do programa. A estrutura é adequada na grande maioria das unidades, a gestão é presente, há recursos na assistência farmacêutica, no sistema de referência. O principal entrave na execução das atribuições do PMMB é a violência. Os médicos, apesar de já terem experimentado situações de conflito em outras missões, sentem-se com maior exposição a riscos no contexto brasileiro (Gestor federal).*

Os médicos do PMMB passaram a atuar em algumas Unidades que já contavam com o AMS implantado. Logo, o desafio era a acolhida aos profissionais, socializando essa experiência e a implantação do AMS nesses territórios. Em outros locais, no entanto, o AMS ainda não estava implantado e a sua discussão e sua implantação tornou-se essencial.

Por mais que os médicos tivessem experiência em lidar com situações-limite (desastres naturais e áreas conflagradas), o contexto específico do Rio de Janeiro demandava novas ferramentas de trabalho e compreensão da realidade, dentre as quais a capacidade de análise sobre esta relação entre violência e pobreza, bem como a capacidade de leitura sobre estes “sinais do território” para constituir estratégias de proteção.

*eu trabalhei em outro país uma comunidade rural. Era violenta, sim. Mas era diferente da violência que tem aqui no Brasil. Agora que estamos aqui aprendemos mais a lidar, mas no começo foi bem difícil. Tem situações que são ruins, mas acontece, faz parte do contexto daqui e do nosso trabalho. Só não consigo entender como vocês se acostumaram a viver assim (Médico participante).*

O conhecimento dos protocolos e das estratégias de proteção foi também uma demanda dos médicos, posto que em outras missões os protocolos para lidar com situações-limite e desastres naturais eram mais claros. Para os profissionais cubanos o que tem chamado atenção é a reprodução da cultura de violência a partir da naturalização dos fenômenos de pobreza e desigualdade social.

*Os profissionais do PMM, embora estejam acostumados a trabalhar em contexto de pobreza, surpreendem-se com as dificuldades de compreensão sobre as desigualdades e os padrões de formação cultural no Brasil. Para eles,*

*a adesão ao tratamento de doenças não deveria ser causado pela falta de escolaridade, por exemplo. Lá em Cuba isso já está superado (Gestor federal).*

Para a reflexão sobre o AMS, os espaços oportunizados pela supervisão acadêmica, especialmente os encontros de supervisão locorregional e o diálogo com as CAP, foram relevantes.

*Alguns profissionais tiveram maiores dificuldades em relação a “como lidar com a violência”. Esta questão tem, realmente, implicações para a vista da saúde mental dos profissionais. Para essas situações em que estava difícil lidar, a gestão ofereceu a possibilidade de mudança da unidade, mas sempre destacando que seria desejável os médicos continuar trabalhando nestas comunidades. O grupo de suporte da CAP ajudou também. Hoje percebo que, pelo menos os meus supervisionados, continuaram nas clínicas (Supervisor do PMMB).*

A estratégia do AMS, fundamental para os profissionais brasileiros, é ainda mais essencial para profissionais que vêm de outros países. Esses últimos, ao se depararem com a violência, podem sentir ainda mais dificuldade para agir nessas situações.

Percebe-se assim um efeito sinérgico entre as duas iniciativas. Elas se tornaram complementares e fundamentais para a fixação de médicos em áreas de vulnerabilidade com o objetivo de garantir o acesso à saúde da população.

*Com o Programa Mais Médicos, o Acesso Mais Seguro passou a ter mais visibilidade dentro da própria Secretaria de Saúde. Foi possível reviver o estranhamento sobre as condições que oportunizam a violência no território, dentre as quais a miséria e a pobreza. Muitos dos nossos profissionais já se acostumaram com isso (Gestor municipal).*

Tem sido frequente os médicos do PMMB residirem nos territórios ou próximos onde atuam. Isso chama atenção, pois, como historicamente no Brasil, a posse de um diploma médico esteve associada ao pertencimento a estratos sociais mais elevados (médio e alto). O fato de um médico fixar residência em bairros mais afastados, ou mesmo comunidades, surge como efeito inesperado para os outros profissionais e para a população.

No caso da AP5, sempre houve uma grande dificuldade de provisão de médicos, não só pelas condições de pobreza e de violência, mas também pelas distâncias destes bairros da zona oeste em relação às zonas mais ricas da cidade, usualmente, o local de moradia dos médicos da cidade. Sempre foi comum que médicos, depois de um período de trabalho na região, solicitasse o remanejamento para

locais mais próximos de suas moradias. Muitas das localidades desta área estão situadas a mais de 60 quilômetros da zona sul ou do centro da cidade.

Esse encontro entre médico do Programa e população revela também a história e as contradições da constituição dos grupos profissionais. Esses elementos se produzem no âmbito das relações sociais e são portadores de diferentes interesses e projetos societários, que se expressam no processo de escolarização e a possibilidade de escolha de determinada carreira profissional.

*A gente tem relatos de experiências desses médicos que convivem com as situações de violência cotidianamente e não somente no seu horário de trabalho (Gestor municipal).*

Para os médicos cubanos residir perto de seu local de trabalho contribui para o trabalho em saúde e compreensão das condições de vida da população. Há um sentido ideológico nesta afirmação e o reconhecimento de que não devem existir diferenças entre o médico e a população (Gestor federal).

*É a proximidade desse contexto e a postura social e política que se constrói a partir do rompimento dessa dualidade local de trabalho x local do domicílio. Essa é uma especificidade dos médicos cubanos (Gestor Federal).*

Além disso, é importante considerar que residir na área onde as pessoas vivem permite a concretização da competência cultural da APS: a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação.

*Eu sinto que o programa é valioso porque eu sou médica e trabalho com Atenção Primária. Eu sinto que eu faço um trabalho hoje que é importante para essa população. Sei que isso acontece porque aprendi a lidar com eles, convivemos em espaços que não são somente o da clínica (Médica participante).*

Chama atenção, particularmente, o fato de que esses médicos continuam no território mesmo depois de eventos mais violentos. Historicamente a SMSRJ tem dificuldades com a fixação de médicos nesses territórios, posto que os médicos brasileiros, ao serem diretamente expostos a esse contexto de violência, frequentemente optam por sair e atuar em territórios com outras características.

*Os médicos do programa compreendem que faz parte dos sentidos dessa missão continuar atuando nesses lugares. Afinal de contas a população de seus territórios é extremamente vulnerável e precisa ainda mais da atuação dos profissionais de saúde. Quando se deparam com crises nas Clínicas, causadas pela violência, o médico fica assustado, mas reafirma o seu lugar e*



*solicita o apoio da gestão para que ele permaneça em condições de segurança (Gestor municipal).*

Em abril de 2015 promoveu-se uma reunião com os grupos do AMS em todas as CAP e gestores do PMMB. O objetivo era criar condições melhores de segurança, através de estratégias de autopreservação, bem como potencializar a comunicação entre equipe, CAP e gestores do PMMB, na elaboração de estratégias de fortalecimento do AMS nesses territórios. Duas situações, em particular, foram identificadas: profissionais PMMB com AMS implantado, sem entendimento da metodologia do AMS ou sem treinamento; profissionais em áreas vulneráveis em unidades sem protocolo de segurança implantado. .

As estratégias foram definidas para cada território, abrangendo uma ou várias medidas conforme a situação. Entre elas estavam: fornecer o Guia do AMS para todos os profissionais do PMMB; reuniões e oficinas para abordar os cinco pilares de segurança, os indicadores e resultados do monitoramento do território, o cronograma de implantação do AMS e a revisão dos protocolos de segurança; garantir que os profissionais fossem apresentados aos grupos de suporte em AMS de suas Unidades; definir os contatos a serem acionados em momentos de crise para cada Unidade; apresentar os grupos de suporte do AMS nos encontros de supervisão locais.

Por meio da estratégia do AMS, as equipes têm construído, com os profissionais da CAP, medidas concretas e factíveis para que a violência seja compreendida como uma das variáveis integrada à saúde pública e que pode ser integrada ao funcionamento das unidades (CICV, 2013).

Os resultados da troca de experiências entre o CICV e a SUBPAV fizeram com que a violência pudesse ser analisada permitindo a elaboração de normas e planos operacionais de segurança para a proteção dos profissionais de saúde bem como a dos usuários. A consequência disso tem sido a expansão do programa para outras AP do Rio de Janeiro, mas também para outras cidades do estado.

A SMS destaca também como resultado positivo da parceria com o CICV a redução dos sintomas de estresse e ansiedade entre os profissionais, mediante a produção de maior segurança e conhecido de seu território de atuação. Deste modo, a institucionalização do AMS vem sendo mantida e fortalecida com os profissionais do PMMB, o que tem sido fundamental para que o trabalho das equipes da ESF ocorra de forma integral, segura e com qualidade.

Ao longo do tempo tem sido possível verificar como conquistas dessa parceria e da implantação do AMS:

- a) os profissionais trabalham com mais tranquilidade e segurança;
- b) os profissionais começam a compreender e ter critérios mais objetivos e consistentes sobre os critérios de risco e vulnerabilidade dos territórios;
- c) a unidade se organiza no seu cotidiano e faz uma avaliação sobre o contexto do território;
- d) melhorias na comunicação entre os profissionais, a efetivação de meios de comunicação existentes e a constituição de novos;
- e) reorganização do processo de trabalho;
- f) formalização dos critérios reduziu o número de vezes em que as Unidades precisam fechar mediante contextos de violência;
- g) efetivação do trabalho em rede entre a gestão e os trabalhadores.

A partir desta experiência foi possível constatar que a constituição de vínculos solidários e a construção de um trabalho em equipe, com valorização dos diferentes saberes e, sobretudo, dos sujeitos pertencentes à comunidade (como os dos Agentes Comunitários de Saúde) alcança sentidos mais efetivos para a construção do trabalho útil e socialmente comprometido, como se propõe a ser o trabalho na APS.

Tais sentidos podem ser atribuídos ao AMS em função de vários aspectos, tais como: as oficinas ocorrem com a presença de todos os profissionais da unidade, existe uma rotina de encontros da comissão do AMS, os ACS trazem a informação de como está o território e a leitura das informações a partir de dispositivos móveis: twitter facebook, notícias on line. Nestas reuniões, não existe hierarquia, pois todos desempenham o mesmo papel e a situação é traçada em comum acordo com todos os presentes (SOUTO, *et al*[s/p]2014).

*Esta reunião é de extrema importância, pois nos proporciona pensar sobre a realidade vivida, sem banalizar a violência que, por anos, ocorre no território e acabamos abstraindo o perigo eminente, proporcionando à equipe a reflexão sobre o pensar, sobre a valorização da vida e do ser humano. E nos proporcionando segurança e respaldo em nossa dificuldade de realizar nossas atividades extramuros. Importante ressaltar que havendo necessidade, com a mudança dos sinais, outras reuniões podem ser realizadas no decorrer do dia (SOUTO, *et al*, [s/p] 2014).*

Alguns desafios ainda são identificados quanto à metodologia do AMS:

- Manutenção dos espaços coletivos: realização das reuniões e análise contínua da classificação de risco constituída pela comissão do AMS;
- Planejamento de intervenções de promoção de saúde, posto que essas atividades ficam prejudicadas mediante a atuação restrita ao espaço da Unidade;
- Construção de um sentido ético-político para a atuação de todos os profissionais, especialmente o sentimento de impotência, a precariedade da vida, as condições para o atendimento das necessidades básicas, a ausência de outras políticas públicas nesses territórios.
- Repensar as práticas institucionais visando a desnaturalização do fenômeno da violência, incluindo todas as formas autoritárias ou preconceituosas como os serviços de saúde são prestados.

Municípios como Niterói (RJ) e Florianópolis (SC) também vêm buscando parcerias com a SMS Rio de Janeiro. A partir dessa experiência, os profissionais desses municípios fizeram a formação com os trabalhadores do MRJ e tornaram-se multiplicadores da estratégia. Os resultados têm sido divulgados em congressos científicos. Além disso, o MRJ também foi convidado para apresentar a sua experiência na Colômbia.

A partir do intercâmbio constituído pelo PMMB, pela gestão da Secretaria Estadual de Saúde e pela Comissão de Coordenação Estadual (CCE) do PMMB e PROVAB, a experiência do AMS vem sendo discutida em outros municípios da Baixada fluminense e interior do estado.

Por fim, ressalte-se, por um lado, a necessidade de estruturação de políticas públicas que singularizem a experiência da APS para contextos urbanos marcados pela vulnerabilidade social, tal qual aqui foi exposto. Por outro, também constata-se a necessidade de investir na formação teórico-prática dos trabalhadores da saúde, já que o conhecimento dessa realidade pode ampliar as possibilidades de intervenção dos profissionais, tornando o fazer em saúde mais coerente nos territórios que lidam com a violência. A dimensão humanitária, tão cara à formação cubana e que tanto vem inspirando nossas reflexões, parece ser um bom caminho.

## Aumento da resolutividade, intercâmbio de experiências, saberes e práticas

O intercâmbio de saberes e práticas constitui a essência das atividades de cooperação internacional (OPAS, 2015). No âmbito das cooperações, a construção de capacidades para o desenvolvimento deve abranger a formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional. Em geral, os projetos de cooperação envolvem uma grande gama de atores, de modo que as decisões são tomadas em vários níveis e diferentes espaços de poder, envolvendo culturas institucionais diferenciadas nos distintos países (ALMEIDA, *et al*, 2010).

No âmbito do PMMB, tem sido possível observar o diálogo profícuo entre as diferentes esferas de gestão. Até a concretização do PMMB não havia mecanismos de gestão mais diretos, que não aqueles mais normativos, entre a gestão municipal, estadual, federal e as instituições de ensino. Os efeitos deste arranjo têm sido percebidos no cotidiano dos trabalhadores das equipes da ESF e os usuários, que poucas vezes experimentam políticas sinérgicas no território.

Dentre os aspectos estratégicos, políticos e técnicos do PMMB no MRJ, tem se destacado a troca de experiências entre os profissionais que tiveram formação e atuação em diversos países e os profissionais brasileiros, com vistas à estruturação de uma APS mais abrangente e resolutiva.

Para o MRJ, o interesse maior em aderir ao PMMB foi a possibilidade de intercâmbio, para a troca de experiências entre médicos e demais membros da equipe de saúde, com os profissionais com mais experiência em MFC.

*Desde o começo nós já sabíamos que essa experiência possibilitaria aprendizado de médicos brasileiros e que não possuíam tanto perfil e capacitação para a APS. Constituiria também um modelo para alunos de graduação em estágio nas unidades básica (Gestor municipal).*

A ampliação da resolutividade tem sido resultado do processo de qualificação e troca de experiências. Equipes que antes estavam incompletas, geralmente em áreas de risco, alta vulnerabilidade e alta densidade populacional, passaram a contar com médicos com tempo integral.

*Aqui eu tenho todas as equipes completas, e eu não sei se teria se eu não tivesse esses três médicos do programa Mais Médicos [...]. No momento em que uma equipe é composta de médico, enfermeiro, agente comunitário e técnico cada um tem o seu papel com as suas especificidades. Dentro desse*



Médica participante e estudantes de graduação da UFRJ. Acervo próprio.

*contexto, com uma equipe completa com médico, você consegue sim ser mais resolutivo, porque é possível dar um encaminhamento e direcionamento a esse paciente que vem buscando ajuda (Gerente – Clínica da Família).*

Além dos dados de produção das equipes, há resultados qualitativos com a mudança e organização do processo de trabalho dos médicos.

*Eles levam em conta a percepção da equipe sobre do que mais adocece a população e sobre quem são as pessoas que buscam atendimento. A partir disso é que organizam a agenda, o que leva a uma reorganização do processo de trabalho de toda a equipe (Gestor Federal ).*

Assim, a proposta de construção da agenda de acordo com as necessidades de saúde também propiciou um aumento da resolutividade. Foram criadas estratégias conjuntas e planejadas para enfrentar questões que antes eram abordadas pontualmente. Para iniciar o acompanhamento dos grupos populacionais prioritários, definidos nos protocolos, os médicos cooperados estabeleceram “marcos zero” para o atendimento de todos os indivíduos, oferecendo cobertura integral a quem antes não era assistido de forma regular.

*Quando eu cheguei nessa unidade e conheci a enfermeira e os agentes logo pedi: ‘quero o nome de todos os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. Vamos organizar uma agenda para atendê-los de acordo com as prioridades’ (Médico participante).*

Para a gestão tem sido possível compreender os médicos do PMMB como possíveis multiplicadores de boas práticas, especialmente no que se refere ao papel do MFC: abordagem familiar e comunitária, manejo de urgência/emergência no âmbito da APS e realização de trabalhos em territórios vulneráveis.

A dimensão da resolutividade na gestão da clínica também é um ponto destacado:

*Há também um exercício da clínica mais proativo, com escuta qualificada, capacidade de realização de anamnese e de realização de exame físico. Eles são reconhecidos na comunidade como “médicos que tocam as pessoas” (Supervisor do PMMB).*

Uma das repercussões tem sido a ampliação da procura pelos médicos “cubanos” nas Unidades.

*Ao longo do tempo, as características positivas se disseminam pela população que passa a voltar mais ao serviço e indicar o trabalho destes profissionais. (Gerente – Clínica da Família).*

A abordagem médica centrada na pessoa, um dos pilares da MFC, não passa despercebida e é considerada um grande diferencial pelos colegas de trabalho. Neste sentido, o PMMB, a partir de sua vertente pedagógica, tem propiciado intensa troca de experiências. Um dos desafios para a atuação dos profissionais da APS, em especial para os MFC, é a efetivação da abordagem centrada na pessoa. Esta pressupõe que os contatos entre médico e paciente possam se dar considerando o conhecimento e a vivência aprofundada dos múltiplos aspectos do indivíduo.

*Ocorre pela forma de condução do processo de cuidado, que passa pela simples rearrumação do consultório – aproximando a mesa do médico da cadeira do paciente, por exemplo – e, sobretudo, pela implicação com o território. Em pouco tempo, cerca de um mês, os médicos já tinham um diagnóstico da comunidade, identificando características demográficas, epidemiológicas e necessidades de saúde em sua população sob a sua responsabilidade (Gestor federal).*

Aprimoram-se a confiança e o vínculo, aspectos úteis para a melhoria da saúde. Conhecer a realidade familiar e comunitária do indivíduo potencializa este tipo de enfoque. A maior resolutividade se baseia na constatação de que inúmeras doenças não podem ser totalmente compreendidas sem serem vistas em seu contexto pessoal, familiar e comunitário (CAMPOS, 2005).



*Não é incomum que os pacientes relatem que os médicos do PMM costumam querer saber como estão passando, como são suas vidas e sempre chamarem os usuários pelo nome (Profissional CF).*

A realização de consultas que abordam desde os sinais e sintomas, mas enfatizam também as condições do ambiente, da moradia e dos hábitos familiares também é uma tônica. Os médicos do PMMB costumam realizar consultas demoradas e são, muitas vezes, exigentes com relação às condições ideais para se desenvolver a consulta. Por vezes discordam das metas de produtividade que exigiria a ampliação do número de consultas por turno, como são os modelos de gestão vigentes. Assim eles tomam o tempo em cada atividade que consideram necessário, e muitas vezes atendem igualmente um grande número de pessoas, como é comum aos outros médicos. Nesse caso permanecem na unidade o tempo que é necessário para cumprir a agenda do dia:

*Essa lógica de resistência e de defesa da qualidade das consultas vem influenciando positivamente os outros profissionais e também os usuários, que ampliam suas expectativas com relação ao atendimento médico, seja pelo profissional que o atende nesse momento ou mesmo em outras consultas (Supervisor do PMMB).*

O médico cooperado está totalmente voltado para o seu trabalho, e toma a tarefa de cuidar da sua comunidade como o seu compromisso inalienável. Nota-se um comportamento singular, de estar focado em sua tarefa sem que qualquer outro interesse ou objetivo o distraiam dessa atividade, considerada uma missão. O efeito positivo dessa postura na prática profissional vem sendo percebida pela rede garantindo mais segurança para a realização do trabalho em equipe.

*Uma dupla de médicos cooperados nos procurou para dizer que utilizar o automóvel a eles destinado para chegar e sair do trabalho estava atrapalhando suas tarefas. Como os motoristas as vezes se atrasavam eles perdiam um tempo precioso de trabalho. Assim pediam para vir e voltar de ônibus porque tinham vindo ao Brasil para ajudar as pessoas que necessitavam deles e não podiam se perder esse tempo em casa, aguardando o transporte (tutor do PMMB).*

*É um médico estável, que vai ter uma longitudinalidade, que eles sabem que vai estar ali e que não falta nunca, nunca atrasa, mora dentro da comunidade. Ele só sai se for para fazer curso, não sai, não falta, está sempre ali. Chega sempre dez para às oito... eles são muito pontuais. A equipe confia que ele vai estar ali, confia que não vai deixar de ir para a Visita Domiciliar (Gerente – Clínica da Família).*

O médico cooperado costuma partilhar do seu conhecimento e prática com o conjunto da equipe de saúde.

*É muito comum visitar médicos cooperados em unidades muito equipadas e modernas ou em unidades ainda não reformadas, com condições ainda precárias de funcionamento. Também existem diferenças nas situações das equipes com enfermeiras e agentes comunitários mais ativos ou outros menos comprometidos. Percebo a mesma postura e entusiasmo nos médicos, independentes das condições que enfrentam. Estão sempre dispostos a contribuir da melhor forma possível (tutor do PMMB).*

A abordagem familiar e comunitária representa um desafio adicional à prática dos brasileiros, em função da historicidade do seu modelo de formação. Em contrapartida, o modelo de formação cubano prevê um amplo treinamento e uma larga experiência nesses campos:

*Às vezes eu pergunto para a ACS se ela está gostando do médico do Programa. Ela me responde, claro! Eu chamo ele para ir fazer Visita Domiciliar e ele vai (Gestor municipal).*

*A gente tem 10%, ou um pouco mais, 12% das equipes com médico de família e comunidade especialista brasileiro. É lógico que esse cara já entende de abordagem comunitária, de saber como fazer uma visita domiciliar. Faz parte do escopo dele. O médico cubano também. Ele tem clareza que aquilo lá faz parte do dia-a-dia dele, feijão com arroz, entender o contexto familiar. Para os que não são especialistas é muito mais difícil (Gestor municipal).*

As habilidades e competências dos médicos do PMMB, para a abordagem comunitária, dimensão essencial para o exercício da MFC contrasta com a prática de muitos profissionais brasileiros, que mantêm uma centralidade excessiva de sua prática na abordagem individual. A abordagem comunitária merece um destaque entre os atributos dos médicos cubanos. Em primeiro lugar valores de solidariedade estão implícitos na sua atuação. Um dos gestores entrevistados destaca, como exemplo deste comprometimento, que a maioria dos médicos participantes reside em áreas próximas às comunidades onde atuam.

A interação com seus membros no maior tempo possível, não se restringindo ao período de trabalho na unidade de saúde. Outro aspecto é o entendimento das dimensões culturais, sociais e comportamentais que afetam a saúde da comunidade. O compromisso dos membros da comunidade com a equipe de saúde para buscar melhorar a sua saúde passa a ser uma consequência dessa interação. É comum que a comunidade passe a entender o médico cubano como “um deles”,

próximo e solidário com seus problemas e dramas (KECK, 2012; DOMINGUEZ-ALONSO E ZACCA, 2011, GORRY, 2015).

*Na Atenção Primária você tem oportunidade de fazer muito para evitar muita doença. É profilaxia todo o tempo, é educar mais que tratar. E também te dá a possibilidade de ter uma relação mais perto com seus pacientes, de suas condições de vida, de suas necessidades. Porque às vezes não temos toda a situação em nossas mãos, não dá. Mas realmente de alguma maneira, conhecendo o meio onde o paciente se encontra, podemos interferir na evolução de uma doença na melhoria, melhorar algumas coisas. Eu prefiro a Atenção Primária (Médico participante).*

Essas habilidades também percebidas pelos gestores das Clínicas e por suas equipes.

*Eu vejo até como uma novidade a vontade do médico participar das atividades de promoção da saúde e das visitas (Profissional da CF).*

*Lá [em Cuba] eles trabalham muito com território, conhecem bastante, então eu vejo que VD para eles é até um alívio na semana, o horário que eles têm para fazer de VD – que é o horário que eles entram em contato com o território – fazem um diagnóstico situacional da área, veem os pacientes, veem a situação de esgoto, de higiene, de clima, veem até a relação de violência do lugar (Supervisor do PMMB).*

Diferente dos médicos brasileiros – sem essa formação específica – os cooperados logo se preocupam em conhecer o perfil e as condições do território onde vão atuar. A atuação desses profissionais sinaliza, dessa forma, para a relevância do planejamento das ações no âmbito da APS. É função do MFC manutenção da saúde individual e coletiva, prevenindo os seus fatores de risco e controlando as doenças. Desse modo, os conhecimentos de epidemiologia, de planejamento e de programação são requeridos na atuação em APS. A efetividade das ações da APS está relacionada justamente à possibilidade de abordar a grande maioria dos problemas de saúde da população referente ao seu contexto epidemiológico (CAMPOS, 2005).

*Em Cuba, nós fazemos visitas toda vez. Fazemos consulta de manhã e visita de tarde. E então aqui nós tratamos de fazer também. Só que aqui como tem diferença de cultura e idioma, coisas que vocês já conhecem, sempre vamos com agentes de saúde. No começo eles tinham que ir porque à vezes eu não entendia alguma coisa. Hoje eu faço questão de ir com eles porque aprendo muito em cada visita com o que o agente me fala. Desde a primeira vez que eu fui a essas visitas foi muito bom para os pacientes, eles agradeceram muito*

*e ficam realmente muito felizes com essa atenção. Para mim tem sido bom e para eles acho que é também (Médico participante).*

Outro aspecto inovador tem sido a introdução de práticas como a fitoterapia. Alguns dos médicos cooperados são entusiastas dessa opção terapêutica:

*A gente já tinha um leque de fitoterápicos na rede, já tínhamos algumas plantas que já estavam incluídas em nossas listas. No entanto, alguns dos médicos não conheciam o uso e por isso não recomendavam essas práticas [...]. O saldo positivo vem sendo o aumento dessas prescrições, o aumento da credibilidade junto à população e as trocas com os outros profissionais, que já têm com quem tirar dúvidas na própria Clínica (Gestor municipal).*



Horta de plantas medicinais – Clínica da Família. Acervo próprio.

Para que isso pudesse ganhar maior visibilidade e relevância na rede de saúde, foi preciso também investimento da gestão.

*Trabalhamos muito com a capacitação em serviço, nas reuniões de equipe, nas reuniões gerais da unidade e nas loco-regionais, pois percebemos que as boas experiências precisam ser socializadas (Gestor municipal).*

*Elas [as médicas cubanas] trabalham muito com educação em saúde, práticas integrativas. Hoje na clínica tem um trabalho que é desenvolvido pelo educador físico do NASF. As médicas têm participado, trazem muitas informações*

*sobre medicamentos fitoterápicos e isso têm trazido muita satisfação. Os próprios usuários gostam, e elas enquanto médicas são as que gostam de trabalhar com isso e vão levando isso para a própria equipe, mesmo que seja para equipe do NASF (Profissional da CF).*

Os médicos participantes possuem experiência na atenção à saúde da criança e atenção à saúde da mulher. Em função do modelo de formação, com ênfase nas especialidades não era raro encontrar, nas Unidades de Saúde, médicos brasileiros com esta dificuldade de atuação na área materno infantil. Frequentemente os enfermeiros protagonizam a saúde no ciclo gravídico-puerperal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Uma especificidade da atuação dos médicos cubanos com as equipes foi o diálogo com os enfermeiros. Inicialmente os médicos do PMMB não reconheciam, pelas especificidades do modelo de formação brasileiro, a amplitude das ações que o enfermeiro pode realizar na APS. Um dos trabalhadores da Clínica afirma:

*Ele [o médico do PMMB] conversa bastante com as enfermeiras. Isso é fundamental. Aqui na Clínica não queremos dividir o trabalho: ele com os adultos e eu com as crianças. A gente quer somar (Profissional da CF).*

No início as diferenças culturais e de idioma trouxeram alguma dificuldade, mas, decorridos dois anos de existência do PMMB, estas questões têm sido superadas a medida desta interação e atitude de comprometimento com a realidade dos colegas de trabalho e a população. O reconhecimento destas diferenças foi superado pelo exercício do trabalho em equipe e desconstrução do modelo de atenção médico-centrado.

*Eu acredito que sim, mas eu acho que intercâmbio a gente faz todo dia, né. Todo dia na nossa consulta, quando tenho alguma atividade, quando tenho alguma dúvida, e eu quero passar algum remédio e ela: 'mas qual é? Eu não conheço, vamos tentar ver um mais próximo, similar'. Ou ela me fala o remédio que eu não conheço e eu: 'Mas pra quê que funciona? O que a senhora quer fazer?' E a gente vai tentando junto chegar numa solução. Realmente, comigo aqui, nosso intercâmbio é diário. A gente vai trocando experiências diárias. Entendeu? (Profissional da CF).*

Em algumas Unidades foi possível que os médicos cooperados ofertassem treinamentos para a realização de procedimentos como a implantação dos dispositivos intrauterinos (DIU). A implantação desses dispositivos está prevista na carteira de serviços, mas só pôde ser viabilizada a partir da existência do PMMB. Os médicos cooperados possuem ainda muitas outras habilidades que são muito úteis à APS, como a prática de urgências e emergências, pequenas cirurgias



e abordagem ao paciente que necessita de procedimentos de suporte no leito, como medicações parenterais, aplicação de sondas etc.

*A parte da medicina prática eles conhecem muito bem, eu acho que eles são até um pouco mais completos, porque eles conseguem dentro da carteira de serviço, fazer as coisas que a secretaria municipal de saúde preconiza, eles conhecem todo processo, inclusive eles inserem DIU. Eles vêm com uma prática de medicina de saúde de fato, pelo menos os médicos que eu tenho aqui (Gerente da CF).*

*Há uma proporção maior de profissionais preparados para a realização de procedimentos ambulatoriais que entre os médicos brasileiros. Contudo, também há aqueles que não fazem inserção de DIU, mas se disponibilizam para dar um treinamento na prática (Gestor municipal).*

A realização de procedimentos ambulatoriais foi também ampliada com a oferta de médicos pelo PMMB. Contudo, havendo 147 médicos na capital, ocorre uma variação significativa entre aqueles que fazem e os que não fazem tais procedimentos. Há, muitas vezes, questões culturais em jogo que prevalecem sobre competências técnicas.

Há também diferenças entre os protocolos cubanos e brasileiros em pequenas cirurgias e inserção de dispositivo intra-uterino (DIU), demandando mais exames complementares em Cuba. Assim, onde os médicos cubanos fazem os procedimentos, eles têm um papel de treinamento junto a outros médicos da unidade, porém adaptando a sua experiência anterior aos protocolos brasileiros. Já aqueles que não realizam, insistem em requisitos que, no contexto do MRJ, não são vistos como necessários e para os quais não há oferta na APS. A proposta tem sido investir em capacitações para buscar a conformidade das práticas aos protocolos brasileiros, além de criar retaguardas com os responsáveis técnicos médicos das unidades.

Também tem sido comum a solicitação de exames complementares acima da média pelos médicos cooperados. Esta demanda pode ser analisada sob diferentes aspectos, tais como um cuidado mais zeloso ou uma busca de maior resolutividade neste nível de atenção. Ao mesmo tempo em que se considera que isto pode, em alguns casos contribuir de forma positiva para a qualidade da assistência há por outro lado a necessidade um manejo mais criterioso para prevenir o excesso de intervenções e a medicalização. No MRJ este aspecto tem sido enfatizado e monitorado no nível das unidades de saúde, através do responsável técnico (RT), a gerência. A necessidade de adequar a prática dos médicos cooperados às normas e protocolos locais e nacionais tem sido uma preocupação constante da supervisão técnica exercida pela UFRJ. Há de salientar que



os médicos cooperados trazem outras experiências e de modo geral tendem a ultrapassar as atribuições e tarefas que são esperadas, no Brasil, para o primeiro nível de assistência. Assim tem sido importante a atuação da supervisão na adequação aos protocolos da APS, no contexto da prática preconizada pela carteira de serviços do MRJ.

Os médicos do PMMB também têm tido a oportunidade de ampliar o seu escopo de compreensão e de práticas no âmbito da APS, em especial porque foram desafiados a lidar com problemas que não eram comuns no país de origem ou em outras missões. São exemplos: dependência de benzodiazepínicos, abuso de álcool e drogas, gestação na adolescência, doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase e sífilis.

Os profissionais do PMMB tiveram também necessidades de adequação às rotinas e protocolos adotados no município. Uma demanda importante que causou, num primeiro momento, estranhamentos na relação com os trabalhadores foi a necessidade de preenchimento das informações nos computadores: sistemas de informação próprios, prontuário eletrônico, produção no e-SUS Mais Médicos. Os profissionais cubanos, não estavam adaptados a esta realidade. Mas com a colaboração dos supervisores, gerentes e equipes locais este desafio pôde ser superado.

*A questão do prontuário eletrônico, das variáveis e dos indicadores. É um pouco diferente da vivência deles. Mas dentro da nossa unidade, todos eles já se acostumaram e se programam dentro dessas práticas e conseguiram realmente implementar. Vou dar o exemplo da variável 3, que é um indicador de desempenho, na qual a equipe quando ganha essa variável conseguem uma bonificação financeira (Gerente da CF).*

Na prática, até mesmo os supervisores mencionam o aprendizado com os profissionais do PMMB.

*Eu aprendo muito com eles, nem tanto de clínica, isso eu até discuto com eles. Mas são pessoas que têm 20 anos de graduação, já trabalharam em tudo que é lugar. Então, quem sou eu, reles mortal, com 13 anos de formado. Mas discuti muito as nuances e as dificuldades de adaptação aqui no Brasil. Acho que talvez isso tenha sido o principal, depois alguma coisa de fluxo da rede, a parte documental e a parte mais burocrática, de atestados, por exemplo (Supervisor do PMMB).*

Um efeito inesperado tem sido também a atuação para cooperação na gestão da APS. Este efeito é variável nos territórios. Muito diferente da capital, que possui uma forte cultura organizativa, nos municípios do interior, observa-se que a ges-

tão tem maiores fragilidades de estrutura. Assim, o PMMB provoca formulações mais bem definidas sobre diagnóstico e análise dos problemas de saúde.

*“Eles são convidados para reuniões com a gestão, ajudam na composição e fluxos na rede de saúde. A ênfase que o Programa trouxe para a atenção básica colocou essa pauta da relação com a atenção especializada na agenda” (Gestor federal).*

Um dos entrevistados destacou, no entanto, os limites da realização de intercâmbio com outros médicos na Unidade, além da supervisão.

*É difícil falar em intercâmbio com outros médicos. As trocas ficaram mais restritas aos enfermeiros e agentes. Até porque em alguns lugares de lotação continuamos sem nenhum médico brasileiro. Em algumas unidades temos apenas intercambistas e cooperados, em outras só conseguimos lotar cubanos em função da violência (Gestor municipal).*

## 4. Conclusão

Entre as consequências mais marcantes do processo vivido no Município do Rio de Janeiro permite concluir que a lotação de médicos com a perspectiva de permanência a médio e longo prazos, no mesmo território, qualifica e efetiva o princípio da longitudinalidade do cuidado e do vínculo com a população. Assim, além do acesso, têm sido comuns os relatos de que este atendimento tem maior qualidade, legitimando os serviços públicos de saúde.

*Quando visitei unidades escolhidas para receber os médicos do Mais Médicos, elas viviam vazias, com as equipes desmotivadas por terem pouco a oferecer. Com a chegada dos médicos do PMMB, a comunidade ficou sabendo que eles não se atrasavam, cumpriam o seu horário de trabalho, davam atenção a todos e prestavam consultas examinando e conversando com as pessoas. Essa novidade logo se espalhou. Em poucas semanas a unidade ficou lotada com as pessoas esperando o tempo que fosse necessário para ter uma chance para serem atendidas (tutor do PMMB).*

Um dos resultados do PMMB tem sido o aumento da produção de procedimentos, consultas e atendimentos domiciliares (Gráfico 2 e Gráfico 3). É importante frisar que este aumento se dá também pela forte expansão da APS como um todo no município. A oferta de médicos do PMMB contribuiu, sobretudo, para que a totalidade das equipes estivesse completa. Isto significa uma fração considerável da oferta de serviços em regiões de alta vulnerabilidade social.

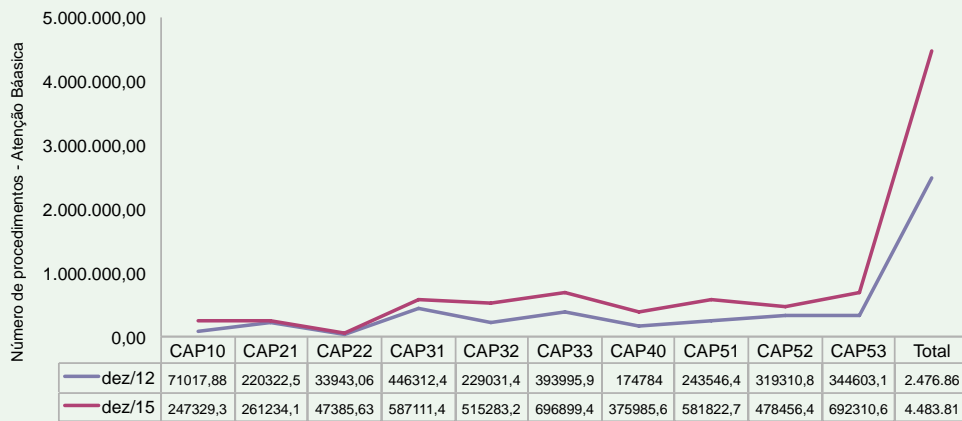
*Só a título de exemplo, de uma hora para a outra, das 145 unidades da minha AP, 37 unidades que tinham pouco ou nenhum atendimento médico passaram a ter médicos do programa (Gestor municipal)*

*Há dois anos atrás realizávamos 100 mil procedimentos por ano. Esse ano estamos fechando o ano com quase 200 mil realizados, isso levando em conta todos os profissionais [...]. Em 2014, tivemos 16 mil consultas médicas. Em 2015, até novembro, 21.256 consultas médicas (Gerente – Clínica da Família).*

Ao considerar-se que a APS pressupõe o exercício “de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe [...] considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”, constatamos a necessidade de constituição de novas tecnologias para o exercício profissional de todos os seus trabalhadores (BRASIL, 2012, p.19).

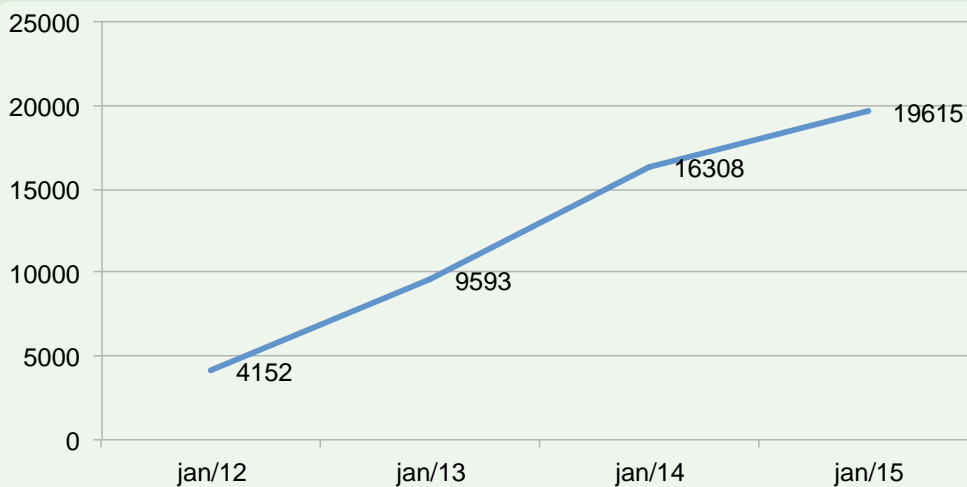
Um dos efeitos positivos da atuação dos médicos do PMMB também tem sido a ampliação e consolidação das ações programáticas na ESF, como, por exemplo,

**Gráfico 2. Produção ambulatorial de procedimentos realizados na Atenção Básica por CAP**



Fonte: SMS Rio de Janeiro, 2015.

**Gráfico 3. Produção ambulatorial de consultas de puericultura na ESF no MRJ**



Fonte: SMS Rio de Janeiro, 2015.

a puericultura que passa a ser parte da rotina de atendimento dos médicos. Esse efeito é particularmente relevante. Revela as contribuições do PMMB para a mudança do modelo assistencial. Ou seja, o efeito qualitativo da ação dos médicos para a constituição de uma lógica assistencial pautada pela prevenção e promoção da saúde em grupos prioritários para a assistência no âmbito da APS.

Ter a APS como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, implica no acolhimento, vinculação e responsabilidade da atenção às necessidades de

saúde. Essa relação com o território, pressupõe que os profissionais de saúde devam receber, ouvir e coordenar o cuidado de todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações ou exclusão de qualquer ordem (BRASIL, 2012). A atuação em áreas marcadas por desigualdades sociais e violência estrutural só amplia estes desafios.

O exemplo dado pelos médicos do PMMB permitiu uma maior legitimidade das equipes atuando em condições desfavoráveis e servem de forte estímulo para sensibilizar o profissional médico para aceitar esse desafio. Um dos espaços prioritários para a prática do intercâmbio foi a reunião de equipe, espaço pouco valorizado pelos médicos sem formação em APS e com ênfase na atenção ambulatorial.

*Aí de repente o médico cubano horizontaliza a relação, então é muito fácil para ele lidar, inclusive no espaço de reunião. Eu vejo que vários médicos de família, onde estão os alunos da UFRJ, não participam das reuniões de equipes, ou participam meia hora e vão atender (Supervisor do PMMB).*

A convivência nos espaços de reunião tem contribuído inclusive para potencializar as trocas entre médicos brasileiros e cubanos.

*Então hoje, sim todos mais médicos e não mais médicos se relacionam bem, as equipes se relacionam entre si muito bem, temos reuniões gerais todo mês em que participa. Temos vários espaços em que todos participam, não vejo nenhum problema. A médica RT também me ajudou muito nesse processo, eles têm um grupo de médicos no “whatsapp”, então qualquer problema eles discutem entre eles (Gerente Clínica da Família).*

Em algumas situações o intercâmbio tem produzido relações de cobrança, e não, necessariamente de parceria. Nem sempre tudo são flores. Existiram também dificuldades, afinal, o PMMB foi e continua sendo, produto de disputas na sociedade brasileira.

*Atitudes de preconceito dos médicos brasileiros, infelizmente, até hoje criam barreiras a uma troca mais profícua, evidenciadas em uma falta de apoio quando é preciso e em críticas selecionadas a estes profissionais, quando não o fazem a colegas brasileiros, pelas mesmas razões (Gestor municipal).*

*Mandam para o meu e-mail: ‘Olha aqui o que o seu cubano encaminhou para o SISREG, fala com ele sobre isso’, tipo criando conflitos, um conflito político, um conflito ideológico, tentando sempre diminuir o outro. Talvez esteja faltando essa interação na clínica (Supervisor do PMMB).*

Na compreensão do entrevistado, um dos limites para isso está em algumas normas do PMMB que beneficiam seus participantes.

*Tem a questão do médico cubano trabalhar 32h, enquanto o médico brasileiro trabalha 40h. Isso é uma das principais coisas. Eles falam: 'Então vou ser Mais Médicos, vou sair da preceptoría e vou me tornar Mais Médicos, porque aí vou ter mais 8 horas para estudar'. Porque o médico cubano, mesmo depois que acaba o curso da UNASUS, ele fica com a carga de 8 horas para educação permanente. O médico brasileiro fala: 'Primeiro que o médico cubano gasta mais tempo em cada consulta, produz metade que eu, e ainda tem 8 horas para estudo. Então eu não estou vendo aplicabilidade desse estudo aqui na clínica, por que se ele estuda, ele tem esse tempo para estudar, era para ele estar sendo mais efetivo, estar conseguindo usar um menor tempo de consulta, estar fazendo mais VD'. Então tem uma relação muito mais de cobrança do que de parceria (Supervisor do PMMB).*

*O médico cubano, antes de se colocar como médico, põe-se como humano. Ou seja, tem uma empatia pelo sofrimento alheio e uma proposta de elaborar um plano conjunto com o paciente para o seu próprio cuidado, investindo na autonomia do mesmo. Essa perspectiva é a origem dos conflitos que ocorrem com a entrada no Brasil, onde ainda não há o predomínio de uma formação semelhante (Gestor federal).*

Esses conflitos se revelaram desde o início da atuação dos médicos no Brasil. E, muitas vezes, limitou a atuação dos médicos do PMMB, que tinham receios com a categoria e os órgãos de classe médicos brasileiros.

*Aí, os médicos começaram a entrar na atenção básica temerosos. Por exemplo, a implantação de DIU, lavagem de ouvido, extração de corpo estranho ocular, atendimento de diabetes descompensada em unidade básica, em uma situação de cetoacidose diabética, uma convulsão aguda ou um acidente brusco, aí médico brasileiro era chamado, aí não sabia se podia atender ou não emergência. Bom, o cubano sabia, mas lidava com o conflito porque os outros não sabiam, ou não queriam fazer isso na Unidade (Gestor federal).*

Existiu, inicialmente, receio por parte dos médicos brasileiros, de que os médicos cubanos quisessem ficar no Brasil, em período posterior ao da missão. O que não faz sentido na prática dos cubanos, pois como afirma uma das médicas participantes:

*Se houver outro médico do Brasil para fazer isso, não há nenhum problema. Médico do Brasil é igual ao médico de Cuba para fazer esse trabalho. Inclusive é melhor porque é sua área, seu mundo, sua população. Mas, se não*



*têm médicos, fica um pouco difícil. Eu acho que assim, deveria continuar, não necessariamente com médicos cubanos. Tem que incentivar os médicos brasileiros para trabalhar. Vocês trabalham bem, não é tão difícil trabalhar nessa área (Médico participante).*

Um dos efeitos que se verifica com o funcionamento do PMMB em todo o país é a satisfação dos usuários com os serviços de APS. No Rio de Janeiro a situação é a mesma. É um espelho do cuidado mais humanizado e integral. Os pacientes percebem que os médicos cubanos tendem a ouvir suas queixas procurando relacioná-las aos modos como levam a vida. Porém, a pressão da produtividade – uma vez que os médicos cubanos geram cerca de 40 consultas/dia – prejudica o tempo que pode ser dispendido para conhecer a pessoa de maneira mais global, causando certa angústia.

Assim, nessa dimensão do intercâmbio, ressalta-se a qualificação da assistência prestada ao usuário e a ampliação de suas expectativas com o atendimento médico.

*Os usuários, uma vez tendo experimentado um modo de cuidado integral e centrado na pessoa, dificilmente aceitarão outra forma de atenção médica. Esse é um dos maiores legados que o programa pode oferecer (Gestor federal).*

*Agora, tem pouco tempo, têm dois cubanos aqui muito bons. Eles são ótimos e a forma de atendimento é muito boa. O que eu estou reclamando é dos antigos. Que você entra na sala deles e eles passam remédio sem te examinar, aí fica complicado. Mas o médico de agora é bom, ele é bom mesmo, o atendimento, a atenção que ele dá, entendeu? Ele olha direitinho. Esse médico é muito bom (Usuária).*

Recentemente uma médica do PMMB ganhou um prêmio e uma homenagem da comunidade da Ilha de Paquetá, numa eleição que nomeou os destaques da comunidade em 2015. Nota-se que, com o tempo, o médico passa a ter uma identificação com a comunidade. Isto é fruto de uma atitude que valoriza a convivência com a população (foto).

Há também a possibilidade de disseminar boas práticas como, por exemplo, na Universidade, a partir da interação entre os médicos do Programa, preceptores, professores, residentes e estudantes de graduação.

*Decorridos mais de dois anos da implantação do Programa, é possível afirmar que este resultado vem sendo alcançado. Seja do ponto de vista do intercâmbio com os profissionais das equipes de Saúde da Família, seja com os estudantes de graduação. A experiência com os cubanos contribui para*



*“a construção da vocação de ser médico. Muitas vezes isso é trabalhado como opção individual, a partir dos valores de solidariedade cultivados pela família, igreja, movimentos sociais, seja lá de onde for. Mas os cubanos nos demonstram a necessidade de construir esta vocação em massa, estamos falando da construção de valores coletivos” (Gestor municipal).*

## 5. Considerações finais

O PMMB vem se revelando como uma estratégia acertada em sua ação estruturante do SUS e da APS. Ou seja, os aprendizados têm contribuído para o fortalecimento institucional. O sucesso do Programa concilia intervenções concretas (provimento de médicos) com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento e o diálogo entre as diferentes esferas da saúde e da educação, consonante com os princípios da Educação Permanente.

Algumas das razões para a escassez de médicos no Brasil residem na Lei da Oferta e da Procura que pauta o Mercado. Neste sentido, é fundamental reconhecer o papel protagonista que o MS e o MEC têm assumido, a partir do PMMB, exerce para a regulação da formação e da força de trabalho médica no Brasil.

Evidente que ainda há dúvidas sobre o futuro, sobre como se dará a transição entre o provimento emergencial e as ações de ampliação da formação de médicos. Os conhecimentos produzidos, porém, têm estimulado o protagonismo da gestão local e a constituição de uma agenda para a continuidade do desenvolvimento da atenção médica com um alto grau de competência e resolutividade. Há muitas razões para que isso esteja acontecendo neste momento, mas certamente a horizontalidade que têm pautado, até então, este intercâmbio de experiências tem sido fundamental para a consolidação de novas tecnologias para o trabalho na APS.

Além dos aspectos de qualificação da gestão e do trabalho, compreende-se que o maior legado alcançado tem sido o das repercussões junto aos usuários, que passaram a vivenciar uma atenção de qualidade.

Não há como negar dois benefícios incontestáveis desta experiência exitosa no contexto do município do Rio de Janeiro. A primeira é a constatação que caso haja médicos com a capacitação adequada para trabalhar na APS, a histórica ausência de médicos nas regiões mais necessitadas das grandes cidades será revertida, mesmo em contextos adversos de pobreza e violência. Para isto o aparelho formador deve avaliar criticamente como vem se dando o ensino médico em nossas faculdades. O segundo benefício refere-se à iniciativa de prover um maior intercâmbio entre médicos da APS que trabalham em outras partes do mundo. Ainda que a ESF seja uma construção exitosa e merecedora de elogios em várias partes do mundo, constata-se que os médicos que atuam em outras realidades em diversas partes do mundo têm muito a contribuir com o aprimoramento do SUS. Esta publicação pretendeu ser um estímulo a este diálogo e ao aprendizado mútuo, para que muitas outras iniciativas possam surgir neste sentido.



## Referências

1. ALMEIDA, Celia. Et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. In: RECIIS – Rev. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.
2. AUSTRIAN DEVELOPMENT AGENCY. Departamento de avaliação . Guia para avaliações de projectos e programas. Viena, Austria, 2009. Disponível em: [http://www.entwicklung.at/uploads/media/Leitfaden\\_Evaluierung\\_Portugiesisch\\_Web.PDF](http://www.entwicklung.at/uploads/media/Leitfaden_Evaluierung_Portugiesisch_Web.PDF). Acesso em: 13 de novembro de 2015.
3. BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Imprensa Nacional, 1995.
4. BRASIL, 2011. MS. Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família. Brasília, DF, 2011.
5. BRASIL, 2013a. Portaria Interministerial Nº 1369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília – DF, 2013a.
6. BRASIL, 2013b. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013b.
7. BRASIL, 2014. TCU. Auditoria operacional. Fiscalização de orientação centralizada – foc. Programa mais médicos para o Brasil. Avaliação da eficácia do programa. Falhas detectadas. Determinações. Recomendações. Autorização para realização de monitoramento. Disponível em: [http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias\\_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf](http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/005.391-2014-8%20Mais%20M%C3%A9dicos.pdf). Consulta em setembro de 2015.
8. BRASIL, 2015a. Programa Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/mp-que-instituiu-programa-mais-medicos-completadois-anos> . Brasília-DF, 2015.
9. BRASIL, 2015b. Programa Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/maissobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>. Brasília -DF, 2015.
10. BRASIL, 2015c. Hotsite do Programa Mais Médicos. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acesso em 14 de novembro de 2015.
11. BRASIL, 2015d. MS/DAB. Histórico de Cobertura da Estratégia da Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/) . Acesso em nov de 2015.
12. BRASIL, 2015e. Portaria Nº 585, DE 15 DE JUNHO DE 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO GABINETE DO MINISTRO.
13. BRASIL, 2016. Webportfólio UNASUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Disponível em: <http://www.unasus.gov.br>. Acesso em 01 de fevereiro de 2016.
14. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Centros municipais de saúde do Rio de Janeiro: reconstrução de uma trajetória de organização sanitária: 1927- 1997. Tese [Doutorado] Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.
15. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Revista APS, v.8, n.2, p. 181-190, jul./dez. 2005.
16. CAMPOS, C. E. A *et al.* Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ). V.20, p.188 - 194, 2012.
17. CAMPOS, C. E. A *et al.* Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. RevCSC, RJ, aprovado para a publicação. RJ. 2015.
18. CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. In: Trab. Educ. Saúde, Vol.13 nº1. Rio de Janeiro, Janeiro de 2015.
19. CARVALHO, Monique Batista. A política de pacificação de favelas e as contradições para a produção de uma cidade segura. In: O Social em Questão - Ano XVI - nº 29 – p.285-308, 2013.



20. CAZELLI, Carla Moura. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. / Carla Moura Cazelli. Rio de Janeiro : s.n., 2003.151p., tab
21. CICV. Guia para profissionais de saúde: para construir um acesso mais seguro. Rio de Janeiro: CICV, 2013.
22. CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
23. CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Data-SUS. Informações de Saúde (Tabnet). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em 10 de novembro de 2015.
24. CREMESP, 2013. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Demografia Médica no Brasil, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: 2013.
25. DALMOLIN, Indiara Sartor, *et al.* Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a21v66n3.pdf>. Acesso em 27 de janeiro de 2016.
26. FERREIRA, Álvaro. Favelas no rio de janeiro: nascimento, expansão, remoção e, agora, exclusão através de muros. Revista bibliográfica de geografia y ciencias sociales (Serie documental de Geo Crítica) Universidad de Barcelona. vol. XIV, nº 828, 25 de junio de 2009
27. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H. Atenção Primária à Saúde. In Giovanella, Lúcia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lúcia Giovanella, Sarah Escorei, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato *et al.* -Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p. il., tab., graf. ISBN: 978-85-7541-417-0
28. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: Aglomerados Subnormais: Primeiros Resultados. Rio de Janeiro – RJ, 2010. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/92/cd\\_2010\\_aglomerados\\_subnormais.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/92/cd_2010_aglomerados_subnormais.pdf). Acesso em 18 de novembro de 2015.
29. KECK, C W, Reed, G. A. The Curious Case o Cuba. Framing Health Matters. American Journal of Public Health. Vol 102, no.8,(13-22) Aug 2012.
30. DOMINGUEZ-Alonso. E.; Zacca, E. Sistema de Salud de Cuba. Salud Pública de México, vol. 53, sup 2, (168-176), 2011.
31. GORRY, C. Latin American Medical School Class of 2015: exclusive with Cuban-trained US Graduates. MEDICC Review, vol 17, no. 3 ( 7-11). jul 2015
32. MARICATO, Ermínia. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. In: São Paulo perspect;14(4):21-33, out.-dez. 2000.
33. MARTINS, Maria I. C.; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.667-1.676, jun. 2013.
34. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec, 2010.
35. MISSE, Michel. Sobre a acumulação social da violência no Rio de Janeiro. Civitas, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 371-385, set.-dez. 2008
36. OCDE. Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works? Health Policy Studies, 2013.
37. OMS-OPAS Saúde nas Américas, Edição de 2012. Cuba. Washington, 2012, pág 237-255
38. OMS, 2013. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Inovação na Gestão. Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos Primeiros Três Anos de Clínicas da Família - Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. HARZHEIM, Erno (org.) . Porto Alegre-RS, 2013
39. OMS, 2013. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013, Genebra: WHO Library, 2013, p. 120-127.
40. OPAS. Reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.
41. OPAS. Relatório técnico final contendo análise da cooperação internacional em saúde desenvolvida por instituições nacionais, no que se refere a formação de Recursos Humanos em Saúde nas agendas de Saúde da UNASUL e CPLP em consonância com o Programa Mais Saúde (2008-2012) e o Plano



- Nacional de Saúde (2012-2015). Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/avaliacao\\_tc41\\_final.pdf](http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/avaliacao_tc41_final.pdf). Acesso em 27 de janeiro de 2016.
42. OSA, J. A. Um Olhar para a Saúde Pública Cubana. *Estudos Avançados IEA, USP*. 25 (72), 2011. (p.89-96)
  43. PORTUGAL. Portaria n.º 95 de 4 de março de 2013. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/>
  44. PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde. [sítio eletrônico].2015 [acessado 2015 Jan 13]; Disponível em: <http://www.acss.minsaude.pt/>
  45. RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; LAGO, Luciana Corrêa. A oposição favela-bairro no espaço social do Rio de Janeiro. *São Paulo em Perspectiva*, v. 15, n. 1, p. 144-154, 2001.
  46. RIO DE JANEIRO. SMS e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e promoção da Saúde. As cinquenta primeiras clínicas da família da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SMSDC, 2012.
  47. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - PMS 2014 – 2017. Rio de Janeiro, 2013.
  48. RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. SISREG – Protocolo para o Regulador Data atualização: 13/03/2015 Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Versão 1.4. 54 pág. 2015
  49. SALTMAN, RB; RICO, A; BOERMA W. Primary care in the driver's seat?, *European Observatory on Health Systems and Policies series*. Open University Press, 2006.
  50. SOUTO, Veronica de Oliveira. Experiências vividas pela comissão do acesso mais seguro de uma unidade básica de saúde na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. In: *IV Mostra Nacional da Atenção Básica*, Brasília-DF, 2014. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1057>. Acesso em: 15 de novembro de 2015.
  51. SZWARCOWALD, Célia Landmann *et al.* Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*, v. 15, n. 1, p. 15-28, 1999.
  52. ZALUAR, Alba. Juventude violenta: processos, retrocessos e novos percursos. In: *Dados vol.55 n.º2*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582012000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582012000200003). Acesso em: 15 de novembro de 2015.



## Apêndice

### Roteiro para entrevistas do Médico Participante

#### Questões:

- a. Qual o seu nome? Trabalha em qual Unidade? Há quanto tempo está atuando nessa Unidade?
- b. Fale sobre sua experiência e sua formação médica.
- c. Você tem como especialidade a medicina de família e comunidade? Por que optou pela medicina de família e comunidade? Possui alguma outra especialidade?
- d. Fale sobre sua experiência profissional: Em quais países atuou? Em que situações?
- e. Você tem experiência com situações-limite (desastres ambientais, epidemias, guerra, etc)? Onde atua e quais as suas experiências?
- f. E atualmente no Rio de Janeiro, quais são as situações-limite que tem enfrentado? E a questão da violência?
- g. Quais são os aprendizados para a sua vida profissional a partir de sua atuação no Programa Mais Médicos?

### Roteiro para entrevistas para usuários das unidades

#### Questões:

- a. Como era a atuação médica antes da chegada do médico (xxx, citar o nome do médico do Programa Mais Médicos)?
- b. O que mudou a partir da chegada do médico (xxx, citar o nome do médico do Programa Mais Médicos)?
- c. Como você avalia a atuação do médico (xxx, citar o nome do médico do Programa Mais Médicos)?
- d. Você está satisfeito com o atendimento do médico (xxx, citar o nome do médico do Programa Mais Médicos)? Por que?
- e. Algo poderia melhorar em relação ao atendimento médico?



## **Roteiro para a entrevista dos coordenadores de AP e da gestão central**

### **Questões:**

- a. Que abordagens, atitudes, conhecimentos e práticas os médicos estrangeiros trouxeram como diferenciais para a prática da APS?
- b. Houve intercâmbio entre essas abordagens, conhecimentos e práticas dos médicos do PMM e os demais profissionais das equipes? Como aconteceu? Poderia citar exemplos?
- c. Você percebe contribuições do PMM para a ampliação da resolutividade da APS no Rio de Janeiro? De que maneira?
- d. Como era a situação do provimento e da fixação de profissionais médicos nessas unidades antes do PMM?
- e. Quais eram as dificuldades para a fixação e o provimento desses profissionais? A que você as atribui?
- f. E atualmente, como avalia a questão do provimento e da fixação dos médicos a partir do PMM?
- g. Quais os desafios para o trabalho médico em áreas de vulnerabilidade e violência urbana?
- h. Quais as estratégias adotadas pelo seu nível de gestão para enfrentar esse problema?

## **Roteiro para a entrevista de supervisores e gerentes de clínica e RT**

### **Questões:**

- a. Que abordagens, atitudes, conhecimentos e práticas os médicos estrangeiros trouxeram como diferenciais para a prática da APS?
- b. Houve intercâmbio entre essas abordagens, atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos do PMM e os demais profissionais das equipes? Como aconteceu? Poderia citar exemplos?

- c. Você percebe contribuições do PMM para a ampliação da resolutividade da APS no Rio de Janeiro? De que maneira?
- d. Quais os desafios para o trabalho médico em áreas de vulnerabilidade e violência urbana?
- e. Há especificidades nas formas como os médicos do PMM lidam com esse problema?

### **Roteiro para entrevistas para Equipes de Saúde:**

#### **Questões:**

- a. Como era a atuação médica antes da chegada dos médicos do PMM?
- b. O que mudou a partir da chegada do médico do PMM?
- c. Que conhecimentos e práticas os médicos estrangeiros trouxeram como diferenciais para a prática da APS?
- d. Houve intercâmbio entre esses conhecimentos e práticas dos médicos do PMM e os demais profissionais das equipes? Como aconteceu? Poderia citar exemplos?
- e. Você percebe contribuições do PMM para a ampliação da resolutividade da APS no Rio de Janeiro? De que maneira?
- f. Quais os desafios para o trabalho em saúde em áreas de vulnerabilidade e violência urbana?
- g. Há especificidades nas formas como os médicos do PMM lidam com esse problema?

## Anexo – TCLE



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Estudo da implantação do Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro: Mais Acesso, Equidade e Resolutividade da APS**”, desenvolvida por Carlos Eduardo Aguilera Campos, docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O objetivo central do estudo é descrever a trajetória da implementação do Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva dos médicos participantes, demais trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, usuários, equipes de gestão local e municipal.

O convite à sua participação se deve ao fato de suas características atenderem aos critérios de inclusão no estudo. Se aceitar participar, sua participação consiste em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. Se aceitar participar dessa pesquisa, você fará parte de uma entrevista que deverá ter a duração de, aproximadamente, 40 minutos.

Sua participação é voluntária, isso é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Não identificamos riscos diretos por sua participação no estudo, porém, caso você considere que alguma pergunta é perturbadora ou invasiva, saiba que você pode se recusar a respondê-las.

Não há benefícios diretos e pessoais para sua participação no estudo. Os principais benefícios desse trabalho são para o progresso da ciência.

A entrevista será gravada em áudio digitalmente. Os arquivos de áudio serão armazenados com um número de identificação e seu nome completo não será utilizado. Todos os arquivos de áudio serão armazenados em um computador protegido por senha e somente o pesquisador terá acesso à entrevista integral.

A entrevista será transcrita para que os dados possam ser utilizados em artigos, apresentações em congressos e conferências, porém seu nome não será citado em nenhum momento a fim de mantermos a confidencialidade. Se você não quiser ser gravado em áudio, não poderá participar desse estudo. O sigilo e a privacidade necessários para sua participação nesse estudo estão de acordo com a Resolução 496/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação



e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados nesse Termo.

Se tiver qualquer pergunta sobre esse estudo, você pode entrar em contato com:

*Carlos Eduardo Aguilera Campos / e-mail: cadu@medicina.ufrj.br.*

Esse termo é redigido em duas vias, sendo uma para você (participante) e outra para o pesquisador. Assim todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

O Comitê de Ética em Pesquisa da SMS Rio de Janeiro aprovou o recrutamento para essa pesquisa. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Se você tem alguma pergunta sobre seus direitos com participantes de um estudo, você pode entrar em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro – CEP - 20031-040. Site: [www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa). E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br). Telefone: 2215-1485.

Local/Data: \_\_\_\_\_

**PARTICIPANTE:** Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar, caracterizando, assim, que a pesquisa lhe foi esclarecida e, portanto, dando o seu consentimento de forma livre.

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

**PESQUISADOR:** Discuti a pesquisa proposta com esse participante e, na minha opinião, ele compreendeu os benefícios, riscos e alternativas (incluindo a de não-participação) e deu seu livre consentimento em participar desse estudo.

Assinatura do Pesquisador:

\_\_\_\_\_





ISBN: 978-85-7967-116-6



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

