UNISANTOS
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA APARECIDA PEDROSA DOS SANTOS

A INFLUÊNCIA DO PROVAB E DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICA DE FORMAÇÃO MÉDICA EM UM CONTEXTO PAULISTA

SANTOS
2017

MARIA APARECIDA PEDROSA DOS SANTOS

A INFLUÊNCIA DO PROVAB E DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICA DE FORMAÇÃO MÉDICA EM UM CONTEXTO PAULISTA

Tese apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Católica de Santos – UNISANTOS para obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello.

SANTOS

2017

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

Santos, Maria Aparecida Pedrosa dos.
S237i A influência do PROVAB e do Programa Mais Médicos na definição de política de formação médica em um contexto Paulista. - /Maria Aparecida Pedrosa dos Santos; orientador Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello – 2017.
109 f.; 30 cm

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Tese. 2. Programa mais médicos. 3. Atenção primária de saúde. 4. Formação médica. I. Mello, Guilherme Arantes. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 – 614(043.2)

MARIA APARECIDA PEDROSA DOS SANTOS

A INFLUÊNCIA DO PROVAB E DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICA DE FORMAÇÃO MÉDICA EM UM CONTEXTO PAULISTA

Tese apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Católica de Santos – UNISANTOS para obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello.

Aprovada em 22 de junho de 2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Paula Rocha Veiga
UNILUS – Centro Universitário Lusíada

Prof. Dr. Ronaldo Monteiro Costa
UFPa – Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue
UNISANTOS – Universidade Católica de Santos

Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins
UNISANTOS – Universidade Católica de Santos

Aos meus pais Dona Elza (in memoriam) e Sr Antonio (in memoriam), que me deram a vida, sempre foram fortes e nos ensinaram a força da vida, valorizando acima de tudo a responsabilidade e o respeito, com simplicidade e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Aos sujeitos participantes da pesquisa que disponibilizaram tempo para as entrevistas, com espontaneidade e envolvimento, e me forneceram referências importantes para construção da tese.

Ao meu orientador Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello que me incentivou e orientou ao longo da pesquisa.

Aos meus Professores do Doutorado, que me acompanharam durante esse período, transmitindo conhecimentos da Saúde Coletiva.

À CAPES pelo apoio disponibilizado, permitindo a construção da pesquisa.

À UNISANTOS que me disponibilizou trilhar o caminho ao doutorado.

À UNILUS pelo incentivo e respaldo ao longo dos anos.

À banca examinadora pela disposição em participar da concretização da tese.

Ao amigo Dr. Roberto Ferreira de Abreu que diretamente me encorajou e apoiou ao longo dos anos, sempre subsidiando o conhecimento.

À minha família que me apoiou e sempre esteve ao meu lado. Em especial à minha irmã Neuza Gonçalves Pedroza, também médica, que me apresentou uma medicina ética, técnica, mas acima de tudo humanista, e sempre utilizada como exemplo a ser seguido.

Aos que sempre estiveram próximos facilitando essa caminhada.

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”.
“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes”.
(Paulo Freire).

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, cujo fenômeno é a participação de dois (02) programas, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM) como Políticas Públicas de Saúde (PPS) voltadas à formação médica para a Assistência Primária da Saúde (APS), a partir de um contexto paulista. Tem como objetivo analisar a experiência e entendimentos de médicos, profissionais de gestão, e participantes de Residência Médica (RM) sobre o PROVAB e PMM, e identificar a efetividade desses programas como ferramentas de políticas de formação médica. O PROVAB foi implantado em 2012 e o PMM em 2013, sendo os mais recentes dispositivos destinados ao provimento e formação médica para a APS no Brasil, considerada a porta de entrada para o SUS. A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas gravadas e posteriormente transcritas, aplicadas a 32 informantes chaves (médicos, profissionais da gestão, e integrantes de RM) envolvidos com o PROVAB e PMMB, APS e Educação Médica. Para dar sustentação teórica, as bases de dados obtidas em consulta na BVS através do LILACS, SCIELO e MEDLINE, além de livros, informações jornalísticas e teses dentre outras, foram utilizadas como recurso de pesquisa bibliográfica. Vale observar que, apesar do PMM ter sido implantado em 2013, o PROVAB não havia sido extinto, e ambos os Programas coexistiram paralelamente até o princípio do ano de 2015, quando o Ministério da Saúde, integrou o PROVAB ao PMM, de modo que a forma de entrada a partir dai tornou-se única, mas o médico com registro profissional no Brasil pode optar se quer ou não obter a pontuação adicional de 10% da prova de RM, caso permaneça por um período de um ano atuando na ESF nas regiões prioritárias definidas pelo PMM. Para a análise dos dados foram utilizadas as técnicas de Análise do Conteúdo de Bardin e Teoria Fundamentada nos Dados, demonstrando com as mensagens dos sujeitos que a implementação desses programas viabiliza a melhoria da APS, e atualmente é a PPS que entende e favorece a formação médica direcionada para atuar nesse nível primário de saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, PROVAB, Atenção Primária de Saúde, Formação Médica, Interiorização do médico no Brasil, Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

This is a case study with a qualitative approach, whose phenomenon is the participation of two (02) programs, the Program of Valorization of the Professional of Basic Attention (PROVAB) and the More Doctors Program (MDP) as Public Health Policies (PHP) focused on medical training for the Primary Health Care (PHC), starting from a “paulista” context. It aims to analyze the experience and understandings of physicians, management professionals, and Resident Medical (RM) participants about PROVAB and MDP, and to identify the effectiveness of these programs as policy tools for medical training. PROVAB was implemented in 2012 and the MDP in 2013, being the most recent devices for the provision and medical training for the PHC in Brazil, considered the gateway to SUS. Data were collected through semi-structured recorded interviews being later transcribed and applied to 31 key informants (physicians, management professionals, and Medical Residents) involved with PROVAB and MDP, PHC and Medical Education. To provide theoretical support, the databases obtained in consultation with the VHL through LILACS, SCIELO and MEDLINE, as well as books, journalistic informations and theses, among others, were used as a bibliographic research resource. It is worth noting that despite the MDP being implemented in 2013, PROVAB had not been extinguished, and both Programs coexisted in parallel until the beginning of 2015, when the Ministry of Health joined PROVAB to MDP, so that the form of access from here on has become the same. However, the physician with professional registration in Brazil can choose whether or not to obtain the additional 10% points of the RM test if he or she stays for a period of one year working in the family health strategy (FHS) in regions prioritized by the MDP. For the analysis of the data the techniques of Bardin Content Analysis and Data Based Theory were used demonstrating with the messages of the subjects that the implementation of these programs enables the improvement of PHC, and is currently the PHP that understands and favors the medical training directed to work in this primary level of health.

Key words: More Doctors Program, PROVAB, Primary Health Care, Medical Training, Internalization of the doctor in Brazil, Family and Community Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - MOTIVAÇÃO DO MÉDICO EM RELAÇÃO AO PROVAB: 34
FIGURA 2 - LINHA DO TEMPO: PPS QUE RELACIONARAM COM A FORMAÇÃO MÉDICA AO LONGO DAS DÉCADAS 44
FIGURA 3 - MONITORAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO 45
FIGURA 4 - RESUMO DAS TRÊS (03) FASES DA CODIFICAÇÃO 51
FIGURA 5 - FLUXOGRAMA MOSTRANDO A ESCOLHA DOS ARTIGOS CONSULTADOS NA BVS .. 61
FIGURA 6 - ETAPAS DA PESQUISA 62
FIGURA 7 - ETAPAS DE ANÁLISE DOS DADOS 63
FIGURA 8 – CATEGORIAS TEMÁTICAS 84
FIGURA 9 – CATEGORIAS ANALÍTICAS 85
FIGURA 10 – MOTIVAÇÃO PARA OS PROGRAMAS 86
FIGURA 11 – FRAGILIDADES E FORTALEZAS DOS DOIS PROGRAMAS 87
FIGURA 12 – OBSERVAÇÕES FEITAS PELOS ENTREVISTADOS NA 3ª FASE SOBRE O MÉDICO GENERALISTA 88

QUADRO 1 – APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS E SUAS QUALIFICAÇÕES 54
QUADRO 2 - LISTA DE ENUNCIADOS APRESENTADOS PELOS 32 SUJEITOS (1ª PARTE) 57
QUADRO 3 - LISTA DE ENUNCIADOS APRESENTADOS PELOS 32 SUJEITOS (2ªPARTE) 58
QUADRO 4 - APRESENTAÇÃO DOS PERIÓDICOS DE PUBLICAÇÃO DA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB = Atenção Básica

APS = Atenção Primária de Saúde

BVS = Biblioteca Virtual em Saúde

CF = Constituição Federal

CNS = Conferência Nacional em Saúde

COAPES = Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde

DNC = Diretrizes Curriculares Nacionais

eSF = Equipe de saúde da Família

ESF = Estratégia de Saúde da Família

LILACS = Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE = Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MF = Medicina de Família

MFC = Medicina de Família e Comunidade

NASF = Núcleo de Apoio de Saúde da Família

OMS = Organização Mundial da Saúde

PACS = Programa Agentes Comunitários de Saúde

PMM = Programa Mais Médicos

PMMB = Projeto Mais Médicos para o Brasil

PNAB = Política Nacional de Atenção Básica

PNS = Plano Nacional de Saúde

PPS = Políticas Públicas de Saúde

PROVAB = Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF = Programa de Saúde da Família

RM = Residência Médica

RMBX = Região Metropolitana da Baixada Santista

SCIELO = Scientific Eletronic Library Online

SIAB = Sistema de Informações de Atenção Básica

SMSRJ = Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS = Sistema Único de Saúde

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD = Teoria Fundamentada nos Dados

UBS = Unidade Básica de Saúde

UNA-SUS = Universidade Aberta do SUS

UNICEF = Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
1.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA 14
1.2 CENÁRIO DA PESQUISA 15
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) 18
2.1 NÍVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS 21
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS) 23
2.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) 29
3 POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ATUAIS PARA PROVIMENTO E FORMAÇÃO MÉDICA 32
3.1 PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB) 32
3.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) 34
4 FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL 39
5 BAIXADA SANTISTA CONTEXTO PAULISTA 45
6 OBJETIVOS 48
6.1 PRINCIPAL 48
6.2 ESPECÍFICOS 48
7 MÉTODO 49
7.1 TIPO DE ESTUDO 49
7.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA 52
7.3 LOCAL DA PESQUISA 52
7.4 ESCOLHA DOS PARTICIPANTES 53
7.5 COLETA DOS DADOS 55
7.6 PERFIL ÉTICO DA PESQUISA 59
8 PERIÓDICOS DE PUBLICAÇÃO DA BIBLIOGRAFIA 60
9 RESULTADOS 62
9.1 ENTENDIMENTO DOS PROGRAMAS 67

9.2 GRADUAÇÃO E PERÍODO PÓS-FACULDADE 69
9.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROGRAMA E APS 73
9.4 MOTIVAÇÕES PELO PROVAB E PMM 74
9.5 APS 75
9.6 ESTRUTURA INSTITUCIONAL – SUS 76
9.7 INTERIORIZAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL 77
9.8 QUALIFICADORES DOS DOIS PROGRAMAS 78
9.9 ASPECTOS GERAIS 79
9.10 SUPERVISÃO E APRIMORAMENTO 80
9.11 FORMAÇÃO ESPECIALIZADA 80
9.12 POLÍTICAS DE FORMAÇÃO MÉDICA 81
9.13 SÍNTESE E FECHAMENTO 82
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 84
REFERÊNCIAS 92
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 103
ANEXO B - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DOS PROFISIONAIS DA GESTÃO 105
ANEXO C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DOS COORDENADORES DE COREME 106
ANEXO D - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DOS RESIDENTES / EX-PROVABIANOS / PROVABIANOS / MAIS MÉDICOS 107
ANEXO E - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS NA 3ª FASE 108

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISADORA

A aproximação com o objeto da pesquisa teve início no ano de 2012 com a implantação do PROVAB e em seguida do PMM. Naquele momento realizavam-se debates envolvendo a classe médica, o governo, a sociedade e ocorriam mobilizações públicas, exposições jornalísticas, debates universitários, audiências públicas dentre outras. E cada grupo apresentava suas posições favoráveis ou desfavoráveis.

Como médica, docente da graduação e preceptora de RM era solicitada a opinar, bem como a intermediar discussões sobre aqueles acontecimentos vivenciados pela sociedade brasileira. E naquele momento não tinha posição definida, tornando-se muitas vezes mais fácil e tranquilizador ser contra o PROVAB e o PMM.

Com esse cenário o Governo Federal lançou o PROVAB e em seguida o PMM como ferramentas de ação de provimento e formação médica para atingir uma melhor e maior distribuição de médicos em todo o Brasil, com as características necessárias para a atuação na APS.

Quando formalmente apresentada ao tema pelo orientador, a pesquisadora sentiu-se desafiada e estimulada a mergulhar nele através de leituras, de discussões em aulas do doutorado e nas orientações recebidas a fim de melhor desenvolver seu trabalho. No decorrer da investigação ela foi se sentindo estimulada pela escolha do tema PROVAB e PMM como PPS e sua influência na formação médica apesar de todas as polêmicas envolvidas em suas implementações.

Com o desenvolvimento da tese a pesquisadora passou a ter um maior conhecimento sobre a necessidade de que na formação médica haja incrementos para o provimento e fixação do médico na AB, porta de entrada para o SUS. E nesse atual momento não é vista outra ferramenta que incentive tanto a ida desse profissional para as áreas consideradas vulneráveis como a formação médica relacionada diretamente com o perfil apresentado para esse nível de APS.

Ao concluir a tese, vê-se cumprida mais uma etapa da pesquisadora que, de forma ativa, participa e incentiva a formação médica, tanto em nível de graduação

como de pós-graduação, em um cenário centrado no SUS. Entretanto a partir de agora, com todas essas inquietações no que tange à formação do médico voltada para a APS, ela passará a se engajar ainda mais para viabilizar, incentivar e valorizar o desenvolvimento do perfil médico necessário para esse nível de assistência.

1.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Atualmente tem-se ainda no Brasil uma distribuição inadequada de profissionais médicos no território nacional, tornando-se prioritária a intervenção de PPS que possibilitem a formação médica com um delineamento voltado para a AB, com favorecimentos para a interiorização desse profissional, promovendo assim assistência à saúde e proporcionando um melhor atendimento nesse nível de atenção.

A Constituição Federal de 1988 criou o SUS com o foco em que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Portanto deverá haver PPS que viabilizem condições para que o cidadão receba toda a assistência necessária à prevenção, proteção, manutenção e reabilitação de sua saúde com vistas à integralidade, à universalidade e à equidade.

Essas PPS voltadas à estruturação do SUS vêm atingindo cada vez mais um maior nível de engajamento nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), com destaque para a ampliação e qualificação da APS, e utilizando o modelo da ESF como porta de entrada para a saúde no Brasil.

Persiste há décadas que um dos desafios envolvendo a organização do SUS para uma saúde sustentável é a dificuldade de provimento e fixação de profissional médico por todo o interior do território brasileiro, tornando-se difícil a implementação de Políticas Públicas voltadas para a APS. Dessa forma, vê-se que deve ser iminente e prioritária a busca de soluções que priorizem a ida e a permanência do médico nessa faixa territorial tão carente de sua presença.

Para enfrentar o desafio da adequada alocação de médicos e demais profissionais de saúde, de forma a garantir acesso com qualidade de toda a população ao SUS, está em curso e será aprofundado um conjunto de medidas educacionais, regulatórias e de gestão do trabalho em saúde. O Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica estimulará médicos, enfermeiros e

dentistas recém-formados a atuar por um ou dois anos em municípios e localidades remotas, na Atenção Básica, sob supervisão presencial e à distância, a cargo de universidades públicas. Os locais contarão com a implantação de infraestrutura para que os profissionais possam receber o serviço de teleconsultorias e segunda opinião formativa na resolução dos casos clínicos e de questões envolvendo o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica. Está prevista a oferta de curso de especialização em saúde da família por meio do sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e bônus na pontuação para ingresso na Residência Médica e Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2011).

Ao completar cinco (05) anos, o PROVAB e o PMM carecem de avaliações criteriosas que possam subsidiar a permanência deles como modelo de PPS, revelando ainda dificuldades na identificação de valores para a efetiva estruturação da AB e melhorias na formação médica. Dessa forma valem-se de artifícios que possibilitem melhores qualificações em Programas de RM, levando os egressos de Medicina a atuarem nos Programas de ESF, possibilitando assim a APS no Brasil.

Com esse interesse, foi desenvolvida a pesquisa através de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa, com a realização de trinta e duas (32) entrevistas semiestruturadas, aplicadas a informantes participantes e integrantes do cenário de APS desenvolvido no SUS, e de instituições de formação médica. A análise dos dados foi feita pela técnica de Conteúdo de Bardin e da TFD, e os sujeitos da pesquisa foram selecionados por amostra intencional.

O propósito central é analisar a influência desses dois (02) programas como ferramentas de PPS para a formação do médico para a APS, utilizando para tal as mensagens fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, todos envolvidos com o tema.

Também será apresentada uma abordagem bibliográfica em APS e legislação referente ao tema através de exposições de conteúdos como princípios legais, técnicos, históricos, jornalísticos, diretrizes para o ensino médico, dentre outros. Será analisada também a experiência do PROVAB e do PMMB na formação profissional em um contexto paulista, compreendendo a motivação para a adesão a eles e a identificação das fragilidades e fortalezas dos mesmos como estratégia de PPS voltada à formação médica para a APS.

Portanto, com essa pesquisa espera-se possibilitar reflexões e possíveis respostas que serão apresentadas, bem como minimizar as inquietações existentes na comunidade médica e na população em geral, favorecendo o entendimento necessário à implementação de PPS voltadas para a APS e a instrumentalização dos discursos políticos, técnicos, jornalísticos, etc.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O nascedouro do SUS se deu no decorrer da década de 80 face às necessidades de mudanças tanto nas práticas sanitárias como nas políticas de saúde do país, tão discutidas nos movimentos sociais, acadêmicos, igrejas, sindicatos e entre profissionais de saúde. E em 1988 a CF institucionalizou o SUS.

> Artigo 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III. Participação da comunidade
> Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CF/1988).

Ele deve ser visto como uma Política de Estado proposta por grupos sociais que buscavam a democracia e propunham uma Reforma Sanitária Brasileira (RSB) através do conceito ampliado de saúde, onde saúde não é apenas ausência de doença, mas sim um bem estar físico, mental e social. E portanto obrigatoriamente são necessárias condições de vida saudáveis, isto é, acesso adequado a alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades (PAIM, 2014).

Por conseguinte, foi proposto que a saúde seja um direito inalienável de todo e qualquer cidadão brasileiro, e obrigatoriamente disponibilizado e garantido pelo Estado Brasileiro através de políticas de saúde que garantam o acesso universal e equitativo a todos os atendimentos de saúde, de prevenção de doenças, de promoção e recuperação da saúde. E assim foi através da CF a determinação jurídica das garantias à saúde do cidadão brasileiro, determinando que as PPS se preocupem incessantemente em ampliar sistemas que propiciem esse bem social.

> Artigo 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF/ 1988).

Trata-se de uma grande conquista do povo brasileiro, utilizado como exemplo a ser seguido por diferentes países como a maior política pública vinda da sociedade que exigia a necessidade da institucionalização de um sistema único que possibilitasse o atendimento Universal e Integral com Equidade. E a sua abrangência foi incorporada pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

Além da CF de 1988, as Leis 8.080 e 8.142 chamadas de Leis Orgânicas de Saúde, regulamentaram o SUS, com o reconhecimento do direito à saúde, e um senso único para a criação de condições que propusessem mudanças na direção de Políticas de Saúde através da legalização dos princípios e diretrizes do SUS. E consequentemente implementando a reforma no sistema público de saúde que assegurasse a universalização do acesso e a integralidade às ações de saúde.

O Ministério da Saúde em 1990, utilizou os preceitos apresentados na CF e nas Leis Orgânicas e elaborou a primeira cartilha intitulada de “ABC do SUS”, com a apresentação de seus princípios da Universalidade, da Equidade e da Integralidade além das doutrinas.

O Princípio da Universalidade trouxe ao cidadão brasileiro a garantia do direito às ações e serviços públicos bem como aos terceirizados sem considerar qualquer impedimento financeiro ou sociocultural que retardem ou mesmo dificultem o acesso a tais serviços. Portanto com esse princípio o brasileiro conseguiu legalmente a garantia de que a assistência à saúde é dever do Governo em todos os níveis e direito de cidadania.

O Princípio da Equidade visa a assegurar ao cidadão brasileiro ações voltadas à saúde, como também serviços com a complexidade necessária, independente do local de moradia e sem privilégios ou qualquer outro impedimento. Dessa forma afirma-se que para o SUS todo cidadão é igual e será provido de todo atendimento necessário, independente do nível de complexidade indicado para o caso para que dessa forma seja proporcionado a todos os cidadãos brasileiros o nível de saúde ideal.

O Princípio da Integralidade é um princípio do sistema de atenção cuja fundamentação é a de proporcionar a promoção à saúde, prevenção de problemas que geram agravos à saúde, assistência, e por fim a recuperação quando necessária. O cidadão será visto de forma integral tendo práticas de saúde que valorizem cada pessoa como parte integrante de uma comunidade, mas ao mesmo tempo sendo visto como um ser, uma unidade indivisível. Ou seja, as ações devem

ser sistematizadas de forma integral para dar a todo o cidadão a assistência necessária.

A engrenagem do SUS é garantida por diretrizes estratégicas organizacionais de descentralização da gestão de recursos, regionalização e hierarquização das unidades de produção de serviços e a integração das ações promocionais, preventivas e curativas.

A descentralização da gestão estabelece a transferência do poder de decisão sobre a política de saúde entre as três esferas em que o poder e a responsabilidade são distribuídos entre os três níveis representados assim: nível federal pelo Ministério da Saúde, nível estadual pelas Secretarias Estaduais da Saúde, e municipal pelas Secretarias Municipais da Saúde. Exerce-se dessa forma a autoridade sanitária do SUS em cada nível de atuação.

A regionalização e a hierarquização dos serviços envolvem a organização dos estabelecimentos de saúde. A regionalização diz respeito a uma definição territorial e divisão político-administrativa dessa área. Já a hierarquização objetiva à organização das unidades levando em consideração o grau de densidade tecnológica, ou seja, o incremento de uma rede que vincula as unidades de menor às unidades de maior densidade através de sistema de referência e contra referência de usuários e informações. Dessa forma os serviços terão uma organização com níveis crescentes de complexidade, em áreas geográficas determinadas, para populações definidas.

Nas últimas décadas com a construção e o crescimento do SUS, houve concomitantemente a implementação da APS através da ESF, favorecendo o fortalecimento e a importância desse nível de atenção à saúde ao mais próximo da vida diária do cidadão brasileiro de forma contínua e integrada.

Em 1994 ocorreu a criação do PSF, após muitos debates buscando a melhoria na implementação do SUS, tendo como primeiro documento o “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. A partir de 1998 ele passou a ser considerado como uma estratégia estruturante, com o propósito de promover a reestruturação da APS. E a ESF foi consolidada em 2000 com a criação do Departamento de Atenção Básica.

Em 2006, após inúmeras discussões, foi regulamentado o Pacto pela Saúde, com a valorização da AB. E ainda nesse mesmo ano houve a normatização da Política de AB, privilegiando as formas de habilitação das equipes e o

funcionamento das mesmas, levando-se em consideração a regionalização do território brasileiro.

Já em 2011, o Governo brasileiro publicou o Decreto 7.508 propondo ações para a erradicação da pobreza no Brasil. E regulamentou aspectos da Lei 8080 voltados para a organização do SUS, a gestão, o planejamento e assistência de saúde, a regionalização e a integralidade das ações.

Esse Decreto estabeleceu a RENASES, que é a relação de todas as ações e serviços públicos garantidos pelo SUS à população brasileira, para assim atender a integralidade da assistência à saúde, identificando as responsabilidades entre todos os entes federativos.

Nessa mesma época, na 14ª CNS, foi elaborado relatório com a apresentação de inciativas valorizando a importância da Educação Permanente, das reformas curriculares, dos planos de carreira e da promoção de estratégias que possibilitem o provimento e fixação de profissionais de saúde nas áreas de difícil acesso no interior do Brasil. Essas estratégias incluem a formação profissional através de especialização ou RM, incentivos a salários e planos de carreira visando assim à garantia da estruturação da APS.

A APS vem demonstrando ser um elemento chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (BRASIL, 2011).

2.1 NÍVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Nesse momento faz-se necessário identificar possíveis diferenças entre os termos Atenção Básica e Atenção Primária de Saúde como modelo referencial de assistência e nível de atendimento do SUS.

No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde” (MELLO, 2009).

Ainda em Mello (2009), tem-se a afirmação de que os termos AB, AP e APS têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o

contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de AB/APS ao de AP.

Alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência (GIL, 2006).

Para Soranz (2016), na maioria dos países desenvolvidos com sistemas públicos universais, o termo “atenção primária” refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato.

Uma vez assinalados esses breves comentários relacionando o uso dos termos, vale fazer referências à Atenção à Saúde no SUS, estruturada em diferentes níveis, levando-se em consideração a densidade tecnológica, cada um com uma complexidade específica. Eles são definidos pela quantidade de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, e de profissionais especializados. E assim, divide-se em três níveis: a Atenção Primária, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

A APS quase sempre é oferecida em Centros de Saúde ou Unidades Básicas que possuem uma menor densidade tecnológica enquanto a atenção secundária e terciária são oferecidas nos ambulatórios de especialidades, nos serviços de urgência e também nos hospitais, onde há acesso às diversas especialidades e procedimentos que exigem maior envolvimento tecnológico.

O objetivo da APS é possibilitar o acesso universal às variadas ações de saúde, indo desde consultas (médicas, odontológicas e de enfermagem), imunização, dispensação de medicações, cuidados de enfermagem, limpezas e curativos até palestras envolvendo temas pertinentes, mobilizações voltadas para melhorias sanitárias dentre outras. Além dessa assistência local, ela é responsável por encaminhar o indivíduo aos outros níveis de atendimento no momento em que o problema de saúde não encontra resolutividade e se faz necessária uma abordagem não existente aqui.

A Atenção Primária diferencia-se da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: ela dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, observa-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de

pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com seus problemas (BRASIL, 2011).

Seguindo esse entendimento, tem-se que a atenção secundária e terciária buscam o oferecimento de serviços a nível ambulatorial ou hospitalar, obrigatoriamente com a participação de médicos especialistas para a realização de intervenções técnicas especializadas como por exemplo a patologia clínica e o radiodiagnóstico como atenção secundária. E como atenção terciária os procedimentos em hemodinâmica e terapia renal substitutiva, sendo comum a participação de outros profissionais de saúde como fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e farmacêutico, formalizando então a participação de uma equipe multiprofissional para o andamento da assistência nesses dois (02) níveis de atenção à saúde.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (APS)

A APS tem como marco histórico mundial a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão. A OMS e a UNICEF organizaram o evento com a presença de delegações de 134 governos e 67 representantes de organizações não governamentais vinculadas às Nações Unidas.

Ao final da conferência procedeu-se à elaboração do relatório com os objetivos que serão apresentados a seguir (OMS, 1978):

a) Promover o conceito de Atenção Primária à Saúde em todos os países;
b) Intercambiar experiências e informações sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde;
c) Avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, bem como sua relação com a APS e o potencial de melhora dos sistemas nacionais de saúde com o estabelecimento de uma política de APS;
d) Definir os princípios da APS e as formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgiriam;

e) Definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral;
f) Formular recomendações para esse desenvolvimento.

No mesmo relatório estabeleceu-se a definição de APS que foi apresentada como a assistência sanitária baseada em metodologia e tecnologia, com fundamentação científica e aceitação social à qual todo indivíduo e suas famílias tenham fácil acesso, com um custo possível para a comunidade e que o país possa suportar. Ela é parte integrante do sistema nacional de saúde e representa o primeiro nível de contato, tanto dos indivíduos como de suas famílias e da comunidade com o sistema de saúde, possibilitando a assistência nos locais de moradia e de trabalho desses indivíduos, conseguindo-se assim atingir o indivíduo e sua comunidade.

A Declaração aborda três aspectos sobre a saúde: saúde como um direito fundamental do ser humano; saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades; e como inaceitável o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Demonstra-se dessa maneira a relação profunda da saúde com o desenvolvimento sócio-econômico do país, bem como afirma-se que um maior nível de saúde influencia diretamente o desenvolvimento de uma nação.

Afirma-se ainda que uma comunidade é detentora do direito e do dever de participar, tanto individualmente como coletivamente, do planejamento e da aplicação da própria atenção à saúde. E que o governo é responsável pela adoção das ações concernentes aos aspectos sanitários e sociais para que sejam proporcionadas melhores condições de saúde à comunidade.

A política voltada para a AB é o princípio fundamental para a organização e viabilização da atenção à saúde. Países que investem em APS apresentam maior resolutividade e dão assistência mais efetiva à sua população. Portanto, para que seja viabilizado o sistema de saúde, deve-se primeiramente fazer uma APS forte que garanta essa porta de entrada para o sistema de atendimento.

Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; autorresponsabilidade; solidariedade

internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Deve-se enfatizar a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Não difere, nos princípios, de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde (BRASIL, 2011).

Para Starfield, a APS é o nível do sistema de saúde que representa o primeiro contato e acesso dos usuários, permitindo a identificação de problemas e as necessidades de saúde da população. O objetivo de suas ações é disponibilizar a atenção às pessoas no decorrer do tempo e abordar os problemas mais comuns de saúde da comunidade com ações baseadas em prevenção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde.

A proposta de Alma-Ata sobre APS é de que ela tem um papel central no sistema de saúde que possibilita um processo integrado de prevenção, promoção, cura, reabilitação, tendo o apoio e a cooperação dos setores envolvidos para que seja estabelecido o desenvolvimento social e econômico de enfrentamento das determinantes de saúde.

A APS é também denominada no Brasil de AB de Saúde, e tem sua definição na PNAB como sendo um conjunto de ações, tanto no âmbito individual como no coletivo, que envolve promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos e manutenção de saúde, objetivando a atenção à saúde de forma integral e influenciando a saúde das pessoas através de situações determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.

A Portaria 648/2006 regulamentou a PNAB e estabeleceu uma revisão das diretrizes e regras para a organização da AB, PSF e PACS. Para a sua operacionalização utiliza-se a ESF embasada nos princípios do SUS.

A PNAB apresenta os fundamentos da APS (SANTOS, 2011):

a) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de

permitir o planejamento e a programação descentralizados, e em consonância com o princípio da equidade;

b) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e a coordenação do cuidado na rede de serviços;

c) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

d) Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

e) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

f) Estimular a participação popular e o controle social.

Nesse nível de atenção o indivíduo é visto em sua forma singular com integralidade, inserido em seu contexto sociocultural, com ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças, minimizando danos que estejam afetando a sua vida.

As ações da APS têm como base cinco atributos identificados como essenciais: acesso e primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação.

Para Starfield, o acesso e primeiro contato é a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde; integralidade é a capacidade da equipe de ofertar atenção à variedade de problemas da população; longitudinalidade é a continuidade do cuidado aos sujeitos pela mesma equipe ou serviço de referência; coordenação da atenção aos usuários nos diferentes pontos do sistema, integrando as ações de cuidado. O entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual o paciente vive também são considerados princípios importantes para o trabalho em atenção primária (STARFIELD, 2002).

Também para Starfield, a longitudinalidade da Atenção Primária é a relação pessoal, o vínculo, o acompanhamento a longo prazo do paciente com os profissionais de saúde em unidades de saúde. Mesmo que haja interrupções nesse acompanhamento por qualquer motivo, não haverá necessariamente interrupção dessa relação. Associa-se a inúmeros benefícios, entre os quais a menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento de problemas dos pacientes, menos hospitalizações e mais baixo custo total.

Essa longitudinalidade pressupõe conhecimento continuado dos profissionais em relação aos pacientes, e desses em relação aos profissionais no decorrer do tempo de acompanhamento para os atendimentos realizados. O paciente é visto pela equipe como uma pessoa completa ao longo do tempo, e tudo no que lhe diz respeito será considerado para a manutenção do seu bem estar.

A integralidade exige da AP que haja um reconhecimento adequado das necessidades para a saúde do paciente, e que haja disponibilização dos recursos necessários para supri-las. É nesse nível de atenção à saúde que há maior possibilidade de fornecer uma melhor efetividade e equidade no que tange aos atendimentos dos serviços de saúde. Embora seja fundamental, ela não é o único componente necessário à prestação do atendimento ao cidadão.

A coordenação, considerada o quarto componente da Atenção Primária, é fundamental para a existência dos outros. Para Starfield é um “estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”.

Essencialmente coordenação é o conjunto de informações e dados disponíveis à cerca de problemas vivenciados anteriormente além dos serviços já prestados ao paciente. Objetiva-se dessa forma que haja o entendimento dessas demandas, possibilitando que tal conhecimento prévio seja utilizado em uma nova prestação de atendimento através de uma observação continuada.

Um elemento importante para a coordenação é a continuidade da atenção, geralmente alcançada pela manutenção do profissional médico ou de qualquer outro profissional na eventualidade de nova consulta. Igualmente importante é a comunicação entre as equipes, permitindo a transmissão das informações a respeito dos pacientes, consideradas importantes pela análise dos prontuários eletrônicos, não eletrônicos, e até mesmo pelos registros feitos pelos próprios pacientes.

A Atenção Primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o locus da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. (STARFIELD, 2002)

Um dos desafios da APS é a valorização dos profissionais envolvidos, sendo particularmente importante a implantação de estratégias necessárias à viabilização da assistência nesse nível bem como o dimensionamento da complexidade dos problemas aqui vivenciados. É evidente que a solução desse problema não é apenas a melhoria salarial. Ela inclui também o reconhecimento do bom trabalho desses profissionais, a disponibilização da educação permanente e a realização de eventos que favoreçam a produção científica e intelectual e que são de extrema importância na promoção da fixação dos profissionais na APS.

É importante que o acesso à APS seja ampliado com melhorias nas estruturas físicas, na capacitação dos recursos humanos que realizam os atendimentos e que haja incorporação de novas tecnologias para o apoio diagnóstico e terapêutico. Uma vez atendidas tais exigências, com certeza teremos uma APS efetiva, com a eficiência e a qualidade necessárias para que se torne realmente a porta de entrada ao sistema de saúde no Brasil.

As equipes envolvidas com a APS garantem a acessibilidade e buscam a utilização desse atendimento como o primeiro contato ao sistema de saúde. A facilidade ao acesso e o primeiro contato são importantes para que sejam reduzidos os índices de morbimortalidade, possibilitando que nesse nível o paciente seja visto por um médico generalista conjuntamente com uma equipe multidisciplinar de forma integrada antes de ser encaminhado e avaliado por um especialista.

Esse atendimento na APS possibilita um efetivo treinamento para o desenvolvimento de habilidades de médicos com pacientes de baixa probabilidade de serem portadores de doenças mais comprometedoras, evitando-se assim que cheguem ao nível secundário ou mesmo terciário. Dessa forma fica demonstrada a capacidade de resolutividade desse primeiro contato, evitando-se assim, uma desnecessária sobrecarga dos níveis superiores.

O médico da APS também se torna mais familiarizado com a forma de apresentação das doenças em seus estágios iniciais e se capacita para o desenvolvimento de critérios quanto à natureza e extensão de encaminhamentos a outros níveis. Ele identifica também, de forma objetiva, o momento para o

encaminhamento do paciente ao especialista sempre que realmente houver necessidade de uma visão especializada.

O reconhecimento dos problemas de saúde dos pacientes pelos profissionais envolvidos no atendimento é diretamente proporcional à melhoria subsequente desses indivíduos, assim se demonstrando que essa abordagem na APS é fundamental para aumentar a probabilidade e a assertiva na assistência à saúde.

Também se deve atentar para as formas de contratação que garantam a perenidade dos profissionais da APS, com adoção de planos de carreira e remuneração adequados para todos os profissionais da ESF, respeitando os arranjos locais garantidos em lei (BRASIL, 2011).

A APS apresenta alguns desafios, entre os quais a grande dificuldade em atrair médicos para as residências de MF e as abordagens de alguns atores envolvidos com a APS que a consideram como o “postinho de saúde”. Da mesma forma os usuários devem entender que esse espaço compreende um nível de assistência muito importante para atendê-los e direcioná-los a outros níveis do sistema de saúde.

A APS tem como atributo promover a organização do primeiro nível de atendimento a ser prestado ao cidadão e se desenvolve basicamente em dois cenários: as UBS com ou sem agentes comunitários de saúde e as Unidades de ESF, sendo ambas localizadas geograficamente próximas às moradias dos cidadãos.

2.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF foi implantada pelo Ministério da Saúde no Brasil em 1994, através do PFS, renomeada posteriormente como ESF e configura-se como um dos eixos fundamentais da ação do setor público na área da saúde. É uma estratégia de cuidados ao indivíduo e sua família de forma contínua e integral através de ações de saúde voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A cobertura e o acesso aos serviços que compõem a AB têm a sua organização baseada no modelo da ESF e compõem a porta de entrada preferencial dos usuários do SUS ao sistema de saúde. E seus princípios são a responsabilidade sanitária territorial, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado em saúde dos

usuários da área adscrita. Ela é implantada prioritariamente nas áreas de grande vulnerabilidade social em todo território brasileiro.

As diretrizes da ESF buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema, ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território (BRASIl, 2011).

O PSF surge no Brasil em conformidade com os princípios do SUS como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial para a AB. A municipalização da integralidade em saúde, predispondo a participação da comunidade com ações de forma integral e continuada, através de atendimentos nas UBS, nos domicílios ou também através de campanhas de mobilização nessa comunidade.

As UBS cobrem contingentes populacionais entre 15 e 20 mil habitantes, com atendimento nas áreas básicas de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Ações de Enfermagem, e de Odontologia, disponibilizando o acesso às especialidades básicas.

Uma equipe de ESF responsável pelo atendimento a uma população adstrita de 600 a 1.000 famílias, totalizando no máximo 4.000 pessoas, tem uma composição mínima de um médico generalista, uma enfermeira, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário.

A complexidade do trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF demanda uma busca não só por estratégias voltadas para a ampliação da abrangência, como também para a capacidade resolutiva dessas equipes que são capazes de resolver 85 % dos problemas de saúde da comunidade através de um bom atendimento. Elas também promovem a prevenção de doenças, evitando internações desnecessárias, possibilitando, portanto, uma melhor qualidade de vida para a população.

A Portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde regulamentou o NASF, estabelecendo núcleos e parâmetros para a criação das equipes de ESF com variação do número delas. Ele é composto por pessoas com diferentes formações profissionais e é considerado uma alternativa que possibilita o apoio especializado às equipes da ESF através de suporte técnico-pedagógico, facilitando a resolução de problemas específicos de cada território de atuação, disponibilizando ações assistenciais especializadas e práticas de saúde sempre compartilhadas com as equipes de ESF.

A ESF possibilitou a reorganização da AB de saúde no Brasil, seguindo os princípios do SUS. Ela é vista pelos entes Federal, Estadual e Municipal como uma estratégia que proporciona expansão com qualidade, para a consolidação da APS. Promoveu também uma reorientação profunda no trabalho em saúde a partir dos princípios e diretrizes da APS, aumentando o índice de resolutividade, com melhores resultados na saúde das pessoas e nas coletividades, e mais, propiciou uma maior relação custo-efetividade.

A implantação da ESF possibilitou a ampliação das oportunidades de trabalho para diversas categorias de profissionais de saúde no SUS, mas, apesar disso, sua ampliação é dificultada pela falta desses profissionais e por sua alta rotatividade. É importante, portanto, que haja incentivo à formação desses profissionais, capacitando-os para o envolvimento e para a atuação em saúde da família a fim de se estabelecerem vínculos de compromisso e de responsabilidade com a população, com intervenções críticas necessárias ao seu desenvolvimento, conseguindo-se assim a qualificação dos serviços de saúde em AB.

A ampliação da residência médica e multiprofissional em especialidades e regiões estratégicas do País está entre as ações previstas para alcançar o objetivo e as metas de adequada alocação de médicos e demais profissionais de saúde. Para que a formação em serviço seja efetiva e tenha qualidade, a supervisão constante por profissionais mais experientes é fundamental. Para dar suporte à expansão com qualidade das residências, o Ministério da Saúde está formulando um plano nacional de formação e valorização de preceptoria (BRASIL, 2011).

3 POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ATUAIS PARA PROVIMENTO E FORMAÇÃO MÉDICA

3.1 PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB)

Em 2011 o Governo lançou o PROVAB, através da portaria interministerial nº 2.087, como uma PPS destinada ao provimento de profissionais de saúde, entre os quais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, destinados às áreas mais necessitadas do Brasil, com maior índice de vulnerabilidade e de difícil acesso. Buscou-se também investir em um processo de formação através de educação à distância para os profissionais de saúde, com a supervisão de instituições de ensino reconhecidas nacionalmente. A esses profissionais foi concedida a possibilidade da obtenção de uma bonificação de 10% nas provas de residência médica desde que ao final de um ano apresentem bom desempenho em sua atuação.

O Governo Federal lançou o PROVAB com vistas ao provimento de profissionais de saúde, destinados às áreas mais carentes do Brasil. Percebeu-se então a necessidade de investimentos essências à formação médica voltada para a assistência prestada na AB. Para tanto esse processo de aprendizagem foi viabilizado através de EAD para os profissionais envolvidos, com a realização de uma especialização.

O PROVAB tem o aspecto do provimento, mas vai além, pois prevê: [...] estratégias de educação à distância como a especialização em Saúde da Família pela UnA-SUS (Universidade Aberta do SUS) e telessaúde, atividades de supervisão presencial e à distância desenvolvidas por tutores de instituições de ensino, [além do] — bônus de 10% para os médicos que pretenderem ingressar em qualquer Programa de Residência Médica a partir de uma avaliação de desempenho destes profissionais no PROVAB. (BRASIL, 2011).

Com o PROVAB ocorreu a valorização e a estimulação de profissionais de saúde a fazerem parte de equipes multiprofissionais para atuar em AB na ESF, através da prestação de serviço em locais distantes e carentes de todo o território nacional.

Inicialmente a atuação desses profissionais era por doze (12) meses com supervisão de uma instituição de ensino, havendo paralelamente a obrigatoriedade em participar de curso de especialização em AB promovido pela rede UNA-SUS com uma carga horária semanal de 36 horas nas atividades práticas de atendimento e 8 horas de curso.

A gestão do PROVAB é do Governo Federal, com provimento das bolsas de estudo do curso de especialização em Saúde da Família. É responsabilidade do município a contratação dos profissionais e também os gastos com a remuneração e o auxílio moradia. Os municípios fazem a opção de adesão através da assinatura de um termo de compromisso, ficando a supervisão pedagógica e a avaliação do profissional participante a cargo das Instituições de Ensino Superior envolvidas com o programa.

Em 2013 Carvalho abordou o provimento de médicos e afirmou que o PROVAB, apesar de todas as dificuldades no seu processo de implantação, está contribuindo para esse fim nas diversas regiões do Brasil. Como avanços dessa experiência, podemos destacar a possibilidade de se levar assistência médica à população, ampliando o acesso às ações e serviços de saúde nas regiões mais remotas do país e a integração ensino-serviço por intermédio da inserção das universidades no SUS por meio das atividades de supervisão.

Trata-se de uma estratégia para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, investindo em medidas que buscam a qualificação e a valorização do trabalho desenvolvido pelas equipes da AB. Além disso propiciam-se condições físicas e financeiras, com a disponibilização do acesso à formação em serviço.

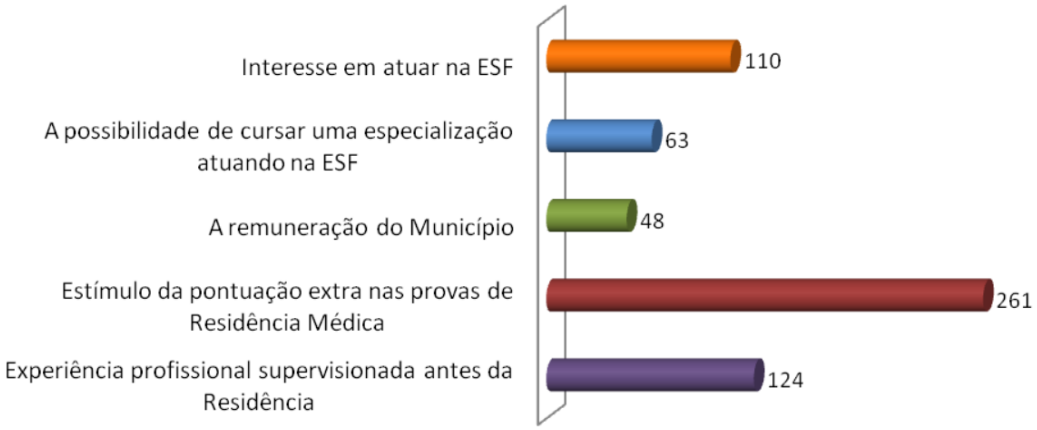
O PROVAB buscou fazer correções de algumas insuficiências na graduação médica, preparando melhor o egresso para atender na APS, com uma atuação supervisionada. Esse médico atua na eSF, faz a especialização latu senso em AB e tem o acompanhamento da Instituição de Ensino Superior.

A partir de 2015, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi integrado ao Mais Médicos de modo que, ao se inscrever no programa, o médico com registro no Brasil pode escolher se aceita ou não as regras e ofertas educacionais específicas do Provab. Se aceitar e concluir o período mínimo com aproveitamento, receberá ao fim do período aproximado de um ano o benefício, também previsto em Lei e em Regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica, de pontuação adicional de 10% que obtiver nos exames de

seleção dos Programas de Residência Médica. Este é um benefício que interessa e atrai especificamente os médicos recém-formados com intenção de ingressar num programa de residência médica (BRASIL, 2015).

Constatou-se também nas pesquisas já realizadas que são várias as motivações para a realização do PROVAB (Figura 1):

Figura 1 - Motivação do médico em relação ao PROVAB:



Fonte: Carvalho, 2013

3.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM)

Em julho de 2013 foi criado o PMM através da Medida Provisória 621, regulamentado no mesmo mês pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC e instituído em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.781 (Projeto Mais Médicos para o Brasil) com o objetivo de proporcionar ações de aperfeiçoamento na área de AB em saúde em regiões consideradas prioritárias do SUS, proporcionando a fixação de profissionais médicos na APS e também promovendo uma reorientação na formação médica no Brasil.

O seu nascimento como uma Política Pública de Saúde em 2013 se deu num contexto de priorização da AB em que foram reafirmadas situações que dificultariam o efetivo desenvolvimento desse nível de atendimento primário, tais como a quantidade insuficiente de médicos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e redução do tempo de espera, a melhoria da infraestrutura local das UBS e a qualificação dos profissionais para atuarem na AB.

A qualificação profissional é ofertada por 11 instituições públicas de ensino superior através da UNA-SUS e por 74 instituições supervisoras através de ações educacionais voltadas para a integração ensino-serviço, com um quadro em torno de 200 tutores com a responsabilidade de fazer o acompanhamento de mais de 2 mil supervisores. Esses são responsáveis pela supervisão feita periodicamente através de visitas in loco a todos os médicos envolvidos com o PMMB.

O Programa Mais Médicos é a maior iniciativa já realizada no País e está entre as maiores do mundo para enfrentar esse conjunto de problemas. É composto por uma dimensão de resposta imediata e emergencial, mas sustentável, que é a formação e o provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade e vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

Houve nesse período uma mobilização de prefeitos dos mais distantes municípios brasileiros, quando demonstraram a extrema importância e a real necessidade de promover a fixação de médicos, tanto no interior como na periferia do território brasileiro.

A situação de escassez de profissional voltado para a AB vivida há décadas fez com que o Governo Federal assumisse a responsabilidade de formular e implementar PPS para possibilitar o desenvolvimento da APS em todo Brasil. Ao mesmo tempo uma das possibilidades em curso implantou o PMM para auxiliar a melhoria da quantidade de médicos, possibilitando a formação médica e a distribuição destes no território brasileiro.

O PMM apresenta três frentes. A primeira é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde – nas unidades básicas de saúde. A segunda, a ampliação e a reforma dos cursos de graduação em medicina e residências médicas no país. A terceira, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil, é a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (COLLAR, 2015).

Em 2015, o PMM promoveu a ampliação da APS possibilitando a fixação de médicos em regiões carentes desses profissionais em todo território brasileiro. Já nesse ano, o PMM contava com 18.240 profissionais em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas, dando assistência a 63 milhões de pessoas. E quanto à infra-estrutura da rede de saúde, foi disponibilizado financiamento de mais de R$ 5 bilhões voltados para o incremento das UBS, no que tange às construções, ampliações e reformas de 26 mil unidades.

Para demonstrar a distribuição de médicos no Brasil, o Ministério da Saúde e da Educação desenvolveram estudos nos quais identificaram o índice quantitativo de 1,8 médicos por mil habitantes desse profissional no mercado de trabalho.

Além dessa escassez, há uma grande desigualdade na distribuição de médicos no território nacional. Segundo dados do Ministério, a realidade na maior parte das Unidades da Federação (81%) tinha uma densidade de distribuição de médico por habitante abaixo da média nacional. Desses, cinco estados dispunham de menos de 1 médico por mil habitantes. Essa situação estava particularmente associada às condições sociais, econômicas e sanitárias de cada região (COLLAR, 2015).

A maior concentração de médicos por mil habitantes nos estados brasileiros é o Rio de Janeiro com 3,62 e São Paulo com 2,64. Já no estado do Pará o índice é de 0,84 e no Maranhão é 0,71, regiões que apresentam as menores concentrações. Dessa maneira fica bem demonstrada a desigualdade existente no Brasil.

A referência utilizada como parâmetro adequado para se chegar a esses índices foi o Reino Unido que, por ter um sistema público de saúde com orientação para a AB e caráter universal, apresenta um índice de 2,7 médicos por mil habitantes. Tem-se ainda como exemplo a Argentina (3,2), Portugal (3,9), Espanha (4) e Estados Unidos da América (2,6) os quais apresentam uma distribuição mais elevada de médicos por mil habitantes.

Essa distribuição desigual e o baixo nível de fixação dos profissionais de saúde na AB são um grande desafio quando o objetivo é promover a melhoria da atenção à saúde. Com esse cenário foi criado o PMM cujos objetivos são prover a ida de médicos para as áreas mais necessitadas desses profissionais, além de disponibilizar e ampliar o acesso à formação médica no Brasil.

Como o PMMB incorporou 18 mil médicos na APS em todo território brasileiro, tornou-se possível o tão necessário provimento emergencial desses profissionais, propiciando nesse período de sua existência um acréscimo de médico por habitante em áreas em que até então havia uma enorme defasagem, diminuindo assim o número de municípios onde havia escassez de médicos.

São previstas também ações estruturantes destinadas à promoção da expansão e descentralização da formação médica no Brasil, sendo que até 2018

deverão ser criadas 11,4 mil novas vagas de graduação em Medicina e mais de 12 mil novas vagas de RM.

Quanto à formação médica, o ponto central é o aprendizado voltado para o desenvolvimento do cuidado integral à saúde, promovendo também a integração ensino-pesquisa, com incentivos ao aprender de forma permanente. Propõe-se assim a efetivação de novas diretrizes com metodologias avaliativas e integração ensino-serviço e que sejam formados médicos dispostos e com preparo para prestar atendimentos com resolutividade para as necessidades de saúde da grande maioria da população assistida.

A universalização da residência médica faz parte das ações do PPM que estabeleceu, até 2018, uma vaga de residência para cada médico formado. Desde 2013 já foram autorizadas 4.742 vagas dentre as 12,4 mil previstas para formação de especialistas. Com a criação de mais três mil bolsas de residência médica no país anunciadas no início de agosto, sendo duas mil financiadas pelo Ministério da Saúde e mil pelo Ministério da Educação, a quantidade de vagas chegará a 7.472 (62% da meta) (PORTAL MAIS MÉDICOS, 2015).

Assim, as vagas serão proporcionais ao número de egressos de medicina em todo Brasil, havendo obrigatoriedade de no mínimo um ano no programa de Medicina Geral e Saúde da Família para a maioria dos programas, mantendo-se a bonificação de 10 % para os candidatos que tenham concluído um ano de PROVAB.

Faz parte do PMM o Projeto Mais Médicos do Brasil (PMMB) que abrange as ações de provimento emergencial de médicos para municípios com escassez desses profissionais na Atenção Básica. Constitui o PMMB: o médico participante, o supervisor – profissional médico (CRM – Brasil) responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico do Programa – e o tutor acadêmico. Outros atores institucionais também integram o PMMB, com vistas a apoiar e qualificar as atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto, como os apoiadores institucionais (ALMEIDA, 2015).

O PMM recrutou médicos graduados no Brasil e no exterior, brasileiros e estrangeiros, para trabalhar na AB em regiões carentes desses profissionais, buscando melhorar quantitativa e qualitativamente a assistência de cobertura da população necessitada, propiciando assim um acesso universal com qualidade.

É com essa expansão planejada que o programa propõe sair da proporção de médicos por habitantes que o Brasil apresentava em seu lançamento

(1,8 médico / habitantes) e atingir a marca de 2,7 médicos / 1.000 habitantes no ano de 2026 (BRASIL, 2015).

Os médicos participantes do PROVAB e do PMM puderam migrar de um programa para o outro. A medida vale para médicos brasileiros ou para profissionais estrangeiros que tiveram o diploma revalidado no Brasil. Essa possibilidade de migração permite ao bolsista que tenha concluído seu período em um dos dois programas que prolongue sua atuação no mesmo município, ingressando no outro programa. Há também a possibilidade da opção pela bonificação nas provas de RM.

4 FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

É sabido que formação médica é longa e duradoura e a sua terminalidade é relativa. Mesmo após o cumprimento formal haverá sempre a obrigatoriedade de manter uma continuidade, com o desenvolvimento efetivo de competências e habilidades para a profissionalização médica.

No Brasil ela tem uma durabilidade de no mínimo seis (06) anos de graduação e três (03) de pós graduação (RM) com dedicação em tempo integral. O egresso é submetido ao longo do período a atividades teóricas e práticas, sendo preparado para atuar como médico aos moldes do nosso país, constituindo uma formação de alto custo econômico, psicológico, etc.

Há um consenso de que a necessidade de um maior ou menor índice quantitativo é diretamente proporcional às necessidades de saúde e às demandas do mercado de trabalho.

Tem-se por certo que a expansão quantitativa e qualitativa na formação médica é resultante de políticas de Estado através da óptica econômica, demográfica, onde são apontadas as desproporções de médicos por habitante nas diferentes regiões desse país com grande área territorial, o que demonstra a necessidade de implementar de forma emergencial PPS que busquem corrigir ou reduzir tais índices.

Tanto é assim que a partir 2011 houve a implementação de políticas almejando o provimento e consequentemente a fixação, a formação médica tanto com aumento de instituições e de vagas para a graduação, como também a instituição de novas RM e aumento do número de vagas nas já existentes. Tudo visando a possibilitar a qualificação do egresso com perfil necessário e sugerido para a assistência ao SUS.

A Lei do Mais Médicos, juntamente com suas ações, revelaram a necessidade de promover mudanças na formação médica no Brasil, levando ao desenvolvimento em 2014 das DCN para o Curso de Medicina. Essas preconizam uma formação médica sempre orientada às necessidades de saúde apresentadas pela população, e do SUS, propondo um acompanhamento verticalizado ao longo dos anos tanto dos graduandos como das instituições formadoras.

A formação do médico não pode seguir somente em direção às evidências diagnósticas, tratamentos específicos e etiologias diferenciadas, mas deve também preparar o profissional para a assistência às necessidade de saúde de um indivíduo como parte integrante de uma comunidade. Além disso, ele também precisa ter conhecimento de sistema de gestão, deve respeitar os posicionamentos individuais no que diz respeito à autonomia e possibilitar discussões e empreendimentos de políticas voltadas para cuidados em saúde.

A ESF vem assumindo a organização da atenção à saúde da população brasileira, e para isso torna-se essencial a formação médica com qualificação técnica generalista, que apresente competências e habilidades clínicas e de relacionamento, objetivando uma melhor assistência do cidadão e de sua comunidade.

O cenário vivido nas últimas décadas é com a figura do médico sendo apontada como um nó crítico para o desenvolvimento e evolução da ESF. Há uma alta rotatividade, agravada pelo pequeno grau de capacitação para a assistência necessária na APS em virtude da formação ainda não voltada para o perfil necessário.

E então efetivamente em 2014, através do eixo de formação do PMM, no que tange à graduação médica, houve a implantação das novas DCN para o curso médico e o aumento de vagas tanto em escola pública como privada para o ingresso nas Escolas Médicas.

As DCN propõem a formação médica humanizada que ofereça cuidado integral ao cidadão, e não apenas a doença no contexto biológico, mas sim que vá além, fazendo projetos extensivos às terapêuticas, levando em consideração um contexto maior que o indivíduo, a família, a atividade laboral e as comunidades nas quais se encontra inserido.

Cabe ao médico proporcionar cuidados às necessidades mais usuais e frequentes, sem se preocupar efetivamente em desenvolver conhecimento estritamente especializado. Ele não deve, portanto, tornar-se um médico especialista, essencialmente teórico, mas sim aquele médico que saiba assistir às necessidades corriqueiras da coletividade a que presta assistência. Deve ser um médico responsável pelo usuário do serviço de saúde, com capacidade de fazer gestão e proporcionar cuidados de forma integral, sem objetivar somente fazer

diagnósticos e promover terapêuticas diferenciadas, estando ainda habilitado a trabalhar em equipe multiprofissional nos vários segmentos do SUS.

Em relação aos profissionais de saúde de nível superior, as dificuldades referem-se à qualidade e adequação do perfil necessário ao SUS. A equidade e o acesso universal aos serviços ficam prejudicados pela dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A carência e a má distribuição geográfica e social de profissionais, especialmente médicos, têm sido apontadas como problema grave, que atinge também outros países (BRASIL, 2011).

Tem-se ainda que o médico busca a especialização como forma de atuação para dar ao paciente não apenas uma assistência pormenorizada dos seus problemas, como também o imperativo tecnológico da sociedade moderna, e a visão de inferioridade do generalista. Essa visão deve ser transformada desde a graduação, demonstrando que o paciente pode ser visto num nível de atendimento primário de forma generalizada e somente sair desse nível se houver necessidade.

A fragmentação é coerente com o paradigma flexneriano, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde. Esse modelo fragmentado também se mostra muito mais coerente com as demandas do mercado do que com uma proposta abrangente de atenção primária. Felizmente, seja pelo caminho de redução e racionalização dos custos, seja pelo caminho das evidências de melhores resultados, da busca da equidade e da maior solidariedade na sociedade, há um reforço e uma valorização mundial da APS (BRASIL, 2011).

Quando se conclui a graduação, inicia-se a fase de acesso à RM, e a maior parte dos egressos busca essa opção, iniciando a fase de disputa de vagas em busca das mais diversas especialidades médicas. No entanto infelizmente a procura pelas áreas de AB ainda se encontra em baixa.

O acesso à especialidade médica no Brasil é feita através da RM. É considerada uma especialização a nível de pós-graduação lato-senso e foi legalmente criada no Brasil pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Nesse Decreto dispôs-se que a Residência Médica funcionaria em instituições de saúde, e para tal deveria estar sob a “orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (Portal MEC).

Em 2013, Carvalho afirma que observa - se por outro lado, um desinteresse dos profissionais pela AB, que deve ser a base do sistema de saúde, como discutido anteriormente. Tal fato se constata por meio de elevado percentual de ociosidade na ocupação de vagas da Residência de Medicina e Comunidade, chegando a aproximadamente 70%.

Mesmo com o incentivo em aumentar o número de vagas em RM de MFC, muitas ainda não estão sendo preenchidas, e aguarda-se uma efetiva participação dos órgãos responsáveis por essa formação para que sejam criados espaços dentro das Instituições Universitárias daqueles que estão envolvidos no convencimento e preparo do egresso para a especialidade.

Na pesquisa realizada por Silva em 2016, no município do Rio de Janeiro, encontramos resultados que sugerem que a remuneração de profissionais de saúde vinculada a indicadores de desempenho é mais um dispositivo de melhoria da qualidade nos serviços de saúde. No entanto, isso só funcionaria adequadamente fazendo parte de um conjunto de estratégias organizacionais que incluísse, além da formação adequada do profissional, seu compromisso ético, a instituição de espaços de educação permanente, a capacidade de comunicação e liderança dos gerentes locais bem como a existência de outros incentivos, não necessariamente financeiros.

Dois fatores são importantes para a melhoria da qualidade no atendimento clínico por profissionais de saúde. Um deles é a cultura profissional apresentada a eles e o outro é a que eles desenvolveram durante o período de sua formação, ambos levando-os a características próprias de atuação. Princípios éticos e técnicos também interferirão nessa formação, possibilitando-lhes a identificação do que é mais adequado para a boa habilitação e atuação médica. Envolvida também está a remuneração recebida pelo trabalho profissional.

Em 2014, Neto demonstrou em seu trabalho que no Brasil utiliza-se majoritariamente o pagamento por salário no sistema público e por produção no sistema privado em relação à atenção ambulatorial e Atenção Primária à Saúde (APS). Os dois procedimentos estão relacionados a determinadas vantagens e desvantagens, como maior ou menor produção de consultas, maior ou menor resolutividade, dentre outras. Nos países socialmente desenvolvidos, a maior parte da remuneração dos profissionais se dá por capitação, ou seja, um valor fixo por pessoas vinculadas à lista de cada médico de família ou equipe de atenção primária.

Na pesquisa realizada por Engstrom em 2016, que objetivou discutir a formação do profissional que lida com a APS na cidade do Rio de Janeiro, afirmou-se que o contexto transformador da APS na cidade do Rio instigava ao desenvolvimento de novas competências para o trabalho em saúde, que dialogassem com o campo da saúde pública, integrado às temáticas da promoção, prevenção, atenção e vigilância em saúde.

Apresentou-se ainda uma situação que possibilitou o desenvolvimento da APS na cidade do Rio que foi a criação, em 2011, do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade/SMSRJ, considerada especialidade médica que historicamente, em nível nacional, apresentava dificuldades para o preenchimento das vagas ofertadas. Os médicos da atenção básica da rede municipal deveriam estar aptos, ainda, a atuar como preceptores dos cerca de cem novos residentes, com competências específicas para esta prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde é vista como sistema de prática transformadora nos processos de trabalho de forma dinâmica através da sua inserção diretamente no próprio contexto dos serviços e na utilização dos problemas como prática de ensino e reflexão crítica, facilitando assim sua solução.

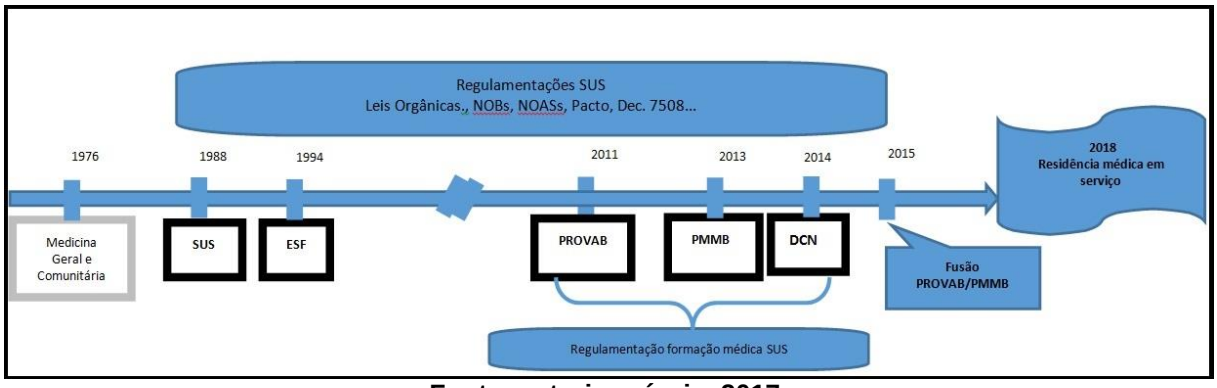
Ainda em 2015, o Governo Federal afirmava que as intenções do PMM continuavam mantidas e que em 2018 todo egresso teria uma vaga em RM.

Até 2018, para cada aluno que se formar em medicina no Brasil haverá uma vaga para residência médica. Esta medida integra o PMM do governo federal voltado à expansão e qualificação da graduação em Medicina. A estratégia para alcançar a meta está sendo debatida com profissionais, professores, gestores de saúde e alunos em seminários que acontecem em todas as regiões do país até 24 de setembro (PORTAL SAÚDE, 2015).

Tanto no PROVAB como no PMM, foi dada a oportunidade a Instituições Universitárias de fazerem a assistência pedagógica aos seus egressos com a correção de falhas que dificultassem ou impedissem a atuação desses na APS. Dessa forma tanto o egresso como as Universidades passaram por um processo de aprendizado, através de um posicionamento crítico e de análise de seus desempenhos. Isso leva a uma visão de que há necessidade de se estimular e facilitar o desenvolvimento de habilidades e competências tão necessárias para a formação médica generalista, ideal para atuar na APS.

Para identificar as regulamentações relacionadas tanto com o desenvolvimento do SUS quanto com a formação médica para a atuação no SUS, foi construída uma linha do tempo, mostrando o caminho temporal e a implementação de PPS (Figura 2).

Figura 2 - Linha do Tempo: PPS que relacionaram com a formação médica ao longo das décadas



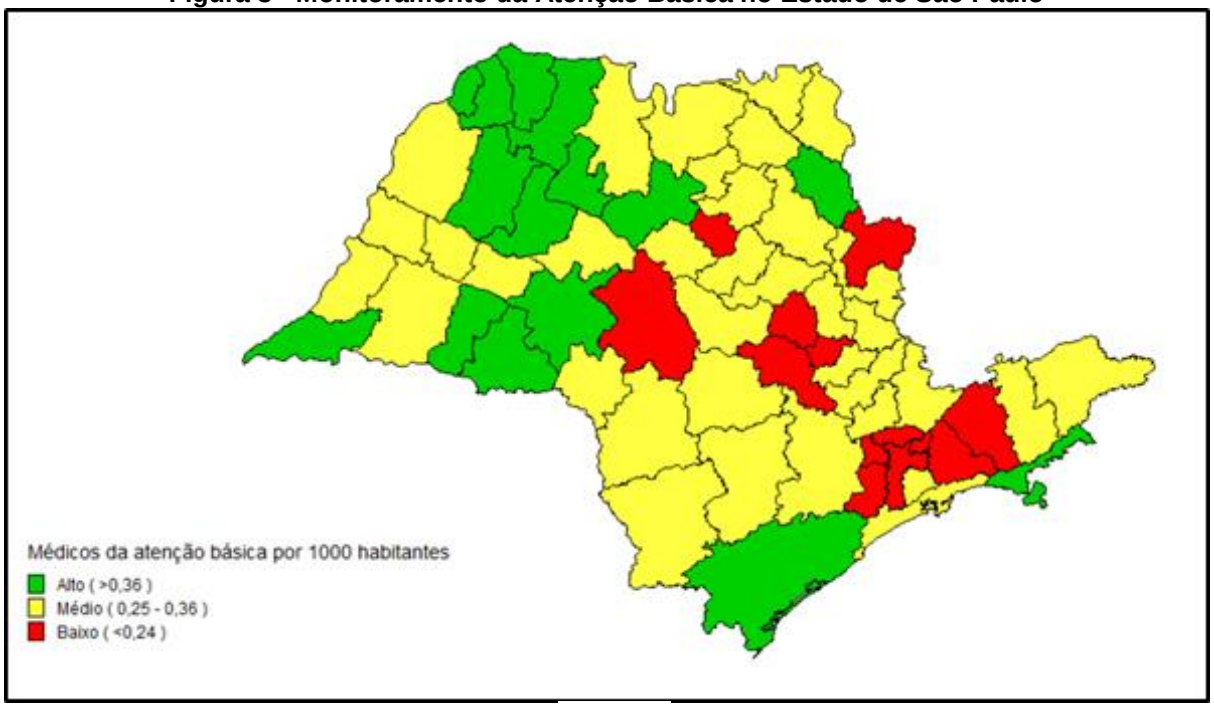
Fonte: autoria própria, 2017.

5 BAIXADA SANTISTA CONTEXTO PAULISTA

Em estudo realizado por Sala e colaboradores (2011), no período compreendido entre 2000 e 2009 afirma-se que a estrutura da APS no estado de São Paulo sofreu modificações importantes na década estudada, com a expansão do PSF que atingiu cerca de 28% da população paulista. Essa cobertura é baixa em relação à do Brasil, que foi de 50,7% em 2009. Contudo esse fato não indica falta de recursos de APS para atender a população paulista (desassistência). Ele pode ser explicado por aspectos específicos do desenvolvimento da saúde pública no estado: a grande rede de UBS tradicionais implantada no estado anteriormente à implantação da estratégia do PSF e a maior cobertura do sistema de saúde suplementar entre todos os estados no Brasil. Enquanto o Brasil possuía 44,8 milhões de beneficiários da saúde suplementar ou 23,5% da população em 2010 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010), o estado de São Paulo tinha 7,8 milhões de beneficiários (ou 43,2%) no mesmo ano.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em parceria com o Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), desenvolve estudos objetivando dados que referenciem a situação vivenciada pela Atenção Básica tanto nas regiões como nos municípios do estado de São Paulo (Figura 3).

Figura 3 - Monitoramento da Atenção Básica no Estado de São Paulo



Fonte: CEALAG, 2017

Em 1996 foi criada a RMBS formada por nove municípios (Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, São Vicente e Santos) cuja representação territorial é de 1% da superfície do estado de São Paulo. Segundo levantamentos prospectivos realizados pelo IBGE, a população da Baixada Santista em 2015 era de 1.750.630 pessoas, predominantemente na área urbana.

O PSF foi o programa que promoveu a estruturação e a reorganização da AB na maioria dos municípios da Baixada Santista e, com sua pró-atividade viabilizou o acesso à porta de entrada da rede de serviços.

Na pesquisa realizada sobre o Acesso aos Serviços de Saúde em municípios da Baixada Santista, ficou evidenciado que a cobertura dos modelos de atenção que têm a Saúde da Família como referência na RMBS atinge um percentual médio de 28%, correspondendo à média encontrada no Estado de São Paulo. Na RMBS, tal como nas demais regiões metropolitanas brasileiras, há uma dinâmica regional pautada por uma acentuada desigualdade entre os municípios que a compõem. O município sede, Santos, apresenta a população mais envelhecida, sendo ainda o município em que há a maior proporção de idosos afiliados ao SSAM. Estes fatos juntos podem explicar o aumento da fidelização a “consultório médico” que ocorre com a idade.

De acordo com dados obtidos na apresentação realizada no XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, em 13 de abril de 2016, o Estado de São Paulo possuía cerca de 4.400 unidades de saúde, a cobertura da ESF em dezembro de 2015 era de 39,9 %, a cobertura populacional estimada em 2015 pelas equipes de AB era de 62,9 %, e a cobertura de médicos na AB por 3 mil habitantes era de 86,3 %. Note-se que a cobertura do PFS na Baixada Santista é de 39, 3 % a 49,28 %. (SÃO PAULO, 2016)

Em 2009, com o Projeto de Estudos sobre a Região Metropolitana da Baixada Santista, surgiram evidências de que em 2007 no Estado de São Paulo em média a cada 4 famílias apenas uma havia sido atendida pelo PSF enquanto que na RMBS, a cada 3 famílias, uma foi atendida pelo PSF. E em Santos, São Vicente, Bertioga e Cubatão menos de 3% tinham cobertura pelo PSF no ano 2000. Em 2007 expandiu-se a cobertura e o município de Cubatão passou a ter cobertura de quase 45% enquanto que em Santos e em São Vicente a expansão não chegou a 7 % da população.

Demonstrou-se ainda no projeto que o município de Bertioga foi o único que retrocedeu no sentido de não ter o PSF a partir de 2002. No litoral sul, o município de Itanhaém apresentou a mais alta taxa de cobertura do PSF, alcançando ¼ das famílias residentes no ano 2000, embora a expansão tenha sido considerada muito modesta. Em 2007 menos de 29% das famílias residentes em Itanhaém foram atendidas pelo PSF. Peruíbe e Praia Grande, ao sul, foram os municípios que apresentaram em 2007 as maiores taxas de cobertura de PSF (DEDECCA; MONTALI; BAENINGER, 2009).

A análise do comportamento de alguns indicadores relacionados à APS nas suas dimensões de estrutura, desempenho do sistema e situação de saúde, ao longo da década de 2000 a 2009 permite concluir que ocorreu uma consistente melhora tanto na organização e operação da APS no estado de São Paulo quanto no perfil de saúde da população (SALA, 2011).

Os vários municípios da Baixada Santista foram contemplados com os dois programas (PROVAB e PMM), com colocação desses profissionais nas áreas consideradas vulneráveis em cada município, promovendo assim os objetivos centrais, dentre eles a implementação do provimento dos profissionais médicos nesses locais. Em consequência pôde-se então constatar a promoção das ações necessárias ao bom estabelecimento da cobertura da APS.

6 OBJETIVOS

6.1 PRINCIPAL

Analisar a experiência médica da participação no PROVAB e PMMB e a efetividade dos objetivos das políticas de formação médica no contexto paulista.

6.2 ESPECÍFICOS

a) Revisar a literatura em APS, PROVAB, PMM e legislação referente ao tema;
b) Analisar a experiência do PROVAB/PMMB na formação profissional;
c) Compreender a motivação para a adesão ao PROVAB e PMMB;
d) Identificar fragilidades e fortalezas do PROVAB e PMM como estratégia de formação médica.

7 MÉTODO

7.1 TIPO DE ESTUDO

Com a escolha da via qualitativa para desenvolver a pesquisa, o problema a ser estudado foi configurado e elaborada a seguinte questão:

Como as políticas públicas PROVAB e PMM influenciam a formação médica para assistência na APS?

Ficou claro que para ter um melhor entendimento do fenômeno pesquisado, caberia como melhor enfoque a pesquisa qualitativa, tanto para a coleta quanto para a análise dos dados e desenvolvida através de um estudo de caso exploratório e analítico visto que o objeto é contemporâneo, devendo ser estudado inserido no contexto pesquisado. E também para que a investigação produzisse respostas que não seriam possíveis por métodos estatísticos ou outros métodos quantitativos.

A pesquisa qualitativa é um processo de investigação não matemático, com a utilização de dados brutos sem tratamentos, fazendo-se em seguida a organização em uma nova sistemática teórica cuja interpretação leva a descobertas, propicia a identificação e a elaboração de novos conceitos.

O procedimento interpretativo teve como suporte teórico-metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin e a denominada TFD. Essa metodologia possibilita a formulação de categorias abstratas obtidas a partir de dados colhidos da vivência dos sujeitos da pesquisa e posteriormente a elaboração de uma teoria substantiva que forneça as respostas para o problema pesquisado.

Para Bardin, o termo Análise de Conteúdo é um conjunto de análises das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, mensagens indicadoras (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

O analista possui à sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar sua validade, aspirando assim a uma

interpretação final fundamentada. Qualquer análise objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos, por meio de operações conducentes a resultados de confiança (BARDIN, 2011).

Tendo como objeto de pesquisa o PROVAB, o PMM e a APS, todos são ferramentas das PPS voltadas para o desenvolvimento do SUS. Evidencia-se assim uma estrutura diversificada, com diferentes pessoas participando, processos diferenciados e, mesmo que relacionem-se entre si, todos podem apresentar variações distintas, possibilitando o desenvolvimento do fenômeno de forma contínua em consonância com a realidade dos envolvidos.

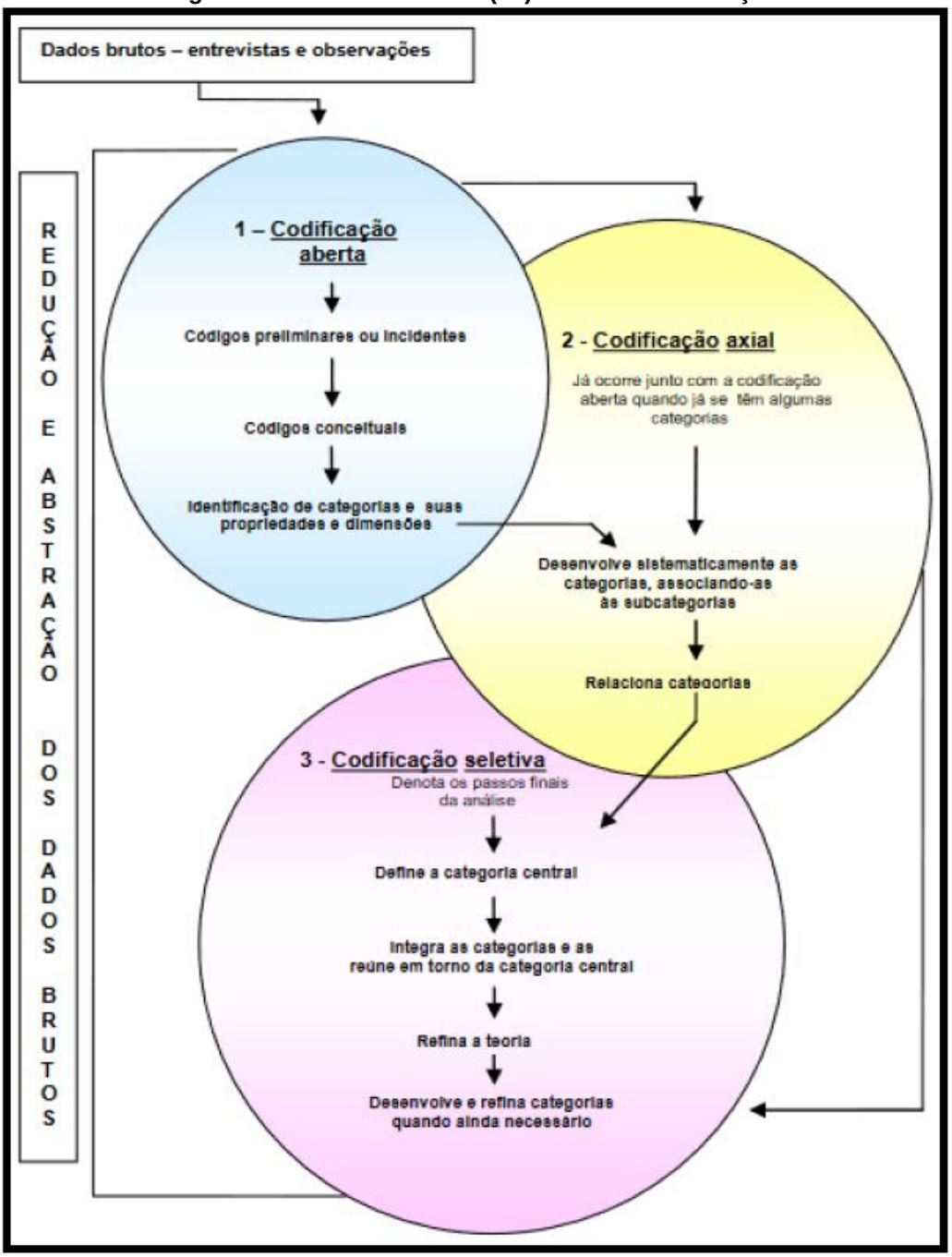
Portanto, a TFD é uma metodologia capaz de alicerçar também esse estudo através de identificação de categorias analíticas que serão a demonstração da realidade, revelada pelos sujeitos da pesquisa, com seus próprios significados atribuídos ao fenômeno. Assim, através da realidade apresentada por eles na pesquisa, poderá haver a construção de uma nova teoria.

A utilização da TFD como metodologia de pesquisa possibilita o entendimento comum a respeito de um fenômeno e suas relações na visão dos envolvidos, e dessa forma facilita a identificação daquilo que é válido teoricamente. Apresenta simultaneidade da coleta com a análise dos dados, com comparações constantes em todos os níveis da análise, objetivando a construção de conceitos, determinação de categorias, e finalizando com a elaboração de uma teoria.

A TFD consiste em um método que envolve um processo de crescimento continuado, pois cada etapa da pesquisa leva a uma próxima, em que uma vai contextualizando com a seguinte até formar a teoria final.

O processo para a realização da codificação das mensagens ou análise dos dados é classificado em três (03) fases (Figura 4).

Figura 4 - Resumo das três (03) fases da codificação



Fonte: Backers, 2011.

A primeira fase, de codificação aberta, começa com os dados brutos, fazendo comparações em busca de semelhanças e diferenças, possibilitando a confecção de categorias preliminares.

A segunda fase, de codificação axial, é quando as categorias da fase aberta são relacionadas entre si, e novamente reagrupadas em subcategorias, possibilitando explicações mais precisas.

A terceira fase, de codificação seletiva, é onde se realiza a integração das categorias. Delineia-se aqui uma categoria central que proporciona a representação do tema principal da pesquisa e a Teoria Substantiva dela decorrente.

Com a TFD a perspectiva do referencial teórico é visto após a análise dos dados obtidos na pesquisa, para que o pesquisador possa dar explicações e conceitos, identificar os principais enunciados e ações, relacioná-los com os estudos já apresentados e por fim elaborar uma teoria com justificativas para tudo isso.

Essa nova teoria é denominada de Teoria Substantiva que emergirá de uma realidade vivenciada e apresentada pelos participantes. Chega-se à teoria através da interpretação ou da explicação do fenômeno estudado na pesquisa, incorporando conceitos relacionados extraídos no decorrer da análise.

7.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a informantes-chaves envolvidos com o PROVAB e o PMM, APS, e RM. Elas foram desenvolvidas buscando informações contidas nas falas desses sujeitos. As entrevistas foram gravadas, com duração variando de 15 min a 64 min, totalizando 822 min e 55 seg.

7.3 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado num contexto do SUS do Estado de São Paulo, sendo desenvolvido com sujeitos envolvidos com o tema nas cidades de Praia Grande, Santos, São Paulo e São Vicente.

A escolha das cidades se baseou no contexto apresentado no decorrer da pesquisa, levando-se em conta as respostas de aceitação da cidade como campo para a pesquisa, a identificação dos participantes para a busca dos dados e a proximidade com a realidade da pesquisadora.

Houve autorização oficial prévia, de forma escrita, das Secretarias de Saúde ou Coordenação da AB das cidades de Santos, Praia Grande, e São Vicente, só se iniciando as entrevistas após a formalização de tal aceitação quando então eram programadas e agendadas as entrevistas com os sujeitos indicados pela

coordenação da AB, todos médicos do PROVAB, do PMMB e profissionais da gestão.

Em Santos houve acesso a dois coordenadores de COREME, um deles de uma instituição pública e outro de uma privada. Também em Santos foram entrevistados residentes e ex-provabianos de uma instituição pública com RM. Buscou-se também acesso a atuais e ex-residentes de instituições públicas renomadas na cidade de São Paulo (USP e UNIFESP) e de uma instituição privada (Centro Universitário São Camilo), tendo dois (02) deles feito o PROVAB em Praia Grande e São Vicente. É importante informar que o sujeito 3 foi novamente entrevistado, já como residente da USP, passando a ser o sujeito 26. A utilização de todos esses sujeitos teve o intuito de apresentar um cenário real e voltado para os objetivos da pesquisa.

7.4 ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

A escolha dos participantes como sujeitos da pesquisa foi por amostra intencional, tendo sido todos identificados previamente. O número total de entrevistados seguiu o critério de saturação teórica, com uma quantidade necessária para proporcionar a evidenciação dos resultados encontrados. E, ao realizar a análise dos resultados, já era esperado que algumas categorias seriam mais fortes e mais presentes em relação a outras ausentes ou saturadas, e sem valor, levando progressivamente à identificação de novas categorias analíticas surgidas no decorrer da pesquisa.

Assim, quando se realiza a coleta, a codificação, a análise, pode-se identificar a necessidade ou não de se continuar realizando novas entrevistas. Uma vez constatada a inutilidade do prosseguimento da coleta de dados, considera-se atingido o ponto de saturação teórica, ocasião em que nenhum dado mais é considerado novo, portanto nada mais acrescentando aos resultados da pesquisa.

Os sujeitos escolhidos para as entrevistas foram médicos provabianos, ex-provabianos, do Programa Mais Médicos, residentes e ex-residentes, coordenadores de RM e profissionais da gestão, totalizando 32 entrevistas, todos envolvidos com o tema (Quadro - 1).

Quadro 1 – Apresentação dos sujeitos entrevistados e suas qualificações

Sujeito	Qualificação	Município
1	PMMB	São Vicente
2	Ex-Provabiana e atual PMMB	São Vicente
3	Ex-Provabiana e atual PMMB	São Vicente
4	PMMB	São Vicente
5	PROVAB	São Vicente
6	Ex-Provabiana	São Vicente
7	Profissional da gestão	São Vicente
8	PMMB	Santos
9	PMMB	Santos
10	PMMB	Santos
11	PMMB	Santos
12	Profissional da gestão	Santos
13	Profissional da gestão	Santos
14	Profissional da gestão	Santos
15	Ex-Provabiano e atual Residente de Anestesia	Santos
16	Trabalhou na APS e atual Residente de Anestesia	Santos
17	Trabalhou na APS e atual Residente de Anestesia	Santos
18	Coordenador de COREME	Santos
19	Coordenador de COREME	Santos
20	PROVAB	Praia Grande
21	Ex-Provabiana e atual PMMB	Praia Grande
22	Profissional da gestão	Praia Grande
23	Ex-Provabiano e Ex-Residente de Clínica Médica (USP)	São Paulo
24	Ex-Provabiana e atual Residente de Dermatologia (USP)	São Paulo
25	Ex-Provabiano e Atual Residente de Anestesiologia (USP)	São Paulo
26	Ex-Provabiano e Ex-PMMB, e Atual Residente de Dermatologia (USP)	São Paulo
27	Ex-Provabiana e Ex-Residente de MSF (UNIFESP), Atual MSF	São Paulo
28	Ex-Provabiana e Atual Residente de Clínica Médica	São Paulo / Pelotas
29	Ex-Provabiana e Atual Residente de MFC (USP)	São Paulo
30	Ex-Provabiana e Atual Residente de MFC (USP)	São Paulo
31	Ex-Provabiana e Atual Residente de MFC (São Camilo)	São Paulo
32	Ex-Provabiano e Ex-Residente de MFC (UNIFESP), Atual MSF	São Paulo

Fonte: autoria própria, 2017.

Em uma das pesquisas de Fontanella (2011), há a identificação dos critérios de amostra intencional e saturação teórica quando há a afirmação de que os sujeitos da pesquisa foram selecionados por amostra intencional. O número de entrevistas obedeceu aos critérios de saturação teórica, portanto foram em quantidade necessária para a evidenciação dos resultados. Com a realização da

análise dos resultados já se esperava que determinadas categorias analíticas fossem mais reforçadas em detrimento de outras já saturadas ou ausentes, podendo levar ao surgimento de novas categorias.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia empregada, sendo-lhes apresentado o TCLE (ANEXO A) para leitura e concordância através do preenchimento e assinatura do documento, seguindo-se a imediata realização da entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas pela pesquisadora e posteriormente transcritas, lidas e categorizadas, para então serem analisadas pela técnica de Conteúdo de Bardin e TFD.

7.5 COLETA DOS DADOS

O processo para a instrumentalização da pesquisa ocorreu da seguinte forma: inicialmente foram enviadas solicitações de concordância e aceitação do procedimento aos cinco (05) municípios, São Vicente, Santos, Praia Grande, Guarujá e Cubatão e, após prazo médio de vinte (20) dias, todas as prefeituras formalmente autorizaram a pesquisa. As entrevistas foram realizadas nesta sequência de municípios: São Vicente, Santos e Praia Grande. Em Guarujá e Cubatão elas não foram realizadas, pois não foram fornecidas informações que identificassem a existência ou não de algum participante do PROVAB e de médicos brasileiros no PMMB.

Já com a autorização, a pesquisadora foi orientada a manter contato com o coordenador da AB e este escolheu e providenciou o agendamento das entrevistas. Tanto em Santos como na Praia Grande as entrevistas foram realizadas nas UBS com os sujeitos já pré-definidos. Em São Vicente o encontro se deu em sala específica da própria Secretaria de Saúde também com os sujeitos pré-agendados.

As entrevistas foram gravadas e enviadas a um serviço profissional especialmente contratado pela pesquisadora para a realização da transcrição. Após o recebimento dos textos em dois formatos (word e pdf), cuidadosa revisão foi feita pessoalmente pela pesquisadora a fim de detectar a necessidade ou não de se ouvirem as gravações originais para esclarecimento de possíveis dúvidas. Tanto os áudios como as transcrições encontram-se em poder da pesquisadora.

As entrevistas foram iniciadas em julho de 2016 e concluídas em abril de 2017. Os roteiros das entrevistas estão apresentados nos anexos (B, C, D e E). Sua elaboração inicial foi cuidadosa e realizada sobre uma matriz analítica. Eles propiciaram a identificação dos enunciados, e foram as próprias categorias pré-analíticas da pesquisa (Quadro 2 e 3).

Quadro 2 - Lista de enunciados apresentados pelos 32 sujeitos (1ª parte)

Sujeitos / ENUNCIADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Viável/ Interessante / melhorar e suprir / gargalo		x	x	x	x		x	x				x	x	x		x				x		x	x	x	x	x						
População carente / Trabalho direto com a comunidade	x	x				x			x	x	x	x		x	x								x	x	x	x			x			
Promove um atendimento de forma contínua e integral não fragmentada			x		x x							x		x						x									x			
Formação pobre em APS / Hospitalocêntrica		x	x		x	x												x											x			
Paixão por SF					x	x					x									x												
Conhecimentos teóricos, e práticos (PFS) / Contribuir para a formação		x	x	x	x			x	x	x	x					x	x			x	x		x	x	x	x			x			x
Obrigatoriedade da APS para todo recém formado											x			x			x				x				x							x
Trampolim para as RM + concorridas		x			x	x	x				x									x				x	x	x	x	x	x			
Conhece residente que usou bônus			x		x										x																	
Reserva financeira / tempo para preparo para a RM / fazer SF					x						x				x								x	x	x	x					x	x
Adquirir o bônus de 10 % / especialidades de difícil acesso			x															x		x			x	x		x	x	x			x	
Humanitária	x			x					x		x																					
Auxiliou na escolha da Especialidade					x						x					x										x			x	x		x
Não auxiliou na escolha da Especialidade		x	x												x		x	x		x	x		x	x	x							
Decepção: grandes mudanças / falta de estrutura					x		x									x				x												
Ausência de contrarreferência			x		x						x					x				x					x	x			x	x		x
Violência / insegurança		x	x	x	x															x												
Atingiu os objetivos	x	x	x		x	x		x	x	x													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Fonte: autoria própria, 2017.

Quadro 3 - Lista de enunciados apresentados pelos 32 sujeitos (2ªparte)

Sujeitos / ENUNCIADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Bônus injusto / desfavorece			X		X										X	X	X		X	X			X		X							X
Valorização da APS / Suprir necessidades			X									X	X							X			X	X	X	X						
Bônus / pontuação			X				X				X												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Médicos estrangeiros							X					X	X	X				X	X	X		X										
Dificuldade de vínculo com paciente / língua	X				X				X	X	X			X						X				X								
Prevenção	X				X									X			X	X		X												
Ações para não desenvolver doenças				X	X			X												X												
Cara da medicina / porta	X			X				X	X		X				X						X	X										
1º contato										X	X						X															
Paciente como um todo / atender a família		X	X					X			X	X	X	X																		X
Vai além da humanização													X																			
Suporte			X					X						X									X	X	X	X				X		
APS: atendimento de qualidade para todos / referência e contrarreferência / qualidade										X						X							X	X	X	X				X		X
Programas: Estrutura institucional							X					X																		X		
Equidade / universalidade						X				X				X		X																
Concordância	X	X	X		X		X		X													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Plano de carreira / estrutura de trabalho			X		X		X	X					X	X	X		X	X	X	X	X						X	X	X	X		X
Obrigatório	X			X						X	X																					X
Bônus de 10 %							X													X								X	X	X	X	
Paliativo / provisório							X													X												
A APS melhorou no município							X					X	X	X									X	X								
Generalista: Fundamental/ Desvalorizada/ Importante/Visão integrada																							X	X	X	X	X	X		X	X	X
Supervisão																							X	X	X	X	X	X		X	X	X
Influenciou a Especialidade	X	X	X		X															X			X	X		X	X	X	X	X	X	X
Não influenciou a Especialidade															X	X	X				X				X							

Fonte: autoria própria, 2017

De acordo com a TFD o processo de coleta de dados e o de análise acontecem simultaneamente até a saturação teórica, quando não são mais evidenciados dados considerados relevantes, ou quando esses começam a ser repetidos. Para tal, imediatamente após as transcrições das gravações, eram feitas as análises, possibilitando a identificação das categorias analíticas. Esse processo analítico é dinâmico, fazendo uma interconexão com as informações fornecidas, dessa forma atingindo os objetivos da pesquisa.

Para tanto foram construídas planilhas com informações contidas nas mensagens (enunciados), e com base nelas partiu-se para a realização das categorias para finalmente se chegar à construção da teoria.

7.6 PERFIL ÉTICO DA PESQUISA

Para a realização dessa tese, foram seguidas as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). Ela foi condicionada à aprovação prévia do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS), da autorização prévia das Secretarias Municipais de Saúde, das unidades de saúde envolvidas, e da assinatura do TCLE pelos médicos participantes e profissionais da gestão.

8 PERIÓDICOS DE PUBLICAÇÃO DA BIBLIOGRAFIA

O referencial teórico utilizado foi obtido em sua maior parte através de pesquisa pelo sistema de buscas da BVS que compreende LILACS, SCIELO e MEDLINE (Quadro 4).

Quadro 4 - Apresentação dos periódicos de publicação da bibliografia consultada

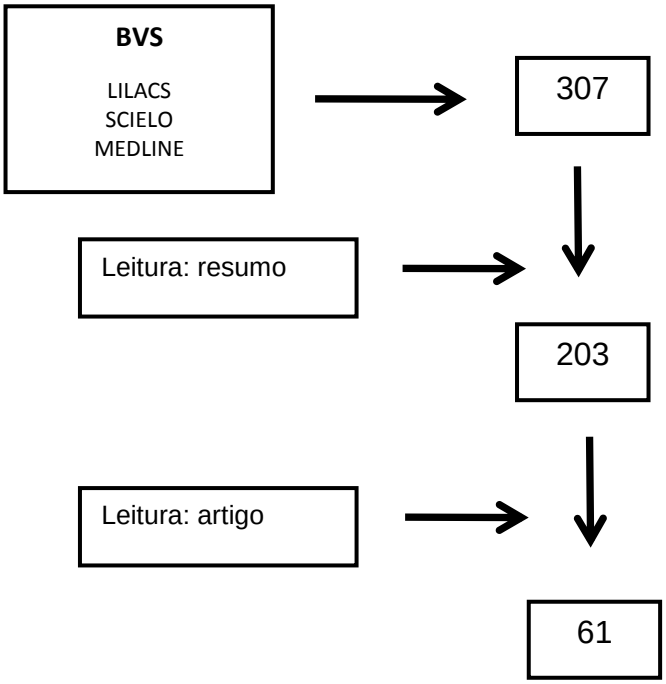
Periódico	Qualis	Número de publicações
Cadernos de Saúde Pública	A2	1
Revista de Saúde Pública	A2	1
Revista Brasileira de Educação Médica	B1	3
Revista Ciência & Saúde Coletiva	B1	27
Physis: Revista de Saúde Coletiva	B1	3
Revisa Interface	B1	6
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	B2	1
Revista Brasileira de Psiquiatria	B2	2
Revista Saúde em Debate	B3	4
Revista APS	B3	2
Acta Jus		1
Tempus Actas de Saúde Coletiva	B3	4
Cadernos do SUS		2
Estudo de Casos do Programa Mais Médicos		1
Cadernos EBAPE.BR	A2	1
Revista Eletrônica Gestão e Sociedade	B3	2
Total		61

Fonte: autoria própria, 2017

As buscas foram realizadas utilizando as seguintes palavras como descritores: PROVAB, Programa Mais Médicos; Formação Médica no Brasil; Atenção Primária de Saúde; Atenção Básica; Interiorização do médico no Brasil.

Tais palavras ou expressões foram digitadas separadamente, ou associadas umas às outras para a realização da busca, totalizando 307 artigos. O critério de exclusão utilizado foi a repetição dos artigos nas bases de dados, e aqueles que não faziam interface com o tema pesquisado. Foram desconsiderados os limites temporais de publicação e lidos os resumos de duzentos e três (203) artigos e a partir deles foram lidos sessenta e um (61) artigos para os quais foi usado como critério de inclusão a menção sobre o PROVAB e o PMM, e a APS no Brasil (Figura 5).

Figura 5 - Fluxograma mostrando a escolha dos artigos consultados na BVS



Fonte: autoria própria, 2017.

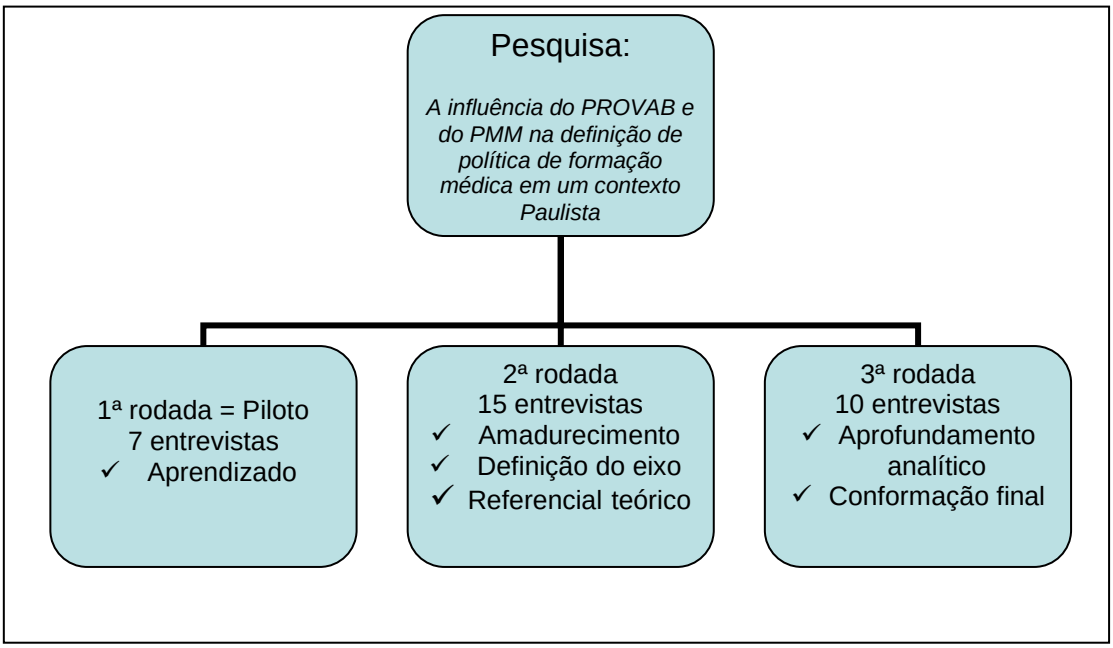
9 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em três (03) etapas (Figura 6), sendo que a primeira foi um Piloto que a pesquisadora utilizou como aprendizado para o tema. Nesta fase ela teve seus primeiros contatos com os participantes, procurou aprimorar a desenvoltura necessária como entrevistadora e obteve os primeiros resultados com um total de sete (07) entrevistas.

Na segunda fase foram realizadas quinze (15) entrevistas que levaram ao amadurecimento da pesquisadora com o fenômeno, e à definição dos eixos da pesquisa de campo e do referencial teórico. Aqui se verificou o delineamento das categorias temáticas e analíticas iniciais.

Mesmo já tendo sido realizadas duas fases de campo, a pesquisadora ainda sentiu a necessidade de prosseguir com as entrevistas para chegar a um aprofundamento analítico e para obter uma conformação final atingindo os objetivos da pesquisa. E aqui foram realizadas as últimas dez (10) entrevistas.

Figura 6 - Etapas da pesquisa



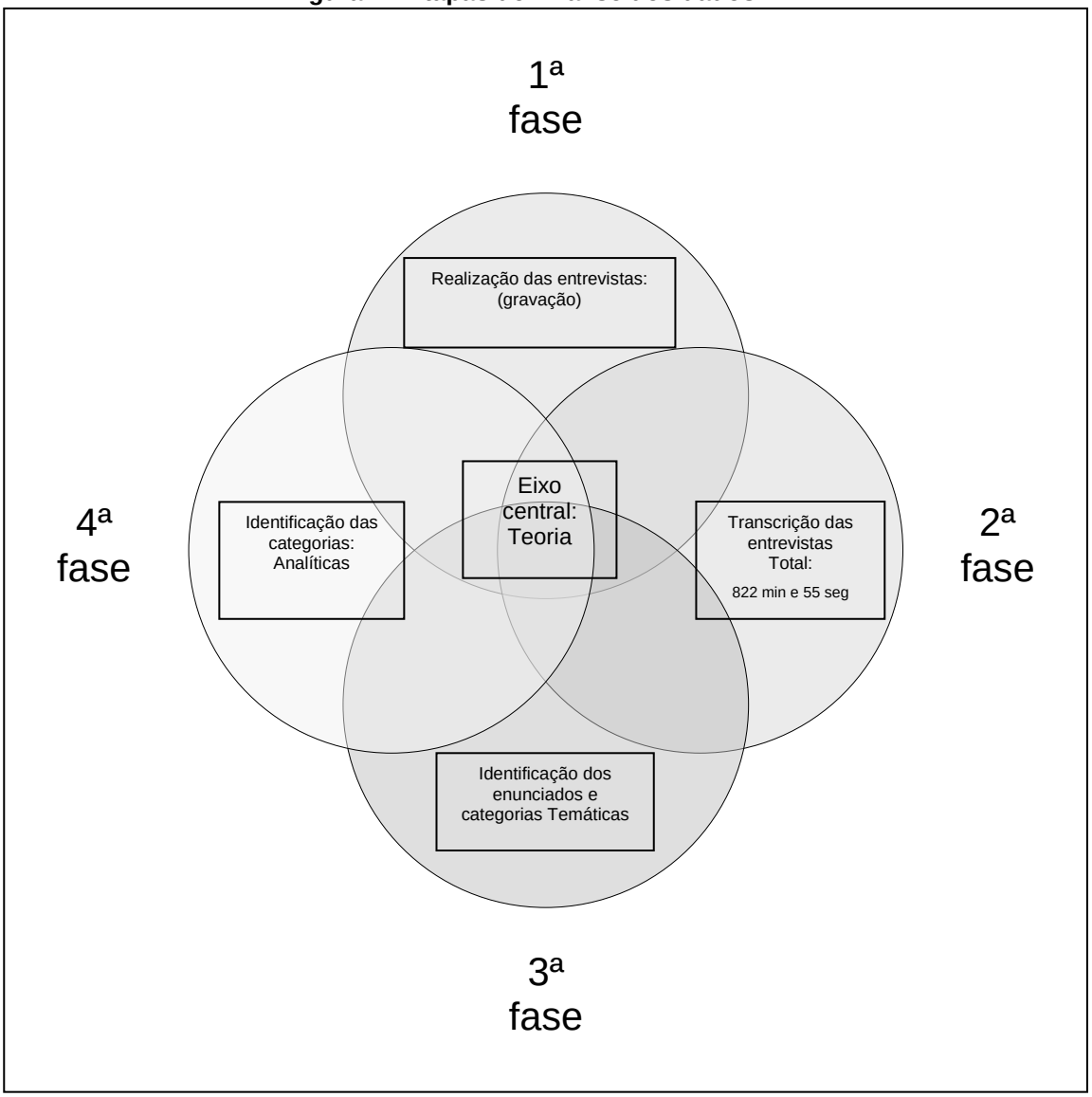
Fonte: autoria própria, 2017.

A pesquisadora, à medida que fazia a leitura das transcrições, ia colocando os enunciados em uma planilha e relacionando-os com os sujeitos. Simultaneamente fazia a elaboração das categorias temáticas e analíticas, e com

leituras posteriores promovia o refinamento das mesmas. Por fim, tais categorias foram inter-relacionadas e integradas levando a uma teoria central buscada pela pesquisa.

As etapas de análise dos dados (Figura 7) foram realizadas simultaneamente com a busca de dados bibliográficos, para que fosse finalmente construída a teoria buscada com a pesquisa.

Figura 7 - Etapas de Análise dos dados



Fonte: autoria própria, 2017.

As categorias Temáticas desenvolvidas ao longo das etapas da pesquisa sofreram um refinamento final, e finalizadas em oito (08), que serão mostradas a seguir:

01. Entendimento dos Programas: foi perguntado aos sujeitos da 1ª e 2ª fase da pesquisa de campo sobre o entendimento que tinham dos programas dos quais faziam parte, deixando-os livres para elaborar as respostas.

São programas do Governo Federal, com boa qualidade e viabilidade, sendo que o PROVAB é provisório. Eles vieram para melhorar e suprir as necessidades da APS, prestando auxílio na estrutura de saúde municipal e promovendo o trabalho de forma continuada e integral com a comunidade.

02. Graduação e Período Pós-Faculdade: os questionamentos dessa categoria se voltaram para questões de formação durante a graduação, formas de aprendizado, conhecimento do SUS e preparo para a RM, dentre outras. Foram realizados tais questionamentos para os profissionais médicos em todas as fases da pesquisa de campo, deixando-os livres para darem as respostas.

Continuando a formação, já no período pós-faculdade, percebe-se a possibilidade de se tornar obrigatória ao egresso a participação na APS, com uma supervisão direta no treinamento. Evidentemente torna-se necessário que haja uma reserva financeira e disponibilidade de tempo para investir nos estudos de preparação para as provas de RM, permitindo o contacto com a AB antes da RM, tão necessário para a boa formação.

A graduação médica é pobre no ensino da APS, não há a valorização social que envolve a saúde, não se vê pobreza. Há, no entanto, necessidade de se melhorar o ensino em APS e MF implementado por mais atividades teóricas e práticas, pois assim se melhorará a resolutividade nesse nível. E mais, nessa fase, que é essencialmente hospitalocêntrica, é importante que se conheça o SUS através da atuação em serviços públicos.

03. Dificuldade encontrada no Programa e na APS: tais indagações foram feitas a todos os sujeitos da pesquisa, ou seja, em todas as fases da pesquisa de campo, com respostas que qualificam a categoria.

Conhecer os protocolos que envolvem a APS torna-se uma dificuldade, principalmente para o médico estrangeiro que tem também dificuldade para estabelecer vínculo com o paciente, provavelmente por causa da língua. Há sempre uma sensação de decepção quando, ao se pensar na realização de grandes mudanças, constata-se que faltam até medicamentos, sem contrarreferência para os atendimentos necessários. Os pacientes tornam-se descrentes na saúde pública. Em determinadas áreas há ocorrência de violência que gera insegurança. Houve até quem pensou em desistir de tudo, mas também conhecemos aqueles que atingiram seus objetivos com o cumprimento do programa.

04. Motivações pelo PROVAB e PMM: essa categoria foi desenvolvida a partir de respostas dadas por todos os médicos entrevistados, identificando-se a motivação pessoal pela escolha.

Fazer o PROVAB propiciou uma reserva financeira fazendo SF, bem como disponibilidade de tempo para um melhor preparo para a prova de RM para subespecialidades de difícil acesso.

A referência imediata do PROVAB é a de injustiça quanto ao bônus de 10 %, sendo isso um ponto que desfavorece o programa. Ao mesmo tempo tem-se que tal bônus de 10 % é justo, e relaciona bônus com a pontuação para a prova de RM.

05. APS: para se chegar a essa categoria foram feitas perguntas que possibilitassem respostas espontâneas de todos os sujeitos sobre o entendimento de APS, e cada um deu significados pessoais.

APS é a cara da medicina, porta de entrada para o sistema SUS, promove a prevenção, é o primeiro contato com a assistência à saúde. Aqui a assistência é destinada a toda a família, e o paciente é visto como um todo. Vai além da humanização, há a participação da equipe multiprofissional que propicia um maior suporte de assistência. Esse médico saiu da faculdade e vem para esse território e aprende. Aqui há um rol de atividades como visitas domiciliares, acompanha longitudinal, promove palestras e execução de programas. Tem um modelo teórico coerente, só que na prática não funciona.

06. Estrutura Institucional – SUS: tais dados foram obtidos com perguntas genéricas feitas a todos os sujeitos, mas nem todos emitiram respostas que possibilitassem adicionar algum dado a essa categoria.

Na AB há entraves políticos de regionalização. O atendimento com qualidade na APS deveria ser disponibilizado para todos, com referência e contrarreferência. Para que sejam implementados há a necessidade de uma estrutura institucional, treinamento em gestão, equidade e universalidade.

07. Interiorização do médico no Brasil: essa categoria foi desenvolvida com respostas dadas pela maioria dos sujeitos, identificando dados que pudessem ser acrescentados a ela.

Há concordância de que o PROVAB e PMM propiciam a interiorização do médico no Brasil, e que, para que isso seja incentivado, necessita-se de um plano de carreira e de uma estrutura de trabalho. Para tanto a adesão deveria ser obrigatória, propiciando um aumento no número de médicos e maior conhecimento da estrutura do SUS.

08. Qualificadores dos dois Programas: essa categoria foi desenvolvida por respostas dadas particularmente por sujeitos que fazem parte da gestão.

Apresenta-se como qualificador dos programas o bônus de 10 %. São instrumentos paliativos e provisórios. Possibilitou-se a melhoria da APS no município, mas ainda com dificuldades de gestão. Os médicos estrangeiros permanecem mais nas UBS, possibilitando acolhimento na unidade e na residência bem como um feed-back positivo com a comunidade.

A amostra utilizada para a realização da pesquisa totalizou trinta e duas (32) entrevistas, com um tempo de 822 min e 55 seg de gravação e posterior transcrição. A coleta dos dados foi desenvolvida em três (03) etapas, seguindo o referencial metodológico já referenciado para a análise dos resultados.

À medida que eram realizadas, as entrevistas eram imediatamente transcritas e lidas, e assim desenvolvidas as categorias surgidas ao longo da pesquisa, até que se chegasse à confecção das categorias analíticas, e assim trouxessem respostas ao tema da pesquisa.

Foram então construídas as categorias passo-a-passo, e à medida que eram realizadas novas entrevistas, surgiam novos enunciados que automaticamente eram inseridos nas categorias Temáticas, para então desenvolver as categorias Analíticas.

Serão discutidas a partir desse momento as categorias Temáticas desenvolvidas ao longo da pesquisa, com a apresentação das falas dos sujeitos que possibilitam uma melhor caracterização das categorias.

9.1 ENTENDIMENTO DOS PROGRAMAS

Identifica-se que os sujeitos da pesquisa têm uma visão de que os dois (02) programas são bons e interessantes, têm viabilidade por prover condições à APS, através da disponibilização do profissional médico às comunidades necessitadas. E assim, suprir a demanda existente em regiões consideradas vulneráveis, e ajudar a corrigir o “gargalo” existente na AB brasileira.

Possibilitou-se o trabalho direto do médico com a comunidade carente em assistência à saúde bem como o incremento da ESF e a presença continuada do médico nas equipes de SF, dando um atendimento integral e não fragmentado, auxiliando a saúde nos municípios cobertos pelos programas. Constata-se, no entanto, ao mesmo tempo, que são programas instituídos pelo Governo Federal, mas de forma provisória, sem solução definitiva às necessidades da APS.

> [.....] Válido como medida urgente talvez, mas o que vai acontecer é a mesma coisa que a pontuação adicional acaba fazendo, você não fixa o profissional na área. Você acaba obrigando ele a passar, eventualmente, alguns não querem e você acaba obrigando a pessoa a passar por ali. E a pessoa vai ficar ali um, dois anos, o tempo que precisar, mas não vai fixar naquela comunidade. E com certeza as comunidades que tiverem um médico fixo na área vão ser muito melhor atendidas. (Sujeito 24)
>
> [.....] Então, o Programa Mais Médicos, para mim foi muito importante no Brasil, porque tem, não tanto aqui na Baixada Santista, que tem médicos, brasileiros, e o atendimento até aqui é bom, na Baixada, mas tem outros lugares no Brasil que não tinham atendimento médico, que tinham muitas doenças e muitas pessoas que nem sabiam que tinham, então eu acho muito importante, foi um passo muito importante para o Brasil. (Sujeito 8)
>
> [.....] São dois programas que levam o médico para atuar na atenção básica de saúde. (Sujeito 2)
>
> [.....] O Programa Mais Médicos no Brasil, foi criado para tentar um acesso à população de escasso recurso. Que a população tenha um contato direto com o médico, e você tenha um envolvimento com o problema que é a

> saúde da população realmente, que você conheça quais são as doenças mais frequentes, os problemas que acometem essa população, o que você pode fazer para ajudar, tentar ter uma equipe multidisciplinar, na policlínica, que todo mundo tenha envolvimento com a sua comunidade. Que eles sintam que são parte da policlínica, ou da equipe de saúde da família, que a equipe da saúde da família seja responsável pela saúde da sua população. (Sujeito 10)

> [.....] O programa Mais Médicos pelo que a gente percebe e lê o programa que veio para suprir uma necessidade da atenção primária né? Uma carência de médicos. .... Então eu acredito que veio para suprir essa necessidade no atendimento médico nessas cidadezinhas de interior onde o acesso é muito difícil e onde a população não tinha, eh, o acesso ao atendimento médico. (Sujeito 14)

> [.....] Então, o meu entendimento do programa Mais Médico é que ele veio para melhorar. Esse é o meu ponto de vista. Para nós, nessa unidade veio para melhorar. Melhorar para a população, eh, melhorar o gargalo que estava estrangulando mesmo. Então deu uma melhorada boa, desafogou, uma médica, médicos maravilhosos. Eu tive muita sorte que a médica daqui ela é fantástica, ela cumpre horário, ela atende maravilhosamente bem, eh, tem uma clínica assim como ninguém. Muito bom mesmo. (Sujeito 22)

Tem-se com mensagens dadas pelos sujeitos, a clareza de que os programas realmente levaram o médico para a APS, demonstrando também que houve provimento emergencial de médico com essa PPS. E ressalta-se que o interesse pela bonificação é uma realidade, sendo essa posição também evidenciada em outras fontes referenciais.

Ao mesmo tempo, para suprir com urgência a carência médica nas regiões consideradas prioritárias para o SUS, como aquelas que apresentam vulnerabilidade social, instituiu-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (COUTO, 2013).

A remuneração equivalente à praticada nas equipes de saúde da família e a bonificação de 10% nas provas de residência médica, para aqueles que tivessem interesse em ingressar nos programas de residência, foram os dispositivos formulados para os médicos se apresentarem para contratação no PROVAB. Entretanto, de acordo com estudo de Campos e Malik o salário não tem garantido a fixação, pois as vagas disponíveis são geralmente em áreas consideradas longínquas e pouco atrativas em termos de desenvolvimento econômico e sociocultural (OLIVEIRA, 2015).

Há ainda a referência de que é um programa populista e que desprivilegia a qualidade da assistência, fato que à época de sua implantação provocou descontentamentos e mobilizações por todo o Brasil. E o incentivo aos egressos

pela bonificação a ser utilizada nas provas de RM é valiosa no momento dos concurso para a RM principalmente para as mais concorridas, entre as quais Anestesiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Radiologia e outras.

> [.....] Bom, o PROVAB é um programa que traz o profissional da saúde, especialmente o médico, para Unidades Básicas de Saúde, que tem a intenção de trazer, interiorizar esses médicos e em troca disso, entre aspas, ele concede uma bolsa, uma pós-graduação, também, em Medicina da Família, que é dada pela UNIFESP, no meu caso, mas ela é (UNA-SUS), que é uma universidade aberta, cada estado tem a sua, e também dá 10% de pontuação em cima da nota que a pessoa tirar na prova de Residência. Nem todas as instituições aceitam, mas como ela é federal, todas deveriam aceitar. O Mais Médicos, em contrapartida, tem a mesma bolsa, a mesma pós-graduação, mas você não ganha os 10%, você tem alguns auxílios, por exemplo, de moradia, transporte, ou seja, na prática você consegue ter uma renda maior, mas você não tem o benefício dos 10%. Essas são as diferenças entre os dois programas. (Sujeito 3)
>
> [.....] É uma estratégia populista do governo do Partido dos Trabalhadores. (Sujeito 22)
>
> [.....] É um programa que teve um intuito, a princípio, do Governo Federal, de atrair médicos para áreas menos favorecidas e uma maneira de atrair, foi a bonificação dos 10% no acréscimo na nota da prova de residência médica. Acredito que isso foi o que mais atraiu. (Sujeito 7)
>
> [.....] Em primeiro lugar eu acho que a proposta do Mais Médicos se estivesse sendo aplicada adequadamente, seria uma proposta boa, já que a intenção é levar médicos para o interior do Brasil, e não substitui-los, mas o que a gente tem percebido é que esses médicos não estão no interior, muitos estão nas capitais. (Sujeito 18)
>
> [.....] Ele é viável sim. O que eu vivo e que eu entendo do programa são duas coisas completamente diferentes. Do ponto de vista do que é o projeto é bastante interessante. (Sujeito 5)

9.2 GRADUAÇÃO E PERÍODO PÓS-FACULDADE

O descompasso existente entre a formação médica voltada para a APS e a formação ideal é identificada nas palavras dos sujeitos da pesquisa e vem ao encontro da literatura, em que se confirma que há uma real necessidade para formar médicos que tenham conhecimento e interesse por essa assistência.

Neste sentido, o impacto da criação do SUS e da implantação da Saúde da Família como projeto de reorientação e reorganização dos serviços e das práticas profissionais evidenciou o descompasso entre o ensino da Medicina e as necessidades da população brasileira (SOUZA, 2013).

As falas apresentadas demonstram que a formação na graduação é “pobre” em APS, e que o conhecimento é mais teórico que prático. Evidencia ainda que há necessidade de se melhorar o seu ensino, bem como de se possibilitar a MF, e com isso estimular a própria resolutividade na APS.

> [.....] Sim, era uma coisa que eu achei interessante porque me fez ter contato com todas as áreas, quanto clínica médica como pediatria, como ginecologia e obstetrícia, foi um jeito interessante também de ficar em contato com todas as áreas. (Sujeito 7)
>
> [.....] Pois na minha época estava sendo implantado um novo currículo e a minha turma fazia parte da transição. Então tivemos mais os aspectos teóricos. Eu tive muito mais contato nos primeiros anos da faculdade, mas eu não tive contato com Medicina da Família e nem com uma equipe multidisciplinar, nós tivemos um contato muito fragmentado. Algumas vezes eu fui com o agente de saúde conhecer as áreas, mas não participei, sequer, de uma reunião de equipe, eu não sabia o que era equipe de Saúde da Família, efetivamente. Eu não tive muito contato com médico de família, então também me demorou um tempo para entender o funcionamento da Atenção Básica, entender quais são os limites do médico da atenção primária, o que ele precisa encaminhar, o que ele pode cuidar, coisas, às vezes, básicas, que nós não conseguimos aprender na faculdade. (Sujeito 3)
>
> [.....] Durante a minha graduação foi uma transição desse modelo de atenção, que era um modelo de especialistas, um modelo americano, para a atenção primária. No primeiro ano, já enfatizava isso. Eu fui do grupo de Medicina de Família também, em que isso era muito enfatizado. Nós tivemos estágio nas Unidades Básicas, mas eu acho que isso vai ser mais bem abordado nas universidades a partir de agora. Parece que vão mudar todo sistema de ensino, eu não sei como vai ser, se eles já vão fazer visita domiciliar desde o primeiro ano. Há boatos de que vai ser obrigatório você fazer Medicina de Família depois que acabar, então eu acho que é um enfoque que ainda vão enfatizar bastante nas próximas universidades que vão abrir. (Sujeito 7)
>
> [.....] Foi um tempo muito curto. No quinto ano tivemos um mês de PFS e ao longo da graduação tivemos mais conhecimentos teóricos e não práticos. (Sujeito 5)
>
> [.....] Eu acho que o treinamento e o desenvolvimento das habilidades na Atenção Básica de Saúde deveriam acontecer desde o primeiro ano do curso de medicina. Eu reafirmo que a questão está na revisão do currículo do curso de medicina do país. Nós precisamos utilizar os municípios com menor número de habitantes ao redor das grandes escolas médicas e levarmos esses indivíduos para treinamento desde cedo para que ele conseguisse entender a importância e conseguir em 6 anos uma melhor aptidão para a prevenção e tratamento das doenças crônicas na Atenção Básica. A formação é essencialmente hospitalocêntrica, e que durante a graduação não se vê pobreza. (Sujeito 18)
>
> [.....] O meu entendimento da Atenção Básica em Saúde é que realmente a formação médica no Brasil tá muito longe de ser voltada para essa finalidade. Temos uma visão hospitalocêntrica. Ao invés de tentarmos resolver os problemas na Atenção Básica todos os nossos pacientes e nós mesmos profissionais de saúde que trabalham na assistência no Brasil é

> voltado no Brasil para o Pronto Socorro, é voltado para o Hospital. Ou seja, eu reitero que a grande questão é chamar a atenção do médico durante a graduação para a importância da Atenção Básica, treiná-lo melhor em Atenção Básica e treiná-lo também em gestão para que ele consiga entender a importância de valorizar a Atenção Básica e consequentemente valorizar aquilo que é a prevenção e não o resultado final que acaba sendo a hospitalização e tratamento depois que a doença crônica se agudizou. (Sujeito 18)

A estrutura do SUS tem que ser apresentada ao graduando, dando ao futuro médico o conhecimento dessa instituição, a possibilidade de entender seus princípios, sua gestão e organização, níveis de assistência, permitindo assim sua atuação com entendimento institucional. Em suma, que ele possa prestar serviço nas várias redes de atenção com diferentes graus de tecnologia.

> [.....] Acho que ao invés de desenvolver esse tipo de sistema ou esse tipo de treinamento a gente deveria pensar em melhorar o currículo da graduação em Medicina voltando mais esse currículo para a Atenção Básica, para a Medicina da Família e para a Gestão em Saúde, já que uma das coisas importantes para a formação do médico e para que se desenvolva a Atenção Básica é entender que em torno de 55 % dos pacientes poderiam ser atendidos na Atenção Básica e não são. (Sujeito 18)
>
> [.....] O que eu gostei foi que eu acabei conhecendo o funcionamento de todos os âmbitos do SUS, tanto da atenção primária, de um centro secundário, de um centro terciário, e entendo melhor como vai ser a logística disso e isso acaba facilitando as coisas no HC ou em outros lugares em que você tem esse fluxo que às vezes algumas pessoas que não tiveram contato com a atenção primária não tenham essa noção. (Sujeito 24)
>
> [.....] Porque uma coisa que eu reparei que às vezes o que mais dava dificuldade para a gente era a questão burocrática. (Sujeito 18)

Já quanto ao período de pós-graduação, deveria haver a obrigatoriedade de cumprimento de jornada de trabalho na APS para todos os recém-formados, sendo possibilitada a supervisão direta durante o treinamento.

No Brasil já está clara a necessidade de mudanças no currículo médico, objetivando profissionais com o perfil indicado para atuar no SUS, e capacitados para empreenderem a assistência na APS. Tem-se uma posição unânime quanto à preparação do médico para atuar na APS. A formação preconizada pela DCN aponta uma visão integrada, humanista, com reflexão crítica, e voltada para o atendimento primário. Essa visão também foi apontada por sujeitos da pesquisa.

A formação de profissionais de saúde com visão integral e humanizada do processo saúde e doença das pessoas, família e comunidade, vem sendo

fortemente enfatizada no Brasil nas últimas décadas, o que se deve a um movimento internacional para a melhoria do perfil profissional e, mais especificamente à atual Política Nacional de Saúde que fora instituída a partir da constituição de 1988 (RICARDO, 2014).

A melhoria do status de saúde de uma comunidade está diretamente relacionada à qualificação, ou ao melhor balanceamento da gama de profissionais especializados no cuidado primário e no aumento do acesso ao mesmo em uma determinada região (TALBOT, 2017).

Médicos e acadêmicos concordam com a aplicação da reforma curricular e acham que o profissional generalista é capacitado para resolver a maioria dos problemas de saúde que acomete a população, atuando de maneira envolvida com os princípios de atendimento biopsicossocial. Em contrapartida, também identificamos que o médico generalista é percebido por acadêmicos e médicos como um profissional com remuneração, prestígio social e oportunidades de trabalho inferiores às do especialista, sendo eventuais justificativas do porquê das amostras não desejarem atuar como generalistas (NETO, 2014).

Na graduação, a articulação ensino-serviço é relatada em diferentes estudos. A dinâmica entre estes temas é justificada pela busca por profissionais com competências necessárias para atuar no SUS, ou seja, a formação deve preparar o profissional para atuar com base nos princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde vigente (OLIVEIRA, 2017).

> [.....] E o médico que está recém-graduado tem que ir, não tem como negar a não ir, a fazer isso. O problema é que não tem nenhuma atividade que obrigue ao médico que está iniciando a sua carreira, de fazer atividade pública. (Sujeito 10)

> [.....] Se você me perguntar aquela questão de obrigar recém-formado a trabalhar um ano, eu concordo. (Sujeito 20)

> [.....] O supervisor ia lá uma vez por mês. Ele avaliava a questão de estrutura do posto, ele sempre entrava no posto olhava todas as salas, o que tinha de material, o que a gente tinha de suporte. Conversava com a equipe, conversava com a enfermeira. Depois ele conversava comigo na minha sala e acompanhava o atendimento, ele fazia a avaliação, pontuava sempre as coisas que foram positivas na minha consulta, as coisas negativas, discutia o caso comigo, tirava as dúvidas e aí me dava avaliação. Eu gostei muito da supervisão que eu tive em ..... (Sujeito 23)

O PROVAB foi considerado um trampolim para as RM mais concorridas, possibilitando positivamente o contato prévio com a APS antes do período de especialização.

> [.....] Eu acho injusto, na verdade não deveria ter esses 10 %. Isso torna o programa como um trampolim. Têm muitos que entram para o PROVAB só pelos 10 %, pois querem especialidades muito concorridas como por exemplo anestesio, dermatologia, e outras. Ficam por um ano e têm a garantia dos 10 %. É injusto porque pode alguém que estudou e se preparou perder a vaga para outro por conta desses 10 %. Esse bônus faz muita diferença num concurso. (Sujeito 5)

> [.....] Vou fazer a prova de residência no final do ano, espero utilizar o bônus e conseguir ficar melhor nas provas. ..... Olha assim, eu não acho extremamente justo, porque beneficia quem tenha feito esse ano a mais né, mas como a concorrência hoje em dia tá tão acirrada, quem não faz, não passa. Dependendo da especialidade, então eu tive que me sujeitar a fazê-lo. (Sujeito 5)

9.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROGRAMA E APS

Dentre as dificuldades apontadas pelos sujeitos encontra-se a dificuldade em estabelecer vínculo com o paciente, referência de terem se decepcionado, pois imaginavam conseguir realizar mudanças. Referiram ainda a falta de estrutura institucional como a ausência de contrarreferências e a descrença do paciente com relação à saúde pública.

Foram identificadas também mensagens descrevendo situação de insegurança e violência na comunidade, tendo inclusive dois sujeitos pensado em desistir do programa em andamento. No entanto a maioria demonstrou ter atingido os objetivos ao realizar os programas.

> [.....] Senti dificuldade principalmente quanto à questão de se estabelecer vínculo com o paciente, dele entender qual o papel do médico em não ser um mero prescritor, mas como formador de opinião, fornecedor de informação. Quanto a isso eu sinto muita dificuldade onde trabalho. (Sujeito 5)

> [.....] Para ser bem sincero eu achei que faria grande mudança quando dentro do programa e com alguns meses vejo que ainda não consegui. Não consigo trabalhar e nem dar o que eu poderia dar por vários motivos. Por falta da instituição como um todo que não me oferece contrarreferência. Se eu precisar de um especialista não tenho resposta imediata. Às vezes a grande dificuldade é a demora e a descrença do paciente com relação ao serviço público (Sujeito 5).

> [.....] Dificuldade para encaminhar o paciente para um especialista, há uma demora para conseguir esse agendamento e o paciente acaba desistindo do tratamento. (Sujeito 4)

> [.....] Olha, algumas coisas que eu achei bem difíceis foram pacientes com queixas oftalmológicas, na faculdade a gente não estuda praticamente nada, têm poucas aulas, não tem tanto contato. E você não tem muito como resolver e às vezes você esbarra no sistema, porque você encaminha o paciente, ele só vai passar no oftalmo dali um ano. Alguns casos de pré-natais de alto risco em que você tem que ser mais ágil para não ter nenhuma complicação, matéria fetal foram algumas coisas. E, eventualmente, você esbarrava na demora do sistema, por mais que ali a gente tentasse. Como tinha uma agente conseguia encaminhar um pouquinho mais rápido, mas era sempre uma coisa que dava uma certa aflição de fazer e de não conseguir resolver. (Sujeito 24)

> [.....] Foi tranquilo, eu continuei, nessa unidade eu, faz pouco tempo que eu estou aqui, eu entrei aqui no final de abril. Eh, mas foi, foi bem tranquilo, eu continuei na mesma unidade que eu estava, eu só mudei para cá porque eu tive um problema com assalto lá na outra unidade e mudei para cá. Mas foi tranquilo a transferência, foi só uma continuação mesmo. (Sujeito 21)

> [.....] Na minha terceira semana, eu falei: “não dá”. Pensei em desistir pela cobrança de metas e pela dificuldade dos pacientes aderirem aos tratamentos. (Sujeito 5)

> [.....] Eu não entrei na residência, que era meu principal objetivo, mas eu atingi muitos objetivos da minha vida pessoal, consegui conciliar tudo, foi uma experiência muito boa para mim. (Sujeito 2)

> [.....] Consegui desenvolver as minhas propostas de médico de família e conhecer essa cultura brasileira. (Sujeito 4)

9.4 MOTIVAÇÕES PELO PROVAB E PMM

Dentre as motivações encontram-se a possibilidade de fazer uma reserva financeira, a disponibilidade de tempo de estudo para concurso de RM, a possibilidade de fazer SF, a aquisição do bônus para a RM, razões humanitárias, o contacto com uma cultura diferente e dificuldades econômicas e sociais.

> [.....] Estou atingindo parcialmente, com relação à escolha da especialidade foi facilitada pelo PROVAB, estou conseguindo conciliar estudo para a residência com o trabalho no PROVAB. E fazendo um "pé de meia" para ter uma tranquilidade financeira durante a residência. (Sujeito 20)

> [.....] Alguns motivos me levaram. Primeiro a remuneração que era bem interessante, não tinha nenhum desconto de imposto nem nada. (Sujeito 24)

> [.....] Certo, eu me formei no ano de 2013, comecei a trabalhar, comecei uma residência e desisti da residência. Quando troquei a minha opção de especialidade, acabou sendo necessário fazer o PROVAB principalmente porque o era muito alto. E eu gostava de trabalhar em posto de saúde, então acabou que eu juntei as duas coisas, eu já trabalhava em um posto de saúde antes, troquei de posto para poder entrar em um que fosse do PROVAB, fazia e ao mesmo tempo ganhava a bonificação dos 10% que era necessário pra minha especialidade. (Sujeito 23)

> [.....] Em 2013 eu me formei e terminei a faculdade na UFSC na cidade de Santa Catarina e quando saí de lá queria trabalhar, arranjar um emprego que me permitisse trabalhar com uma coisa que eu gostava, que é a atenção básica. E que também permitisse que eu tivesse feito pra estudar pra uma prova de residência posteriormente e também pudesse ganhar um dinheiro um pouco melhor do que a bolsa de residência. Para mim, na verdade, o PROVAB foi uma oportunidade quase perfeita, porque tinha todas as coisas que me interessavam. (Sujeito 22)

Quando foi feito questionamento sobre o PROVAB, percebeu-se que alguns sujeitos relacionavam o programa com a pontuação ou bônus de 10 %, e com APS. E quanto ao PMM, referiam o contato com a APS e médicos estrangeiros.

> [.....] Têm muitos que entram para o PROVAB só pelos 10 %, pois querem especialidades muito concorridas como por exemplo anestesio, dermatologia, e outras. Ficam por um ano e têm a garantia dos 10 %. É injusto porque pode alguém que estudou e se preparou perder a vaga para outro por conta desses 10 %. Esse bônus faz muita diferença num concurso. (Sujeito 5)

> [.....] O fato de que quando eu fiz as provas de residência, algumas pessoas passaram na minha frente por causa da pontuação de bônus e talvez um pouco por isso que eu também não consegui passar, isso acabou me motivando um pouco a fazer o PROVAB. (Sujeito 24)

> [.....] Quando eu estava no PROVAB, você não consegue estudar igual uma pessoa que está se preparando só para a residência. Então, é bom, por conta disso, porque eu acho até que quem não faz o PROVAB e só estuda, vai melhor na prova do que quem faz o PROVAB e tem os 10%, essa é a minha opinião, o que eu vivi. (Sujeito 3)

9.5 APS

No momento das perguntas que versavam sobre APS, imediatamente relacionavam com prevenção, ações para não desenvolver doenças, é a cara da medicina, a porta de entrada, primeiro contato, ver o paciente como um todo. Demonstram que tais conhecimentos vivenciados na prática médica da APS através dos programas subsidiaram um nível de entendimento dos princípios que favorecem o perfil para o médico nesse nível de assistência.

> [.....] A atenção básica é o nível em se faz a prevenção, oportunidade em que são desenvolvidas as ações no sentido de o indivíduo não desenvolver doenças. (Sujeito 5)

> [.....] O que eu entendo de APS, que assim, não a questão de tratar, de principalmente prevenir os agravos de saúde, e tratar o mais básico. (Sujeito 20)

> [.....] Eu acho que você tem que estudar o paciente como um todo, você não pode ver só a doença, a queixa específica que ele está trazendo, tem muita gente que chega e fala que quer uma consulta com um oftalmo, que só quer um encaminhamento, aí você fala que precisa ver direito, se está apresentando alguma coisa, aí você pergunta, faz uma anamnese. Para mim, Atenção Básica é isso. É você não tratar somente a queixa, o que ele está pedindo, você tem que ver todo histórico dele, tudo que ele já passou, ver o contexto geral, atender sua família, o que ele está passando, suas maiores dificuldades, ver até as dificuldades financeiras e os problemas de saneamento. (Sujeito 2)
>
> [.....] Eu acho sim, porque a atenção primária, eh, é a porta de entrada, eh, é ali que você vai saber realmente o que acontece na periferia, o que acontece. (Sujeito 22)
>
> [.....] A Atenção primária de saúde é a porta de entrada da saúde, da pessoa. O médico da família que está na atenção primária, ele vai conhecer não só a doença, vai prever a doença, entendeu? Que é o mais importante. Vai conhecer o paciente, vai conhecer os riscos que tem, e vai evitar o desenvolvimento das doenças, que é o mais importante. (Sujeito 9)
>
> [.....] Atenção Básica, eu acho que, na verdade, esse nome não é o mais adequado, porque ela não é exatamente básica, ela é primária, é uma atenção que consegue resolver 90% dos problemas quando tem um médico capacitado para isso, e mesmo quando ela não consegue resolver, ela consegue encaminhar só para ser resolvida aquela parte que ele não conseguiria fazer dentro da unidade. (Sujeito 3)
>
> [.....] Então eu acho que a Atenção Primária é isso, é você dar um suporte, que o paciente nunca vai ter com as especialidades, então eu posso dizer, com certeza, que 80, 90% da resolução é feita na Atenção Primária. (Sujeito 3)

9.6 ESTRUTURA INSTITUCIONAL – SUS

É sabido que quase a totalidade dos profissionais médicos em algum momento da formação ou de sua vida profissional prestou ou prestará assistência ao usuário do SUS, sem muitas vezes ter sido preparado para isso. Tal fato dificulta a sua participação na engrenagem do sistema público representado por essa instituição.

As respostas dos sujeitos não são posições diferentes da literatura pesquisada, e assim realçam e dão credibilidade à pesquisa.

Há evidências de que uma APS efetiva é capaz de absorver e resolver a grande maioria dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2017).

Em pesquisa realizada por Souza (2013), tem-se a afirmativa de que nos depoimentos obtidos, identificamos temas de maior interesse dos alunos, tais como:

infraestrutura e funcionamento da UBS, relação médico-paciente e aplicação prática dos conhecimentos teóricos.

Dessa forma, ao lançar um olhar retrospectivo sobre esta experiência, percebemos a necessidade de desenvolver abordagens pedagógicas que possibilitem ao estudante das ciências médicas interagir com a comunidade e a unidade de saúde de forma sadia e produtiva. Ressaltamos ainda que, neste contato inicial com o SUS, o graduando deve ser estimulado a se familiarizar com ele, porém de forma ativa e crítica, buscando investigar aspectos desconhecidos para ele até então (SOUZA, 2013).

Aqui as referências dos entrevistados são voltadas para a abordagem política, assistência com integralidade, universalidade e equidade, referência e contrarreferência, ou seja, tem-se a discussão sobre o conhecimento da estrutura do SUS.

> [.....] Tudo o que você precisava de algum especialista para tentar resolver era um pouco mais travado. (Sujeito 24)
>
> [.....] Essa atenção é para todos, é uma atenção da criança, para não apresentar complicações no futuro, é atenção da gestante, para não ter complicações na gestação, é esse atendimento das pessoas para não apresentar diabetes, pressão alta, para não ter outras coisas. Isso é atenção primária para mim. (Sujeito 8)
>
> [.....] Uma das coisas é a participação no SUS mesmo. Ver como funciona. Não adianta eu soltar um graduando, um aluno que não tem noção do que é um serviço público. Eles não têm noção do que é o universo SUS. (Sujeito 7)
>
> [.....] O desempenho como médico de família fica limitado onde eu trabalho principalmente por não ter um sistema de referência e contrarreferência rápido. (Sujeito 5)

Observa-se então a necessidade real de possibilitar essa formação voltada para a APS, que proporcione o fortalecimento da proteção à saúde no SUS, e a assistência ao cidadão respeitando-se sempre sua singularidade.

9.7 INTERIORIZAÇÃO DO MÉDICO NO BRASIL

Houve aqui a concordância de que os dois programas auxiliaram a ida do médico para as áreas carentes, possibilitando a interiorização do médico. É necessário também um plano de carreira, de infraestrutura de trabalho e de

promoção do aumento quantitativo na graduação médica. A opção dos médicos sempre por áreas mais próximas a cidades grandes acaba se tornando um entrave ao desenvolvimento do programa. Tais mensagens dos sujeitos são apoiadas também pela literatura pertinente.

> [.....] Não sou contra o Mais Médicos. Eu acho que tem de vir mesmo. Se ninguém quer ir para lá tem quem queira. Acho injusto o pessoal ser preconceituoso com médico que vem de fora. Até mesmo o pessoal que vem de fora, não revalidou e trabalha. Acho que são bem-vindos. (Sujeito 5)
>
> [.....] Mas depende muito do local onde está inserido. Você tendo uma estrutura boa, atingiria. O problema é que você não tem. A Prefeitura não te dá essa estrutura. Uma coisa que está no papel: o programa é lindo. (Sujeito 5)
>
> [.....] Tem aquela outra questão: a desculpa que o pessoal dá é que existe uma carreira de estado que eu não sei, acho que não mudaria nada. (Sujeito 5)
>
> [.....] Se a população não tem um acesso à saúde adequada, o profissional não quer trabalhar em determinados lugares, tem que ter um jeito, esse é um foi um jeito paliativo que o governo criou para mim. Na minha opinião foi o seguinte, meio que paliativo, pegaram e fizeram isso para tapar um buraco. Eu não acho que seja o certo a se fazer, o certo seria uma carreira, um projeto de carreira. (Sujeito 20)
>
> [.....] Também o número de médicos e a quantidade que o Brasil precisa para chegar até esses lugares. Então penso que tem que aumentar de alguma forma o número de médicos nessas regiões. Eu acho assim, é uma boa experiência, precisa de um pouquinho mais de profissional na saúde, para aumentar essa quantidade de profissional, na atenção básica, porque se tivesse uma atenção básica boa, não teriam muitos problemas, na atenção secundária, essas complicações, e o pronto socorro cheio todos os dias, isso aí ia melhorar muito. (Sujeito 9)
>
> [.....] Não tenho dúvida que tem que ser através de um plano de carreira. Porque a gente consegue ter no Brasil juízes que trabalham no interior do nordeste? Porque ele sabe que vai passar num concurso, que vai trabalhar 2 a 3 anos no interior e depois vai conseguir voltar nem que demore mais alguns anos até a cidade que ele gostaria de permanecer o resto da vida. Se a gente conseguisse fazer isso com o médico brasileiro sem dúvida a gente teria a interiorização. Sem plano de carreira não tem como conseguir. (Sujeito 18)
>
> [.....] Então eu acredito que veio para suprir essa necessidade no atendimento médico nessas cidadezinhas de interior onde o acesso é muito difícil e onde a população não tinha, eh, o acesso ao atendimento médico. (Sujeito 14)

9.8 QUALIFICADORES DOS DOIS PROGRAMAS

Como qualificadores foram identificados o bônus de 10% do PROVAB, a melhoria na APS e a permanência na UBS, possibilitando o acolhimento na unidade

e na residência, proporcionando dessa maneira um feed-back positivo com a comunidade.

> [.....] O PROVAB é um programa da AB, de valorização da AB, em que tem um benefício de ter 10 % da prova de residência do ano em que você quiser, em algumas instituições. (Sujeito 20)

> [.....] Assim, que veio para agregar para a minha unidade onde eu trabalho é de extrema importância. Eles, assim, deram um outro “up” para a atenção básica aqui na UBS. Isso é fato. (Sujeito 12)

> [.....] Não, assim, eh, no começo é interessante porque o atendimento médico se baseava, sei lá, em dois, três minutos. Quando eles vieram, os Mais Médicos já faziam o atendimento pelo menos em 15 minutos ou até mais. Então assim, a gente via que fazia o atendimento mais completo porque, como eu falei, não só se baseando na dor do paciente, chega “ah, vou remediar.” (Sujeito 12)

> [.....] No começo sim. As pessoas não queriam. Eu pedi para as pessoas primeiro conhecê-la para depois tirar as conclusões. E hoje vamos fazer um movimento se preciso for para não tirá-la daqui, entendeu? Então assim, um retorno assim, eles falam: “nossa, a melhor médica que eu já tive.” Mas no começo teve um pouquinho de dificuldade. (Sujeito 22)

Após a determinação dessas categorias Temáticas apresentadas acima, foram finalmente construídas as cinco (05) categorias Analíticas que proporcionaram também a confecção da teoria desenvolvida com a pesquisa, e que serão apresentadas a seguir exemplificadas com as falas dos sujeitos:

9.9 ASPECTOS GERAIS

Houve reforço de afirmações apresentadas nas fases anteriores com a confirmação dos motivos de escolha do PROVAB, a saber: fazer reserva financeira, bônus de 10% nas RM, preferência pela AB, possibilidade de fazer uma especialização e também de ter mais tempo voltado ao preparo para a RM.

> [.....] .... quando saí de lá queria trabalhar, arranjar um emprego que me permitisse trabalhar com uma coisa que eu gostava, que é a atenção básica. E que também permitisse que eu estudasse pra uma prova de residência posteriormente e também pudesse ganhar um dinheiro um pouco melhor do que a bolsa de residência. Para mim, na verdade, o PROVAB foi uma oportunidade quase perfeita, porque tinha todas as coisas que me interessavam. (Sujeito 23)

> [.....] Eu me formei no ano de 2013, comecei a trabalhar, comecei uma residência e desisti da residência. Quando troquei a minha opção de especialidade, acabou sendo necessário fazer o Provab principalmente porque o índice para a especialidade era muito alto. E eu gostava de trabalhar em posto de saúde, então acabou que eu juntei as duas coisas, eu

> já trabalhava em um posto de saúde antes, troquei de posto para poder entrar em um que fosse do Provab, fazia a mesma coisa e ao mesmo tempo ganhava a bonificação dos 10% que era necessário pra minha especialidade. (Sujeito 24)

> [.....] Os meus motivos foram a indecisão pela especialidade, mesmo já gostando de APS, trabalho que já conhecia por frequentar as unidades de saúde desde o primeiro ano de faculdade, também poderia ter mais tempo para estudar, e também pela possibilidade de fazer a pós-graduação inserida no programa. (Sujeito 32)

9.10 SUPERVISÃO E APRIMORAMENTO

Quanto a essa categoria os sujeitos foram questionados e apresentaram respostas coerentes entre si e assinalaram aspectos diferentes quanto à supervisão, para alguns boa e para outros, fraca. Afirmaram que o processo de atualização através da especialização dada pelo PROVAB era uma forma de manterem-se atualizados, e mais, todos estavam envolvidos com o preparo para a prova de RM, e assim, mantinham uma organização de estudo.

> [.....] Eu tinha contato dos supervisores, claro que também não ficava o tempo todo ligando para eles, porque tinham outras atividades. Mas eu tinha o contato deles, e teoricamente sempre estariam disponíveis. Mas eu só tinha contato verdadeiramente uma vez por mês, que é quando eles vinham ver quais eram minhas dificuldades. (Sujeito 26)

> [.....] A supervisão é fraca, o meu supervisor só foi lá para me conhecer, e só nos falávamos por telefone esporadicamente. (Sujeito 29)

> [.....] A supervisão foi excelente, e ela era de muito fácil acesso. (Sujeito 32)

9.11 FORMAÇÃO ESPECIALIZADA

As respostas dadas para essa categoria possibilitaram a identificação de que a carreira de generalista é fundamental, bonita, desvalorizada, desconhecida pelas pessoas, resolve com prevenção.

> [.....] Olha, o que eu penso é que é uma especialidade linda, maravilhosa e inclusive me deu vontade de fazer. Eu não fiz justamente porque a carreira hoje é muito... Como posso colocar em palavras? É uma carreira que não tem o retorno que merece. (Sujeito 26)

> [.....] Eu acho que é uma carreira talvez a mais importante da medicina. Se você tiver uma boa equipe de generalistas pelo país você não precisa tantos especialistas como a gente tem hoje. Então é uma coisa das mais importantes. E é uma das menos valorizadas, apesar de tudo, apesar dessa importância. (Sujeito 25)

> [.....] Eu acho que uma carreira bem necessária, bem legal, bem bonita, mas que talvez pouco, digamos assim, um pouco difícil assim de ser seguida na maior parte do Brasil. Talvez nos lugares onde ela funciona muito bem seja uma carreira muito legal, mas eu acho que isso, pela impressão que eu tenho é que isso é mais uma exceção do que a regra aqui no Brasil, sabe? E que talvez por depender muito disso e de ter assim, como é que eu posso dizer assim, se você segue alguma outra carreira que não é essa de médico de famílias generalista ou você se no lugar onde você quer morar, por exemplo, o SUS não funciona tão bem e você consegue, enfim você pode se quiser trabalhar como privado como médico do serviço privado e você tem essa opção. (Sujeito 23)

> [.....] O médico generalista não é valorizado pela cultura brasileira, mas que já está sendo vista uma pequena mudança nesse sentido. (Sujeito 29)

> [.....] A carreira de generalista contempla cuidado abrangente, continuado, vínculo ao longo do tempo, e possibilita um sistema de saúde único, resolve com prevenção. (Sujeito 30)

> [.....] Para quem ama é gratificante. (Sujeito 27)

> [.....] O médico generalista passa por dificuldades inclusive com a própria classe médica que não compreende ainda o que é essa especialidade. (Sujeito 28)

9.12 POLÍTICAS DE FORMAÇÃO MÉDICA

Os questionamentos apresentados pelos sujeitos propiciaram a identificação de que a Graduação Médica deve ter a responsabilidade de apresentar e desenvolver habilidades com o graduando no tange ao SUS, à APS, MFC, dentre outras. E assim, que desde a graduação houvesse incentivos para que o graduando, já com um perfil, pudesse encontrar mais apoio para a escolha de MFC. E para os que não tivessem esse potencial, que desenvolvessem habilidades para outra especialidade, mas compreendendo a APS. E assim mostraram pontos fortes e ou fracos.

> [.....] Deveria haver desde a graduação um fortalecimento da MF, inclusive com departamentos próprios nas faculdades que expusessem discutissem mais a especialidade, e também houvesse uma reserva de vagas para a RM em MSF. Para que aquele que tivesse o perfil e dedicado na graduação entrasse na RM. (Sujeito 30)

> [.....] Uma coisa que eu acho interessante é o fato de você tentar colocar mais gente na atenção básica. Eventualmente, várias pessoas que têm

> essa experiência podem achar a atenção básica e descobrir que é isso que queriam fazer da vida, não sabiam isso e de repente descobriram como isso. (Sujeito 25)

> [.....] Os aspectos fortes para mim é você ter uma experiência pré residência, geralmente o que acontece é que as pessoas fazem pré residência, então de você já entrar muito mais preparado, de ter tido um primeiro contato com a atenção básica. (Sujeito 24)

> [.....] Acho que talvez o ponto mais óbvio seja aumentar a abrangência de médicos em localidades mais difíceis, que na verdade é o grande objetivo deles de terem feito isso mesmo. Ponto fraco eu tenho muitos, um deles é a perda de vínculo durante o pouco tempo que ficamos, que é um ano e meio; isso se perde depois. Outro ponto fraco é você colocar uma pessoa recém-formada numa região que requer essa responsabilidade, e nem sempre a pessoa está preparada ou foi bem formada para administrar uma equipe e fazer parte dela. Eu acho que são esses pontos fracos. (Sujeito 26)

> [.....] É uma política válida, mas a supervisão in locu é fundamental. (Sujeito 29)

> [.....] Acho que processo de municipalização enfraquece essa política, via pessoas não técnicas ocupando cargos, e isso impede a efetivação na prática. Eles têm somente olhos de político. (Sujeito 30)

9.13 SÍNTESE E FECHAMENTO

Afirmam que os dois programas são ferramentas auxiliares para fortalecer a APS, bem como para auxiliar a formação médica para esse nível. Só que dizem também que são provisórios, e que sofrem influências locais, pois há municípios com uma estrutura de saúde melhor, possibilitando a assistência nesse nível de atendimento. E que de alguma forma veio para melhorar.

> [.....] Não. Porque a atenção básica não se faz só de médicos. Colocar médicos não resolve o problema da atenção básica, precisamos de muito mais do que isso. Ela não está sendo valorizada por ter médicos, ela simplesmente está sendo colocada à prova de que o médico consegue fazer quase que um curandeirismo quando você não tem suporte. (Sujeito 26)

> [.....] O PROVAB é uma estratégia provisória, paliativa. (Sujeito 29)

> [.....] O PROVAB é um projeto para tapar buraco, pensa-se muito em produtividade, em números e não com qualidade de atendimento. (Sujeito 28)

> [.....] Eu acho que sim. Embora, eu acho que existem algumas críticas lá que podem ser feitas. Aquela questão, a idéia da atenção básica é você ter longitudinalidade e no PROVAB você fica apenas um ano e vai embora, enfim isso é uma crítica válida que dá pra ser feita, mas que eu acho que

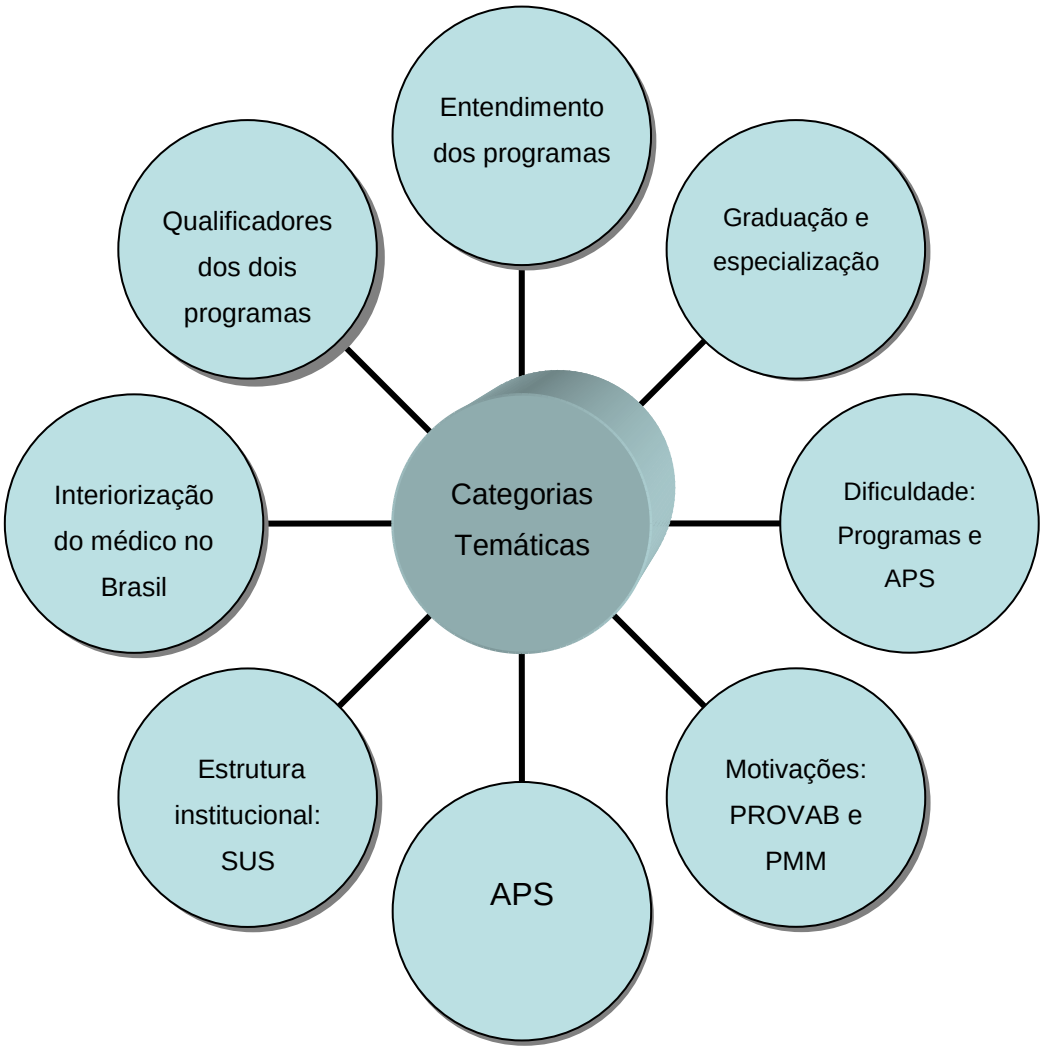
em relação ao que a opção de você não ter assim, porque como era antes do PROVAB você não tinha nenhum programa voltado pra isso né? De trazer os médicos pra lá. Então, eu acho que assim, apesar de ter os seus defeitos, ele é um programa que, enfim veio com uma mudança para melhor. (Sujeito 24)

[.....] Acho que é um programa tapa buraco, que coloca o recém- formado numa situação de muita responsabilidade e quase sempre sem o conhecimento necessário. (Sujeito 29)

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

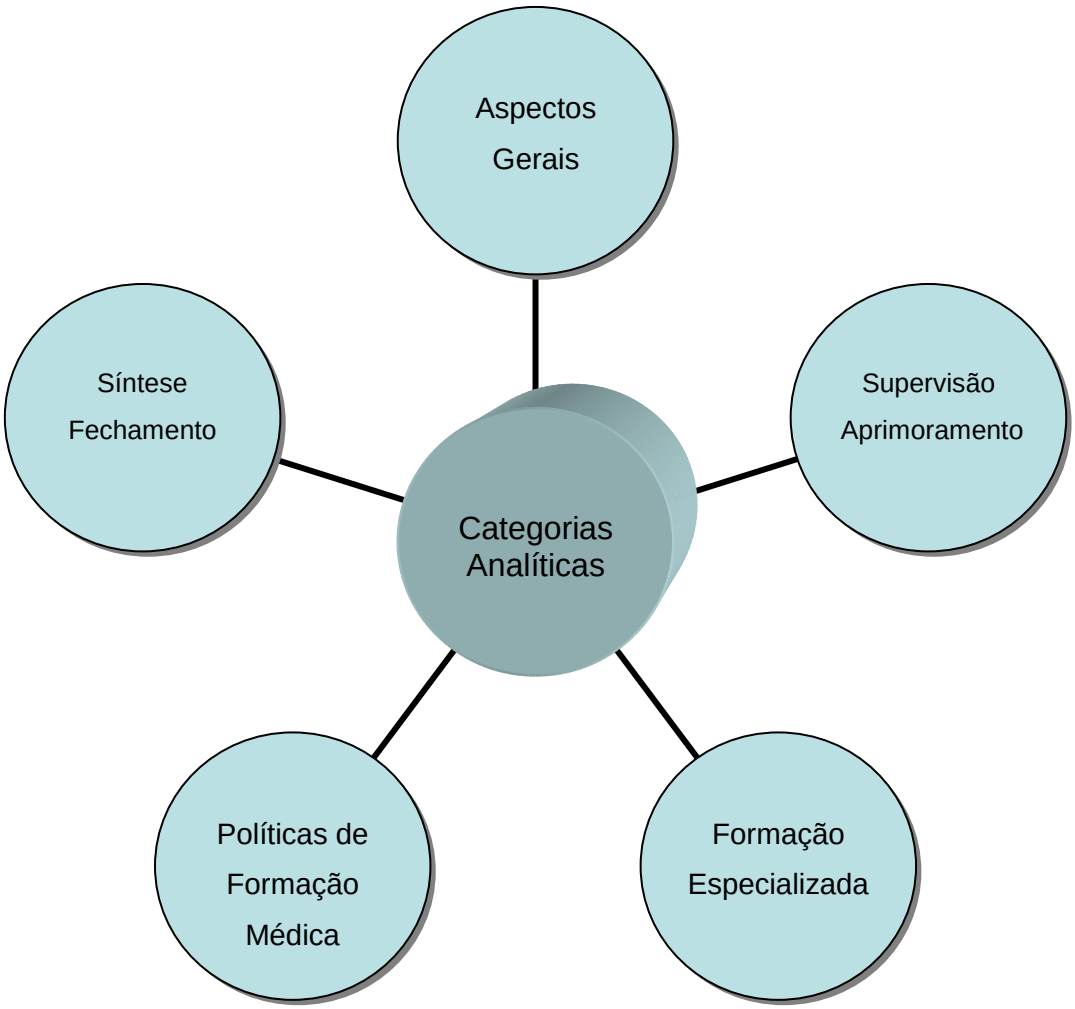
Com a realização dessa pesquisa qualitativa sob o referencial metodológico de Análise de Conteúdo de Bardin e TFD, foram construídas oito (08) categorias Temáticas (Figura 8) que possibilitaram o enriquecimento e desenvolvimento das cinco (05) categorias Analíticas (Figura 9).

Figura 8 – Categorias Temáticas



Fonte: autoria própria, 2017.

Figura 9 – Categorias Analíticas

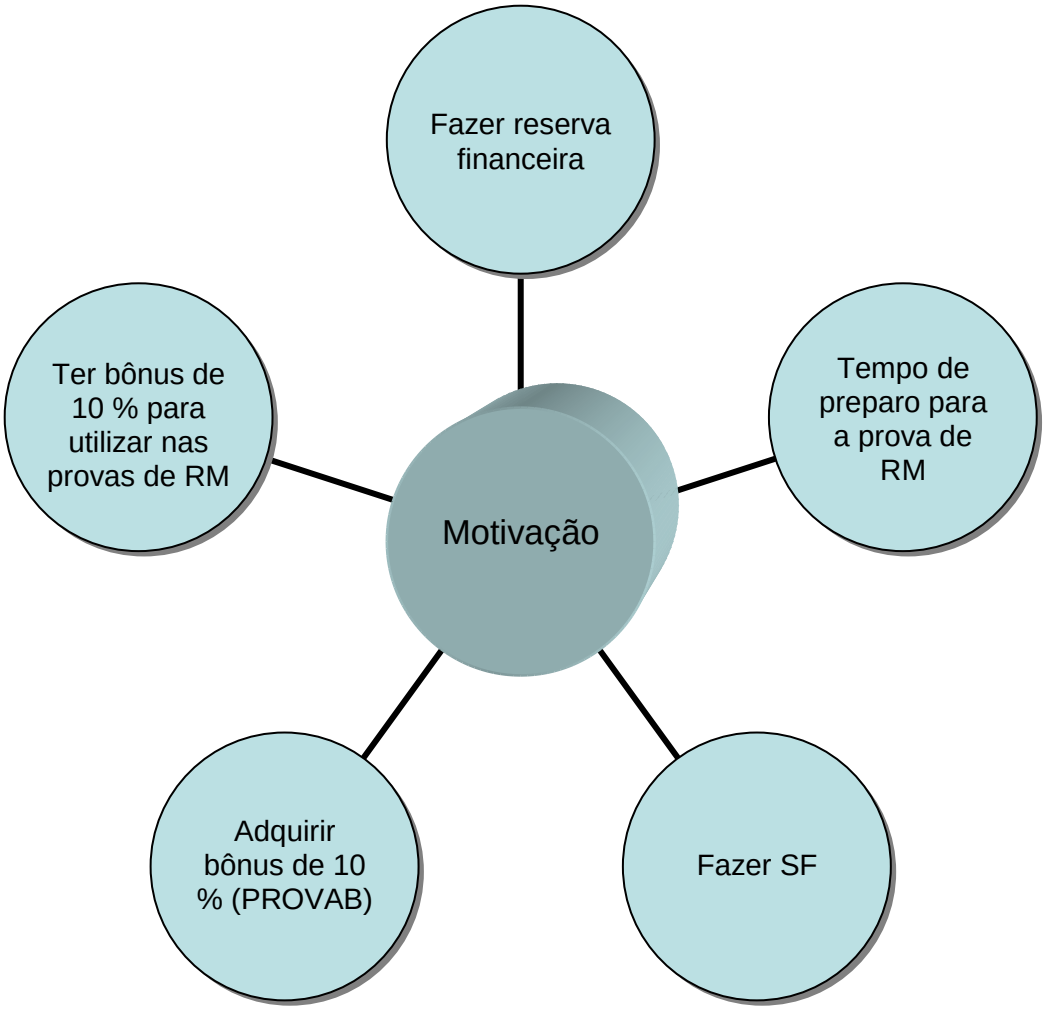


Fonte: autoria própria, 2017.

Toda essa categorização possibilitou a construção de uma teoria substantiva: “O PROVAB e o PMM se revelaram importantes ferramentas de políticas públicas de formação médica, com forte influência tanto na formação para APS como no papel desta APS na futura formação especializada”.

Ficou demonstrado que a busca pelos programas incluiu não apenas a recompensa financeira, a escolha já feita ainda na graduação, a melhor preparação para especialista, mas também a bonificação. Assim, confirma-se que os programas podem ser atrativos para o egresso, levando em consideração as várias motivações para essa escolha (Figura 10).

Figura 10 – Motivação para os Programas



Fonte: autoria própria, 2017.

Foram também identificadas fragilidades e fortalezas para o desenvolvimento dos programas como bonificação, formação em serviço com supervisão, desenvolvimento de um atendimento integral e continuado, provimento emergencial de médico, dentre outros. Ou seja, existem boas justificativas para a continuidade e melhoria dos programas (Figura 11).

Figura 11 – Fragilidades e fortalezas dos dois programas

Fonte: autoria própria, 2017.

Na 3ª fase da pesquisa de campo houve definitivamente a amostragem do egresso que concluiu o programa e encontra-se cursando a especialização além de ex-provabianos que finalizaram a RM e já são especialistas. Foram identificadas falas experientes e positivas de incentivos para a continuidade com melhorias necessárias do PMM. Com as mensagens desses sujeitos foi visto que todos apresentam entendimentos que valorizam o médico generalista (Figura 12).

Observa-se que nas mensagens dadas por eles, em sua totalidade, há uma crença de credibilidade pela especialidade. Todos a admiram, constatam que é necessária para a efetivação da APS, mas ao mesmo tempo demonstram que para exercê-la há muita dificuldade e desafios, desde a qualificação até a remuneração, reconhecimento, desconsideração pelos governantes municipais, inclusive comunidade médica, falta de plano de carreira, dentre outras.

Todas as características apresentadas são também reafirmadas pela literatura, reforçando a dificuldade para essa formação médica. E assim, demonstra-se que é iminente a intervenção imediata para que seja ampliada a formação médica com esse perfil, bem como a valorização desse profissional. Provavelmente havendo esse estímulo, a especialidade será mais bem considerada pelo egresso, e portanto existirão mais incentivos com a manutenção desse na porta de entrada do sistema de saúde, que é a APS.

Figura 12 – Observações feitas pelos entrevistados na 3ª fase sobre o médico generalista

Fonte: autoria própria, 2017.

Tem-se ainda a discussão de pontos estratégicos da implementação desses programas, para que seja visualizado um passado e um futuro próximos de 2018.

Tal presença diminuta do médico na ESF em áreas carentes e com alta demanda na APS é uma herança do século passado, e que precisa ser resolvida ou pelo menos minimizada. O que se tem hoje, possibilitando o provimento emergencial e a fixação de médico na APS, é a implementação desses dois programas, o que vem incrementando uma melhor formação médica para atendimento nesse nível de saúde.

Quando há necessidade imediata de implementação de PPS, sem a possibilidade de demonstrar resultados prévios, pode haver intercorrências que causem dissonâncias à sua efetivação. Isto leva à insatisfação de atores participantes que vivenciam o dia-a-dia das PPS, predispondo que toda execução seja considerada como um aprendizado político e uma experimentação social vivida no decorrer de sua implementação e análise.

Ao analisar a formulação de uma PPS identificam-se os possíveis atores ou participantes que possam interferir e influenciar nas decisões, bem como que possam ter o entendimento de como o processo se estabelecerá ao longo do tempo, com a perspectiva de que ele é constante, ativo e criativo, sofrendo ingerências o tempo todo.

No caminho da implementação do PROVAB e PMM vários atores envolvidos (sociedade em geral, políticos, governos, classes profissionais, no caso médicos) promoveram debates através de audiências públicas, discussões públicas e privadas em todos os níveis da sociedade e apresentações na mídia e em instituições de ensino. Nessas ocasiões sempre se apresentavam pessoas favoráveis e outras com posturas desfavoráveis.

Os dois programas foram implantados como PPS nesse cenário, com reflexos atribuídos ao longo do tempo à forma de como foram implementados. Sob a visão interpretativa de agentes políticos, buscou-se satisfazer interesses atribuídos à situação vivida na APS naquele momento e que desencadearam as ações para a incrementação da porta de entrada do SUS. Muitas críticas ainda existem até hoje, não havendo compreensão sobre a forma como foram instituídos, com ajustes políticos, incrementos financeiros, etc.

Ao completar cinco (05) anos da implementação do PROVAB e do PMM, tem-se mudanças quanto à formação médica, abertura de novos cursos de medicina e programas de RM, com aumento do número de vagas tanto para a graduação como para a RM. Resta dúvida quanto à efetivação também proposta pelo PMM para 2018 no que tange à residência em serviço.

Não é observada a busca que oportunize a residência em serviço, a qual tem como requisito obrigatório a realização de MSF para a grande maioria das especialidades médicas, o que indica que um dos eixos propostos pelo PMM encontra - se fragilizado, duvidoso, com grandes possibilidades de ser inviabilizado como residência em serviço.

Poder-se-ia enumerar aqui um rol de possibilidades que justifiquem o não cumprimento desse eixo do PMM, entre eles o período de insegurança econômica e política vivenciada atualmente no Brasil, o descaso pelos atores envolvidos ao longo do tempo, os descréditos por PPS, o desânimo da sociedade em exigir direitos, o cumprimento de dever governamental, planos de carreira, melhorias salariais, etc. E assim, ficam os questionamentos:

a) Qual seria uma outra opção para viabilizar a APS nesse território brasileiro de dimensões continentais com um alto índice de áreas desprovidas de profissionais para fazer a assistência na APS?
b) Como efetivar a formação médica proposta pelas DCN?
c) Como incentivar a procura pela formação médica generalista, de MSF, dentre outros?

Essa pesquisa não trouxe respostas para todos os questionamentos apresentados e ou vivenciados ao longo dela. Continuam sendo buscadas respostas, e dessa forma abrem-se mais campos de pesquisas para possibilitar compreensões até aqui não satisfeitas. Por serem PPS novas, elas carecem de mais pesquisas que forneçam subsídios às inquietudes vividas em diferentes grupos da sociedade brasileira.

Ter a compreensão de que ser médico vai além da técnica, dos estudos incansáveis, de exposições teóricas e práticas presenciais ou à distância, é saber que a prática da boa medicina é sempre levar em consideração que o objeto de estudo ou de trabalho é um ser humano “doente”, necessitado de ser visto de forma

integral e continuada. Todo esforço deve ser exercido para que, dessa forma, seja alcançada uma assistência médica melhor e de boa qualidade em todos os níveis de atendimento.

REFERÊNCIAS

AGUIAR R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

ALMEIDA, E R et Cols. **Projeto Mais Médicos para o Brasil: A experiência pioneira do apoio institucional no Ministério da Educação.** Tempus, Actas de saúde colet, Brasília, 9 (4), 49-66, dez, 2015. ISSN 1982-8829.

BACKES, Marli Terezinha Stein. **A SUSTENTAÇÃO DA VIDA NO AMBIENTE COMPLEXO DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** 2011. 390 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em enfermagem Doutorado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Cap. 1. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/95852/288970.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jul. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 1ª edição – revista e atualizada, Editora. 70 – Brasil. 2011. Disponível em: <https://www.estantevirtual.com.br/autor/laurence-bardin>. Acesso em: 26 agosto 2016

BOTTI, SHO. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino.** / Sérgio Henrique de Oliveira Botti. Rio de Janeiro: s.n., 2009. Orientador: Rego, Sergio Tavares de Almeida. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA. **Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada**. – Brasília:76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5, Disponível em: www.**saude**.mppr.mp.br/arquivos/File/**volume**1.pdf. Acesso em: 20 maio de 2016.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. 2015. Brasília/DF. 193 p

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS: avanços e desafios**./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília. : CONASS, 2006. 164 p. ISBN 85-89545-07-5 Disponível em: www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/.../sus-avancos-desafios.pdf. Acesso em: 20 junho 2016.

BRASIL. LEI nº 8.080**,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Residência médica.** 1977. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=506>. Acesso em: 17 ago. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 110 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ABC do SUS, Princípios e Doutrinas. Brasília, 1990.** Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf Acesso em: 23 de março de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns relatorio_final.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: bvsms.**saude**.gov.br/bvs/.../**politica_nacional_atencao_basica_2006**.pdf. Acesso em: 25 agosto de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 20 maio de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p. : il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 25 agosto de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. **Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 /

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf. Acesso em: 25 junho de 2016.

BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL. nº 2.087, 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011b. Seção 1, p. 92.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL: Subchefia para Assuntos Jurídicos . **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013:** Institui o Programa Mais Médicos. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 25 maio 2015.

BRASIL. PROGRAMA MAIS MÉDICOS GOVERNO FEDERAL. **Governo Federal vai formar mais profissionais para atuar nas residências.** 2015. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/136-governo-federal-vai-formar-mais-profissionais-para-atuar-nas-residencias-2>. Acesso em: 20 maio 2016.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia; BRANDÃO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 21, n. 5, p.1351-1364, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação.** Dissertação de Mestrado, Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. UNB.2013.

CARVALHO, Mônica Sampaio de; SOUSA, Maria Fátima de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 17, n. 47, p. 913-926, dez. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 junho de 2016.

CAVALHEIRO, MTP.; Guimarães, AL. **Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço.** Caderno FNEPAS. Volume 1. Dezembro 2011

CEALAG, Centro de Estudo. **Monitoramento da Atenção Básica no Estado de São Paulo.** 201?. Médicos da atenção básica por 1000 habitantes. Disponível em: <http://www.cealag.com.br/Trabalhos/MonitoramentoAB/Mapas CMMI/Mapas CMI_2/MedicoAtBasPor1000Hab.htm>. Acesso em: 16 maio 2016.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

COLLAR, Janaina Matheus; ALMEIDA NETO, João Beccon de; FERLA, Alcindo Antônio. Formulação e impacto do programa mais médicos na atenção e cuidado em saúde: Contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.43-56, out. 2015. Associacao Brasileira da Rede Unida. http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n2p43-56. Acesso em: 30 de agosto de 2016

CORRÊA, R. F.; Fiorini, VML.; Crivelaro, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. vol.34 no.2 Rio de Janeiro Abril/Junho 2010.

COSTA, N. R**.** A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 21, n. 5, p.1389-1398, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015.

COUTO, M. P. **O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. 2015.

DEDECCA, Claudio; MONTALI, Lilia; BAENINGER., Rosana. **Estudos Regionais:** Região Metropolitana da Baixada Santista. 2009. Regiões Metropolitanas e Pólos Econômicos do Estado de São Paulo: desigualdades e indicadores para as Políticas Sociais Financiamento FINEP – FNDTC/NEPP/Regiões Metropolitanas. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/simesp/Site/Estudos/RMBS.pdf>. Acesso em: 02 julho 2016.

ELLERY, A. E. L. **Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/17.pdf. Acesso em: 25 maio de 2016.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; MOTTA, José Inácio; VENÂNCIO, Sandra Aparecida. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 21, n. 5, p.1461-1470, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00632016. Acesso em: 30 de agosto de 2016

ESCUDER, M. M. L. et al. **Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista**. Organizado por Maria Mercedes Loureiro Escuder, Paulo Henrique Nico Monteiro e Lígia Rivero Pupo. São Paulo: Instituro de Saúde, 2008. 215p. (Temas em Saúde Coletiva, 8). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas08.pdf. Acesso em: 27 setembro 2016.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO (São Paulo). Universidade de São Paulo. **Os desafios da Residência Médica em face da instituição do PROVAB e Mais Médicos.** 2011. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/os-desafios-da-residencia-medica-em-face-da-instituicao-do-provab-e-mais-medicos/>. Acesso em: 02 jun. 2015.

FONTANELLA, BJB; RICAS, J; TURATO, R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (1) 17-27, jan. 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf. Acesso em: 29 abril de 2017.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública,** [s.l.], v. 27, n. 2, p.388-394, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020. Acesso em: 29 abril 2017

GARUZI M, ACHITTi MCO, SATO CA, ROCHA SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(2):144–9

GIL, C. R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública,** [s.l.], v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000600006. Acesso em: 30 de agosto de 2016

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Versão online ISSN 1678-4464 **Cadernos de Saúde Pública,** [s.l.], v. 24, n. 1, p.21-23, Rio de Janeiro. 2008. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008001300005.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde:** seletiva ou coordenadorados cuidados?. 2012. Temas fundamentais da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAÚDE.pdf>. Acesso em: 26 dezembro de 2016.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2739-2748, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 janeiro 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 janeiro 2017.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3): 683-703, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf. Acesso em: 30 de agosto de 2016

JUNQUEIRA, Virgínia et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** [s.l.], Rio de Janeiro. v. 21, n. 2, p.675-693, 2011. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312011000200018. Acesso em: 22 outubro de 2016.

JUSTINO, André Luis Andrade et al. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 21, n. 5, p.1471-1480. Rio de Janeiro. maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016. Acesso em: 24 março de 2016.

LIMA, LD; QUEIROZ, LFN; MACHADO, CV; VIANA, AL d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online].Rio de janeiro. 2012, vol.17, n.7, pp. 1903-1914. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232012000700030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 25 de julho de 2016

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa et al . A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2685-2696, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902685&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 janeiro 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016

MACEDO, Alex dos Santos et al . O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 14, n. spe, p. 593-618, July 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000700593&lng=en&nrm=iso>. access on 20 de dezembro 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1679-395117188.

MARANHÃO, R.R; RIBEIRO, M.T.A.M. **Reflexões de um médico do PROVAB em município do interior do Ceará.** Belém, Anais Congresso Brasileiro Medicina da Família e Comunidade, n. 12, maio, p.200, 2013. Disponível em: http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1278. Acesso em: 03 de março de 2014.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos**, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 319p. Orientadora: Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann.

MELLO, GA; FONTANELLA, BJB; DEMARZO, MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS,** Universidade Federal de São Carlos. v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203 Acesso em: 22 de agosto de 2016

MELO, Eduardo Alves. O que pode o Mais Médicos?. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2672-2674, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902672&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 janeiro 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18772016.

MELLO, GUILHERME ARANTES; IBANEZ, NELSON; VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 853-866, dez. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400004&lng=pt&nrm=iso>.Acesso em: 27 agosto 2016.

MELLO, GUILHERME ARANTES; VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1219-1239, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 de setembro 2016.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf

MENDES, Eugênio Vilaça. **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** 2015. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília/DF. 193 p.: il. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. 12. Edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, J. A. C. et al. **Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 15-25, jan./jun. 2014. Disponível em : https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2095/775

NETO, P. P. et al. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência da saúde coletiva**. vol.21 no.5 Rio de Janeiro maio 2016

NOGUEIRA, MI. **Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade.** In: Por uma sociedade cuidadora. PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

O preceptor por ele mesmo. Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. 9 (outubro 2013) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013.

OLIVEIRA, A. P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência saúde coletiva**. Abr 2017, vol.22, no.4, p.1165-1180. ISSN 1413-8123. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1165.pdf Acesso em: 05 de maio de 2017

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.10, pp.2999-3010. ISSN 1678-4561. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014. Acesso em 28 de outubro de 2016.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 16 janeiro 2017.

OMS. **Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 38p.

PAIM, J. S. , ALMEIDA N. F. **Saúde Coletiva**: teoria e prática / Organizadores Jairnilson Silva Paim, Naomar de Almeida-Filho. 1. Ed. – Rio de Janeiro: Medbook, 2014

Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Organizadores: Denizi Oliveira Reis, Eliane Cardoso de Araújo , e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_4.pdf – Acesso em: 09 de junho de 2015

Portal do Departamento de Atenção Básica à Saúde – DAB. Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/index2.php . Acesso em 12/ de agosto de 2015.

POUPART, J. **A entrevista do tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas.** In. pesquisa qualitativa**:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008. P. 215-253.

RENA, CL. **O papel da residência médica. Revista Médica de Minas Gerais,** 2012; 22(4): 430-432 Rev. bras. educ. med. vol.38 no.3 Rio de Janeiro

RIBAS, A. N. **Contribuição da estratégia saúde da família para a Consolidação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde**. Tese, UNB, 2016. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20577/1/2016_AntonioNevesRibas.pdf. Acesso em: 22 de março de 2017

RIBEIRO, Robespierre Costa. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 421-424, Feb. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 novembro de 2017.

RICARDO, M. P. F. **Estudante de medicina na estratégia saúde da família em séries iniciais: percepção dos egressos**. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(Esp2):187-192. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00178.pdf.

RODRIGUES, NS. A reforma sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos**. Revista Saúde em Debate**, nº 81, V.33. Disponível em: www.stf.jus.br/. Acesso em: 12 de março de 2016.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos**. Saúde e Sociedade.** [s.l.], São Paulo , v. 20, n. 4, p. 912-926, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000400009. Acesso em: 12 de março de 2016.

SANTISTA, Agência Metropolitana da Baixada. **Estratégia de desenvolvimento para RMBS:** PLANO METROPOLITANO DE DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DA BAIXADA SANTISTA 2014-2030. 2014. Disponível em: <http://www.agem.sp.gov.br/midia/cap4.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

SANTOS, L. **SUS: desafios políticos-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização.** 2012. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp, SP, 2012.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 11, p. 3547-3552, Nov. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fevereiro de 2017.

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Atenção Básica: organização do trabalho na perspectiva da longitudinalidade e da coordenação do cuidado.** São Paulo, 2016. 31 slides, color. XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Arnaldo-Sala.pdf>. Acesso em: 26 maio 2016.

SCHEFFER, Mário. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2664-2666, set. 2016 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902664&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 janeiro de 2017.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ANDRADE, Henrique Sater de. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2670-2671, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902670&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 janeiro 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18852016.

SILVA, Bruna Pontes da et al . Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2899-2906, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902899&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 maio 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15552016.

SILVA, V. C. et al. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família**. Ciência saúde coletiva**. vol.21 no.5 Rio de Janeiro maio 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015

SILVEIRA, R. P., PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 38 (4) : 451-459; 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/06.pdf

SOARES NETO, Joaquim José; MACHADO, Maria Helena; ALVES, Cecília Brito. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2709-2718, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 janeiro 2017.

SORANZ, D. et al. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência saúde coletiva**. vol.21 no.5 Rio de Janeiro maio 2016. Disponivel em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016

SOUZA, C. F. T. et al . A atenção primária na formação médica: a experiência de uma turma de medicina. **Revista Brasileira Educação Médica**. Rio de Janeiro , v. 37, n. 3, p. 448-454, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 agosto de 2017.

SPEDO, S. M. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo.** Tese (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

SUS, Portal de Saúde dos. **Saúde debate ampliação de vagas de residência em áreas estratégicas.** 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19763-saude-debate-ampliacao-de-vagas-de-residencia-em-areas-estrategicas>. Acesso em: 22 dez. 2016.

TALBOT, Yves Roland. A Atencao Primária a Saúde e o papel da Universidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 2, n. 8, p. 250-252, nov. 2007. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/63>. Acesso em: 18 de agosto de 2016.

THUME, Elaine et al . Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2807-2814, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902807&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 janeiro 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.14632016.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2667-2669, set. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902667&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 de janeiro de 2017. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (Brasil). **Provab**. 2015. Disponível em: http://www.unasus.gov.br/provab. Acesso em: 24 maio 2015.

VIDAL, S. V. et al. A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. **Revista Brasileira de Educação Médica,** [s.l.], v. 38, n. 3, p.372-380, set. 2014. ISSN 0100-5502. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022014000300012. Acesso em: 09 jun. 2015.

VIDAL, S. V. et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**., Ago 2014, vol.22, n.2, p.347-357. ISSN 1983-8042

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: O papel do PROVAB e do Mais Médico na formação do profissional médico para a Atenção Primária de Saúde na Baixada Santista

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: O papel do PROVAB e do Mais Médico na formação do profissional médico para a Atenção Primária de Saúde na Baixada Santista, desenvolvida por **Maria Aparecida Pedrosa dos Santos,** aluna do Doutorado de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, sob orientação do Professor Dr. Guilherme Arantes Mello.

O objetivo central do estudo é compreender a experiência do PROVAB na formação do médico, e suas repercussões nas Políticas de Saúde e Educação Médica na Baixada Santista.

Sua participação é voluntária, isto 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, sem qualquer penalização ou contrariedade. Não resultará também em gastos pessoais aos voluntários, e caso aconteçam serão ressarcidos imediatamente pela pesquisadora

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. 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 neste Termo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, nem à saúde como um todo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto e sendo gravadas simultaneamente. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente quarenta minutos. Deixando claro que é garantida a recusa a qualquer momento em participar da pesquisa.

As entrevistas gravadas serão transcritas na íntegra, para que não sejam perdidas argumentações expressivas relatadas frente às experiências vivenciadas.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida; neste caso, principalmente o risco de constrangimento durante a entrevista ou observação; risco de dano emocional como choro, nervosismo e tristeza ao relembrarem fatos vivenciados.

Caso ocorram problemas de ordem emocional, psicológica ou outros problemas de saúde em geral, o participante será avaliado por um dos médicos que se encontrem no serviço médico referência do município a que pertença.

Esperamos que este estudo traga informações importantes acerca do PROVAB e do Mais Médico na formação do profissional médico para a Atenção Primária de Saúde na Baixada Santista, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar o entendimento da contribuição dessas políticas de atenção Primária de Saúde e formação do médico para a Baixada Santista. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em palestras, congressos e reuniões científicas, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese.

_____ Assinatura do Participante

_____ Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato:

Pesquisadora: Maria Aparecida Pedrosa dos Santos / E.mail: cidaps@uol.com.br / Celular: (13) 997817135

Pesquisador: Guilherme Arantes Mello / E-mail: guilherme.mello@unisantos.br / Celular: (19) 99184-8833

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (Campus Dom Idílio José Soares, Prédio Administrativo, Sala 202) – Av. Conselheiro Nébias, 300 – Vila Mathias. Tel: 13 32281254. E-mail: comet@unisantos.br

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome:_____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Sexo: M☐ F☐

RG Nº:_____ Profissão: _____

Endereço:_____Nº_____

Compl.:_____Bairro:_____

Cidade:_____Estado:_____ CEP:_____

Telefone: (___) _____ E-mail: _____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Concordo que a entrevista seja gravada ☐

Não concordo que a entrevista seja gravada ☐

_____

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

*Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

*Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo sujeito de pesquisa.

ANEXO B - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DOS PROFISIONAIS DA GESTÃO

1. Qual o seu entendimento sobre o PROVAB e Mais Médicos?
2. Qual a sua opinião sobre a utilização do PROVAB e Mais Médicos para a melhoria da Atenção Básica em seu município? Como era antes?
3. Já teve alguma intercorrência com o PROVAB e Mais Médicos em seu município?
4. Qual a importância do PROVAB e Mais Médicos para o seu município?
5. Quantos Provabianos fizeram parte do programa em seu município nesse período de 04 anos? E quantos Mais Médicos?
6. Qual a sua opinião sobre o benefício de 10 % sobre a nota final de concurso de Residência Médica com o PROVAB?
7. Na sua opinião que tipo de repercussão o PROVAB e Mais Médicos acarretam na formação do médico?
8. Qual a nacionalidade mais freqüente no Mais Médicos?
9. Como que o Provabiano ou o Mais Médicos utiliza os recursos de desenvolvimento tecnológico?
10. Como é avaliado in loco a capacidade médica do profissional?
11. De que forma o profissional desenvolve as habilidades e competências na UBS?
12. Como efetivar a interiorização do médico no Brasil?
13. Efetivamente a condição de Atenção Primária de Saúde em seu município tem resolutividade? Como consegue essa resolutividade?
14. Como é feito e qual é o índice da demanda de resolutividade na UBS e em hospital?
15. Quais os impactos econômicos, sociais, e culturais demonstrados com a participação dos médicos do PROVAB e do Mais Médicos?
16. Comente sobre a aceitabilidade da comunidade pelos médicos do PROVAB e do Mais Médicos?
17. Como os médicos do PROVAB e do Mais Médicos desenvolvem suas rotinas de atendimento? De que forma valorizam a humanização?
18. Ao avaliar os médicos do PROVAB e do Mais Médicos do ponto de vista administrativo, ético, cultural há alguma observação a ser feita?
19. Gostaria de acrescentar algum comentário ou aspecto importante que não foi contemplado nas perguntas anteriores?

ANEXO C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DOS COORDENADORES DE COREME

1. Qual o seu entendimento sobre o PROVAB e Mais Médicos?
2. Qual a sua opinião sobre a utilização do PROVAB e Mais Médicos para a melhoria da Atenção Básica?
3. Qual a sua opinião sobre o benefício de 10 % sobre a nota final de concurso de Residência Médica com o PROVAB?
4. Na sua opinião que tipo de repercussão o PROVAB e Mais Médicos acarreta na formação do médico?
5. Tem contato com algum ex-provabiano que atualmente cursa residência médica? Se sim, acha que houve alguma influência para a escolha da especialidade?
6. Qual o seu entendimento sobre Atenção Básica em Saúde?
7. Na sua opinião de que forma o profissional médico deve desenvolver as habilidades e competências na UBS?
8. Como efetivar a interiorização do médico no Brasil?
9. Gostaria de acrescentar algum comentário ou aspecto importante que não foi contemplado nas perguntas anteriores?

ANEXO D - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DOS RESIDENTES / EX-PROVABIANOS / PROVABIANOS / MAIS MÉDICOS

1. Fale um pouco sobre o PROVAB e o Mais Médicos?
2. Na sua opinião que tipo de repercussão o PROVAB acarreta na formação do médico?
3. Porque optou por fazer o PROVAB, Mais Médicos e ou Residência Médica?
4. Vai se candidatar ou está fazendo Residência Médica? Qual a especialidade escolhida? Qual o motivo dessa escolha?
5. Quais os conflitos mais comuns vivenciados durante o PROVAB / Mais Médicos / Residência Médica?
6. Atingiu os objetivos do PROVAB / Mais Médicos ao término do período?
7. Qual a sua opinião sobre o benefício de 10 % sobre a nota final de concurso de Residência Médica com o PROVAB?
8. Na graduação houve incentivos para desenvolver conhecimentos na Atenção Básica?
9. Já teve alguma intercorrência com o PROVAB e Mais Médico em seu município ou local de residência/local de trabalho?
10. Qual o seu conhecimento sobre os princípios básicos da bioética (Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça)?
11. Tem contato com algum ex-provabiano que atualmente cursa residência médica? Se sim, acha que houve alguma influência para a escolha da especialidade?
12. Qual a nacionalidade mais freqüente no seu período do Mais Médicos?
13. Qual o seu entendimento sobre Atenção Básica em Saúde?
14. Como que você acha que deve ser realizada a avaliação da capacidade médica do Provabiano, do Mais Médicos, do residente e do especialista?
15. Como efetivar a interiorização do médico no Brasil?
16. Gostaria de acrescentar algum comentário ou aspecto importante que não foi contemplado nas perguntas anteriores?

ANEXO E - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS NA 3ª FASE

Ex-Provabiano/PMM

Aspectos gerais

1. Conte um pouco sobre sua história em relação ao PROVAB/PMM
2. Quais motivos levaram você a fazer o PROVAB? (explorar motivação de ideal médico e pragmáticas)
3. Como foi iniciar a carreira já como médico(a) responsável por uma equipe e toda uma população?
4. Quais os principais desafios/dificuldades do seu trabalho como generalista?

Supervisão/aprimoramento

5. Como foi o processo de supervisão acadêmica durante esse período?
6. Quais foram suas principais estratégias de atualização?
7. Teve alguma área com dificuldade em especial (DM, Cardio, GO, Saúde Mental, pediatria, VD, trabalho comunitário)

Formação especializada

8. Qual especialidade médica resolveu fazer após o término do programa?
9. O que pensa sobre a carreira generalista?
10. Você acha que essa experiência estimula ou inibe a escolha da carreira generalista? Porque?
11. Você acha que o PROVAB/PMM lhe conferiu vantagens de aprendizado em relação a outros residentes que não tiveram essa experiência?
12. Você acha que com essa experiência você se tornará um melhor especialista (ou teria sido mais produtivo o ingresso direto na especialidade)?
13. Algum preceptor já fez alguma manifestação sobre essa possível vantagem conferida pelo PROVAB/PMM? Como foi?
14. Caso conheça outro residente que fez PROVAB/PMM, você identifica algum tipo de amadurecimento profissional em relação aos colegas?

Políticas de formação médica

15. O PROVAB/PMM é uma das estratégias de formação profissional. Por favor aponte pontos fortes e fracos dessa política ao seu ver.

16. Você acha que existe uma visão clara sobre o PROVAB/PMM entre os coordenadores/preceptores de residência médica? Por favor comente.

17. A ideia seria transformar o PROVAB/PMM em residências MFC em serviço, como pré-requisito das especialidades. Você conhece esse formato de residência? Se sim, qual sua opinião?

18. Você pensaria em outras soluções para o aprimoramento médico voltado para AB e fortalecimento da AB no Brasil?

Sínteses e fechamento

19. Você acha que o PROVAB/PMM é realmente uma política de valorização da AB?

20. Sua visão de AB e do SUS foi modificada por essa experiência? Por favor fale um pouco sobre isso.

21. Gostaria de fazer algum comentário final sobre aspectos abordados ou não pelas perguntas?