



Fernanda Viana Campos

**Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção
Primária à Saúde em Japeri e Paracambi**

Rio de Janeiro

2021

Fernanda Viana Campos

Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Sonia Regina Lambert Passos

Linha de Pesquisa: Pesquisa Clínica

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: **The More Doctors' Programme physician's perception on their training at the Primary Health Care in Japeri and Paracambi.**

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C198p Campos, Fernanda Viana.
Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi / Fernanda Viana Campos. -- 2021.
94 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Sonia Regina Lambert Passos.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Educação em Saúde. 4. Educação Médica. 5. Educação Continuada. 6. Percepção. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Fernanda Viana Campos

Percepção dos médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Banca Examinadora

Prof.^a. Dra. Márcia Lopes Cavalcanti Raposo Lopes

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a. Dra. Valéria Ferreira Romano

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Medicina

Prof.^a. Dra. Sonia Regina Lambert Passos (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Infectologia

Rio de Janeiro

2021

*Aos meus queridos pais,
que me inspiram ao sonho e a determinação
todos os dias,
com amor, exemplo, zelo e suporte para seguir
adiante meu caminho.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, à Vida, aos acertos e enganos, aos encontros e despedidas, aos ciclos, às mudanças e inúmeras possibilidades, que me conduziram até aqui: o momento presente.

Aos meus pais, Itair e Jeorgina, irmãos Leonardo e Eduardo, cunhadas Sílvia e Caroline, sobrinhos João Vicente e Antônio Bernardo, que compartilham dessa incrível jornada da vida, em família, comigo, neste plano espiritual, me ensinando, amando e apoiando, em todos os momentos desta vida.

Aos meus mestres e aos amigos MFC, de ontem, de hoje e de sempre, incentivadores e presentes, como verdadeiros faróis a brilhar o caminho.

Aos colegas e trabalhadores da saúde e do SUS, particularmente os do Rio de Janeiro e de Florianópolis, pela aprendizagem juntos e por dentro, pela coragem, potência e resiliência nossa de cada dia.

À minha orientadora, profa. Dra. Sônia Lambert, minha admiração e gratidão.

À profa. Dra. Valéria Romano, sempre empática, compreensiva e doce – um dos meus melhores exemplos de luta, resistência e força na caminhada pela APS e no Projeto Mais Médicos.

Aos meus amigos e amores, por todos os momentos de apoio, parceria, cuidado, vibrações de amor e luz.

À colega Dra. Marina Trindade e toda equipe da UHG Botafogo, pela parceria no início deste estimado percurso.

À Ana, pela presença, incentivo e amor incondicionais. Gratidão por caminharmos juntas!

À Gabriela, pela escuta paciente, por todo o carinho e por me abrir a mente e o coração no campo das Artes, Filosofia, Sociologia, Antropologia, História, Cinema, Teatro... e claro, Medicina e para a Vida! Tenho muito orgulho de ti e do laço de amor fraterno que nos une!

Aos usuários do SUS, àqueles que foram ou são meus pacientes e a todos os médicos colegas do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi, desde 2013, pela resistência e confiança no trabalho, pelo vínculo incrível que moldamos e pelo compartilhamento ímpar de saberes.

À minha avó Maria de Lourdes Gianecchini Viana (*in memoriam*), que levo sempre comigo, em minhas lembranças mais tenras em meu coração!

Ao porvir e à este imenso conjunto de infinitas possibilidades do ser e do viver!

*“Não existe tal coisa como um processo de
educação neutra.
Educação ou funciona como um instrumento
que é usado para facilitar a integração das
gerações na lógica do atual sistema e trazer
conformidade com ele, ou ela se torna a
"prática da liberdade",
o meio pelo qual homens e mulheres lidam de
forma crítica com a
realidade e descobrem como participar na
transformação do seu mundo.”*

(FREIRE, 1973, p. 15)

RESUMO

Introdução: A abordagem formativa interdisciplinar com metodologias ativas de aprendizagem empregadas no Programa Mais Médicos (PMM) busca, a partir da imersão do profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) em seu próprio campo de prática, potencializar a autonomia, a organização e o senso crítico, a fim de desenvolver uma atitude comprometida com um olhar integral centrado na pessoa. **Objetivo:** Analisar as percepções dos médicos do PMM sobre a capacitação médica recebida de acordo com a proposta do eixo formativo do programa em Japeri e Paracambi (RJ) de 2014 a 2019. **Método:** Pesquisa qualitativa, sobre as percepções dos 10 médicos do PMM destes municípios. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas gravadas contendo seis perguntas norteadoras. As respostas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora, por decodificação e categorização de significantes através da análise de conteúdo, numa abordagem fenomenológica. A partir da repetição de palavras ou expressões nas narrativas, as codificações constituíram unidades de registro e geraram significantes propostos pela pesquisadora, balizados pelo referencial teórico. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética INI Fiocruz. **Resultados:** Todos os médicos eram brasileiros, faixa etária de 31 a 68 anos, cor parda ou branca, ingressaram no PMM a partir de 2015, sendo a metade há apenas dois anos, oito graduados na última década em universidades particulares ou no exterior (América Latina). Nove atuam em área urbana e sete possuíam outro vínculo profissional. As equipes da saúde da família continham de 1800 a 3700 usuários cadastrados. Foram agrupados em tabelas quatro temas contendo 21 significantes: Trabalho na APS (frustração, solidão, mudar a saúde, ideologia, missão, figuras de referência, reconhecimento, acolhimento); Estrutura e financiamento (trabalho em equipe, poucas doenças, limitação de recursos, violência, bolsa boa); Capacitação (supervisão presencial, autonomia pela supervisão, expectativas diferentes do PMM, perfil dos médicos) e Educação Permanente (porta de entrada, educação em saúde, escassez de contra referência, incongruência entre a prática e a teoria). **Conclusões:** Na percepção dos médicos entrevistados a garantia da integralidade e longitudinalidade da atenção são afetadas no PMM por problemas de gestão entre esferas de governos e escassez de recursos financeiros. Foi ressaltada a importância do trabalho em equipe, num papel de missão e reconhecimento da população carente, em equipes embora reduzidas em tamanho, num cenário de violência, e atendimento à problemas de saúde específicos (HAS, DM, transtornos mentais, pré-natal, pediatria) em turnos ambulatoriais agendados. Não manifestaram muita reflexão sobre a capacitação recebida no PMM, onde a parte teórica é oferecida em um dia semanal por

via remota, percebem a supervisão como fundamental, demandando ainda o modelo tradicional de ensino médico, diferente do proposto no PMM, em concomitância com discussão de casos clínicos. Referiram uma incongruência entre a teoria e a prática na APS, principalmente no acesso à interprofissionalidade, e alguns, dificuldade com o uso de ferramentas *web*.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Médico de Família e Comunidade. Educação em Saúde. Educação Médica. Educação Continuada. Percepção.

ABSTRACT

Introduction: The interdisciplinary medical training approach with active learning methodologies used in the More Doctors' Program primes for immersion of the health primary care professional in his own health scenario, to potentialize autonomy, organisation and critical sense and develop an attitude committed to a comprehensive person-centred view. **Objective:** To analyse the More Doctors' perception about their medical qualification received according to the training axis proposal of the program in Japeri and Paracambi (RJ) between 2014 and 2019. **Methods:** Qualitative research about the ten More Doctors' Program participants' perceptions of the these two localities. The data gathering were collected by recorded semi-structured interviews with six guiding questions. The answers were transcribed and analysed by the researcher, decoding and categorising the significant through the content analysis, using the phenomenological approaching. From the words repetition or expressions in the narratives, the codifications were converted into register unities and significant proposed by the researcher, based upon the theoretical reference. This project was approved by the INI Fiocruz ethical committee. **Results:** All the doctors were Brazilian ones, between 31 and 68 years old, white or brown coloured, came to More Doctors' from 2015 on, half of them just came in about two years, eight were graduated in the last decade at Brazilian private universities or abroad (Latin America). Nine doctors work in urban areas e seven of them used to have another work. The family Health teams were responsible for about 1800 and 3700 patients. Four themes were grouped into charts containing twenty one significant: Work at PHC (frustration, loneliness, to change public health, ideology, mission, reference figures, recognition, acceptance); Structure and financing (teamwork, few diseases, limited resources, violence, good scholarship); Training (supervision in person, autonomy offered by the supervisor, different expectations from the More Doctors' Program, physicians' profile) and Permanent Education (gateway, health education, shortage of counter reference, incongruity between practice and theory). **Conclusions:** In the perception of the interviewed doctors, the guarantee of the wholeness and longitudinality of the attention are affected in the More Doctors' by some problems between governmental spheres and scarcity of financial resources. The teamwork importance was highlighted in a roll of mission and recognition of the needy population, in reduced sized teams, with a scenario of violence and the medical consultation of specific health problems (hypertension, diabetes, mental disorders, pregnancy and childhood consultations) scheduled in outpatient shifts. They didn't express much reflection on their training received at the program, which the theoretical part is offered in a one weekly day. Hence, the doctors demanded a

traditional clinical cases discussing model, different from what the program proposes. The doctors reported an incongruity between theory and practice in PHC, mainly on the access to interprofessional and some others difficulty with the use of web tools.

Keywords: Health Primary Care. Family Doctor. Health Education. Medical Education. Continuing Education. Perception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	O trabalho na Atenção Primária à Saúde: local de evocação de sensações, memórias e ideologias	46
Quadro 2 -	A importância da Estruturação, Organização e Financiamento da Atenção Básica para a manutenção do Programa Mais Médicos	49
Quadro 3 -	A Capacitação Médica no Programa Mais Médicos: expectativas, realidades e potencialidades	50
Quadro 4 -	A Educação Permanente em Saúde na APS: o papel da interprofissionalidade e das novas metodologias em ensino e pesquisa em saúde	52
Figura 1 –	Roteiro da Entrevista Semiestruturada – Parte 1	37
Figura 2 -	Roteiro de Entrevista Semiestruturada – Parte 2	37
Figura 3 -	Nuvem de Palavras representativas das expressões-chave dos Significantes / Categorias Iniciais encontrados	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD	Educação à Distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
2	FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.1	PROGRAMA MAIS MÉDICOS	21
3	JUSTIFICATIVA	26
4	MARCO TEÓRICO	29
4.1	PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS EM PESQUISA	29
4.2	CONSTRUTIVISMO SOCIAL	29
4.3	PERCEPÇÃO, FENOMENOLOGIA E APRENDIZAGEM	30
5	OBJETIVOS	34
5.1	OBJETIVO GERAL.....	34
5.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	34
6	METODOLOGIA	35
6.1	DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	35
6.2	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	35
6.3	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	37
6.4	ASPECTOS ÉTICOS	38
7	RESULTADOS	40
8	DISCUSSÃO	54
8.1	O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LOCAL DE EVOCAÇÃO DE SENSACIONES, MEMÓRIAS E IDEOLOGIAS	54
8.2	A IMPORTÂNCIA DA ESTRUTURAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A MANUTENÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	58
8.3	A CAPACITAÇÃO MÉDICA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: EXPECTATIVAS, REALIDADES E POTENCIALIDADES	62

8.4	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA APS: O PAPEL DA INTERPROFISSIONALIDADE E DAS NOVAS METODOLOGIAS EM ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE	70
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	85
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87
	APÊNDICE C - CARTAS DE ANUÊNCIA – JAPERI E PARACAMBI .	89
	ANEXO A - FOLHA DE ROSTO DA APROVAÇÃO ÉTICA	91

1 INTRODUÇÃO: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Giovanella & Mendonça (2012), os sistemas de saúde resultam do desenvolvimento histórico da implementação de determinadas políticas de saúde, discriminados em um conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado, suas instituições, o governo, o sistema político e a sociedade como um todo, afetando as condições sociais, vulnerabilidade, chances de vida e risco de morte, em maior ou menor grau, de pessoas, famílias e comunidades.

No Brasil, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que em seu artigo número 196 definiu “*a saúde como 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*” (BRASIL, 1988), foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado dois anos depois, sob a Lei Orgânica 8.080 de 1990.

O SUS é constituído de um “*conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público*” (BRASIL, 1990).

A origem das diretrizes e princípios do SUS – Universalização, Equidade e Integralidade, entre outros - se deu em um contexto de luta pelo fim da ditadura militar no Brasil, a favor da democracia e direitos de cidadania, incorporando ideias advindas da Declaração de Alma-Ata, em 1978, no Cazaquistão, da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e dos princípios da Reforma Sanitária, todos movimentos de contrapartida aos modelos de atenção à saúde até então preponderantes àquela época – os modelos sanitaria e assistencialista (PAIM, 2008).

Ambos os modelos de atenção à saúde anteriores ao SUS continham foco no paradigma da racionalidade anátomo-clínica (ANDERSON; RODRIGUES, 2017), com a doença enquanto entidade nosológica, ênfase na atenção hospitalar, pesquisa biomédica e formação médica com currículo fragmentado, baseado em conteúdos e estímulo à formação de especialistas focais voltados para o mercado de trabalho (AMORETTI, 2005).

Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, pelo Ministério da Saúde, surgiu uma tentativa de superação do modelo hegemônico de formação biomédico e a ratificação dos princípios do SUS. Enfatizou-se a importância dos determinantes sociais de saúde no processo saúde-doença,

a vivência, a cultura e a pluralidade dos sujeitos implicados e a necessidade de compreensão da multidimensionalidade do ser humano.

Segundo Fertoni e colaboradores (2015), a Estratégia de Saúde da Família, cuja organização se dá em Redes de Atenção à Saúde (RAS), se fundamenta enquanto eixo estruturante e reorganizador do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta foi primeiramente citada no Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, como proposta de contraposição ao modelo flexneriano biomédico curativo americano, de crescente complexidade da atenção médica aliada à baixa resolutividade dos problemas de saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) destaca a Rede de Atenção à Saúde como uma estratégia para o cuidado integral dos usuários e a Atenção Básica (AB) como principal porta de entrada e primeiro contato destes usuários com o SUS (BRASIL, 2017). A singularidade e inserção sociocultural de cada indivíduo devem ser acolhidos e respeitados, a partir da incorporação dos atributos de uma APS abrangente (STARFIELD, 2002) ao modelo assistencial de saúde brasileiro.

Até a atualidade, foram outorgadas três versões da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) no Brasil, datadas de 2006, 2011 e 2017. As duas primeiras ampliavam a concepção e o escopo da AB, enquanto a mais recente é apontada por alguns como um retrocesso no modelo abrangente de APS, retomando a Atenção Primária seletiva.

Flexibilização da cobertura populacional, cerceamento do acesso aos serviços públicos de saúde e fragilização da implementação da ESF e do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), a partir da diminuição do número de equipes e de ACS por equipe da ESF, conferindo outras atribuições aos ACS no processo de trabalho interprofissional, com prejuízo das ações educativas e de promoção à saúde – todas são prerrogativas que, em tese, feririam a universalização do sistema público de saúde brasileiro.

Além disso, a PNAB de 2017 expressou mudanças no financiamento da AB, com decréscimo de recursos e importante impacto sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018) e promoveu o incremento das desigualdades sociais, a fragmentação dos serviços de saúde e a diminuição do acesso dos usuários ao sistema de saúde, o que desfavoreceu o SUS e a saúde como direito universal e de cidadania.

Tanto o Brasil quanto o resto do Mundo têm experimentado recentemente um fenômeno de transição epidemiológica, econômica e demográfica (CRISP; CHEN, 2013). Há uma tendência global de aumento da população de 60 anos e mais, com aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de natalidade e discreta feminização da população idosa.

Ainda, com o envelhecimento e mudanças no padrão nutricional e no próprio estilo de vida dos indivíduos e incremento de fatores de risco de adoecimento, como sedentarismo e obesidade, a taxa de mortalidade proporcional no Brasil, por doenças crônicas não-transmissíveis, particularmente, as de causas cardiovasculares e neoplásicas, despontaram como as duas principais causas *mortis* no país atualmente, compondo a tripla carga de doenças (MENDES, 2010).

Os sistemas de saúde, que também têm vivenciado tais transições, enfrentam dificuldades em formar e fixar profissionais de saúde, particularmente médicos na APS, em número adequado e regiões necessárias para suprir as demandas populacionais (GROBLER *et al.*, 2009), visto que o Brasil é um país de dimensões continentais e realidades diversas.

Crisp & Chen (2013) destacam que há uma má distribuição dos profissionais médicos no Brasil, mais concentrados nas grandes cidades das regiões sudeste, sul e centro-oeste, em detrimento das regiões norte e nordeste e zonas rurais ou cidades interioranas, onde ainda está localizada a maior parte da população brasileira.

Todavia, com o surgimento das tecnologias de informação e comunicação em saúde, houve uma globalização do conhecimento, trazendo inovações para o processo de aprendizado e oportunizando o trabalho interdisciplinar em equipe. Os autores ainda destacam a necessidade de maior número de anos de formação do profissional médico e uma educação baseada em competências e em sistemas de saúde.

Feuerwerker (2002) e Amoretti (2005) apontam que a educação médica no Brasil não favorece a ampliação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que teria seu foco na formação tecnicista-cientificista, biomédica, direcionada à aquisição de competências profissionais e qualificação médica em algumas especialidades focais, centrada no professor, com aspirações corporativistas e críticas ao SUS, em detrimento das especialidades médicas generalistas.

A Atenção Primária à Saúde, em contrapartida, à medida que incorpora em seus atributos o local de primeiro contato com o usuário, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, com focos na abordagem familiar e nas competências culturais, direcionados à comunidade (STARFIELD, 2002), proporcionaria ao profissional médico em formação uma imersão na sua realidade de práxis e desenvolvimento de senso crítico, corresponsabilização e autonomia, ressignificando a importância do trabalho compartilhado e interdisciplinar, em equipe (BAKER *et al.*, 2008; PARANHOS; MENDES, 2010), conforme preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH).

Tal Política (BRASIL; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS, 2012) esclarece, dentre outros aspectos, sobre a importância do compartilhamento do enfrentamento das questões e realidades em saúde e de uma concepção ampliada e em equipe do olhar para a melhoria do cuidado, da atenção e da gestão à saúde dos usuários, a partir de uma metodologia ativa de apoio, de reconhecimento de potencialidades e pluralidades de todos no próprio processo e no território, de corresponsabilização e articulação de ações e saberes, exemplificado em práticas mais participativas e horizontais - como a Cogestão, a Clínica Ampliada e os Cuidados Colaborativos.

Merhy (2003) aponta que os usuários desejam um trabalho clínico centrado neles. E que o deslocamento do processo de trabalho do médico para toda a equipe multiprofissional na APS inverteria o modelo tecno-assistencial em saúde, tendo como bases o acolhimento e o vínculo – tecnologias leves, e garantiria a universalidade do acesso e a maior qualificação da relação profissional APS-usuário, gerando solidariedade e cidadania.

Segundo Layzell (2012), o aprendizado em equipe interdisciplinar potencializa a visão dos cuidados em saúde prestados e da consciência dos próprios limites da abordagem de cada profissional, melhorando as habilidades da equipe, integrando prevenção e promoção da saúde e alcançando um melhor entendimento da organização da APS.

Para Campos (1997), o trabalho em saúde implica em criar sentidos e significados para além do próprio processo de trabalho, para nossas vidas, visto que compartilha ideias, afetos, valores e potências, em redes.

E o trabalho em equipe interprofissional vivenciado na ESF permite o planejamento, a educação e a atenção à saúde (BRASIL; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS, 2012), à medida que propõe intervenções técnicas enquanto uma resposta às práticas fragmentadas do cuidado em saúde (D'AMOUR; OANDASAN, 2005), baseadas no conceito ampliado de saúde

da Organização Mundial de Saúde e no modelo assistencial da APS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ainda, segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe centra o cuidado no usuário, lhe confere maior segurança e resolutividade, além de dirimir uma interação intersubjetiva entre os profissionais e uma comunicação que busca consensos, constrói e executa projetos comuns às necessidades dos usuários (HABERMAS, 2012), a fim de se ter um cuidado mais integral.

Merhy (2003) destaca que o trabalho em saúde produz atos – procedimentos, acolhimentos, responsabilidades, que determinam intervenções em saúde as quais atuando sobre os problemas de saúde, parecem impactar nos direitos dos usuários.

2 FORMAÇÃO MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com a mudança do modelo de atenção à saúde brasileiro prioritariamente direcionado à APS, com um cuidado mais humanista e integral do usuário, fez-se necessário repensar também a formação do profissional para o SUS. Esta formação deve capacitá-lo a lidar com os diferentes cenários que se impõe no país e promover através do trabalho em equipe um cuidado mais abrangente e colaborativo, com ênfase não apenas no indivíduo, mas também em sua família e comunidade.

O paradigma flexneriano tradicional de formação médica, que privilegia o cenário hospitalar e a formação especializada, valoriza o modelo positivista e paternalista de cuidado, obtendo um perfil de profissional médico centrado em sua especialidade, mais individualista, corporativista, resistente à trabalhar em equipe e na comunidade, sendo crítico ao SUS (AMORETTI, 2005).

Almeida Filho (2014) destaca a importância de educadores como Anísio Teixeira neste processo. Anísio foi fundador da Universidade de Brasília e propôs uma visão inovadora de educação médica, a partir da criação de Centros de Saúde e de Institutos de Ciências Básicas nas universidades médicas e do uso de tecnologias educacionais mais atualizadas, para a qualificação de práticas educacionais e popularização da educação universitária.

Além disso, Anísio apontou a importância da articulação entre os ensinos secundário e superior, com ampla oferta de vagas a todos os segmentos da população, numa perspectiva mais integral da educação no Brasil.

Anísio e Abraham Flexner, este, proponente do paradigma flexneriano, compartilham o mesmo tronco conceitual no campo educacional, o do pragmatismo Deweyano, que pregava que a universidade havia de ter um ensino integral e interdisciplinar, com intersecção de ciências, artes, filosofia, literatura, para uma formação interprofissional (ALMEIDA FILHO, 2014).

Comparando algumas ideias no campo das práticas formativas educacionais entre Anísio Teixeira e Abraham Flexner, percebe-se uma convergência de conceitos estruturais, conforme citados a seguir (ALMEIDA FILHO, 2014):

- 1) a Medicina moderna sendo caracterizada como atividade, onde o aluno aprende fazendo e aprende a aprender, a descobrir;
- 2) o da educação para a vida toda, onde a escola médica é apenas o iniciador de todo o processo de aprendizagem médica;
- 3) uma excessiva precocidade na escolha das carreiras e submissão dos profissionais ao mercado de ensino, de trabalho e de serviços;

4) os discentes não recebem formação política, científica, cultural ou humanística prévias à educação universitária e não há integração entre ensino profissional e universitário, o que remete à incompatibilidade do currículo de ensino médico brasileiro, tradicionalmente fragmentado, em comparação ao das melhores universidades do mundo.

Recentemente, com a criação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (2014) de formação médica, o país vem tentando deslocar, então, esse modelo de formação anterior para um novo modelo que corrobore os princípios do SUS e atributos da APS e estimule a autonomia intelectual do discente, a responsabilidade social, a construção e socialização do conhecimento, potencializando a relação ensino-serviço-comunidade.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (2014) médicas implementadas pelo Ministério da Educação têm orientado a implantação de novos cursos de Medicina e programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, por meio de mudanças nos projetos políticos pedagógicos de instituições estabelecidas no cenário brasileiro (PEIXOTO *et al.*, 2019), propondo que 30% da carga horária do internato em Medicina seja realizada na Atenção Básica e em serviços de Urgência e Emergência do SUS e que os graduados em Medicina façam um ou dois anos de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade para ingressar nas demais especializações médicas (BRASIL, 2014).

As Diretrizes representam um marco na consolidação da APS e do SUS, à medida que integram atenção, gestão e educação à saúde, formando profissionais médicos generalistas, a partir de componentes curriculares modulares, flexíveis, divididos em áreas de competências no SUS, numa dimensão integral, reflexiva, significativa e comunitária, que priorizam profissionais que lidem com os determinantes sociais em saúde, num âmbito biopsicossocial e espiritual da saúde.

Para tal, preconizam o uso de modernas metodologias ativas de aprendizagem capazes de gerar ação-reflexão-ação, autonomia, colaboração, senso crítico, empatia, corresponsabilização, participação e uma maior taxa de aprendizagem por parte dos alunos e profissionais (MITRE *et al.*, 2008; PARANHOS; MENDES, 2010). Tais metodologias compreendem a aprendizagem baseada em projetos ou problemas, a sala de aula invertida e a aprendizagem em grupo, o aprender a aprender, o aprender fazendo e o aprender interprofissionalmente, todos estes correlatos aos quatro pilares da Educação propostos pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) – o aprender a ser, o aprender a conhecer, a aprender a fazer e o aprender a conviver (ANTUNES, 2002).

As novas diretrizes curriculares médicas destacam ainda a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), com transversalidade das Ciências Humanas e Sociais durante a

graduação médica, visando formar médicos que adquiram competências, habilidades e atitudes para atuarem em múltiplos cenários de prática no SUS (BRASIL, 2014).

Por competência, entende-se “*a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização de recursos disponíveis e exprimindo-se em iniciativas e ações para solucionar, com sucesso, os desafios dos SUS*”, segundo o artigo oitavo das DCNs (2014).

Ao dividir os componentes curriculares médicos em áreas de competência, prioritariamente em ambientes no SUS (BRASIL, 2014), cria-se ainda a possibilidade de deslocar o saber fragmentado, dividido por disciplinas e centrado no professor, transmitido sob a forma de educação bancária (FREIRE, [s.d.]), para um saber centrado no próprio aluno, autor e sujeito de sua práxis.

Almeida Filho (2014) propõe que o educando, enquanto sujeito histórico e contextualizado, é parte indissociável do seu próprio processo de aprendizagem, acompanhado por seus tutores, professores e pares.

Deficiências na avaliação formativa, na utilização do conhecimento científico e um relacionamento aluno-preceptor deteriorado (YAKUBU *et al.*, 2016) são alguns outros fatores propulsores de mudanças na abordagem formativa dos profissionais da APS, numa articulação teoria-prática / ensino-comunidade, que podem promover um aprendizado mais eficaz, com profissionais motivados e comprometidos com o próprio modelo de saúde, gerando uma atenção mais integral e humanizada.

2.1 PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Neste contexto, o Brasil tem proposto e regulamentado ao longo dos últimos anos inúmeras políticas públicas, leis e projetos sob coordenação dos Ministérios da Saúde e da Educação os quais visaram mudanças na educação, e formação médica, bem como reestruturação da Educação Básica que capacitasse o aluno ao ensino superior ou a uma formação profissionalizante. Ainda, políticas capazes de diminuir as desigualdades sociais e a insuficiência de médicos em determinadas regiões no Brasil (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Podemos citar:

a) as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDBs), de 1996, legislação que regulamenta o sistema educacional público ou privado no Brasil, desde a educação básica até o ensino superior;

b) o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médio (Promed), criado em 1997 para fornecer recursos destinados à execução de projetos de ampliação e construção de escolas,

capacitação de docentes e gestores educacionais, equipamentos para bibliotecas e laboratórios, e adaptações para facilitar o acesso de portadores de necessidades especiais;

c) os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde;

d) as Portarias Interministeriais;

e) as mudanças na Comissão Nacional de Residência Médica, quando da criação de programas de residência multiprofissionais;

f) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de 2004, que propôs a capacitação do profissional na Atenção Básica na forma de educação permanente em saúde. Isto implicava em uma imbricação ensino-serviço-aprendizado, “aprendendo por dentro”, no território, na comunidade, a partir da horizontalização das relações dos sujeitos implicados, o que confere autonomia, corresponsabilização e aprendizagem significativa aos profissionais médicos;

g) o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica), criado em 2009, com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS;

h) o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), de 2011, cuja finalidade era facilitar o acesso de jovens de baixa renda à educação superior;

i) o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), instituído em 2011 a fim de valorizar e estimular os profissionais de nível superior a comporem as equipes multiprofissionais da Atenção Básica, em especial da Estratégia de Saúde da Família nos municípios com maior percentual de pobreza, em área remotas e de difícil acesso. Visava estimular o provimento e fixação de profissionais em áreas com população de maior vulnerabilidade, além de ampliar a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho e conferir ao médico pontuação de 10% nas notas finais dos processos seletivos de Residência Médica;

j) o Programa Mais Médicos (PMM), de 2013 e

k) as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em suas duas versões, datadas de 1997 e 2014.

O Programa Mais Médicos (PMM), elaborado e implementado em 2013, pelo Ministério da Saúde brasileiro, através da medida provisória número 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), propõe estratégias para garantia da universalidade do cuidado em saúde e mudanças no processo formativo do profissional médico na APS. Visava o suprimento do déficit de recurso humano médico no SUS em áreas mais vulneráveis do país (CEZAR *et al.*, 2019) e estabeleceu um novo marco na formação médica,

tanto para a graduação quanto para residência médica (OLIVEIRA; SANTOS; SHIMIZU, 2019), ratificado pelas novas DCNs (BRASIL, 2014).

De acordo com a portaria número 1 (um) de 21/01/2014 do Ministério da Saúde do Brasil, o PMM foi estruturado em diretrizes e eixos normativos, dentre os quais subdivididos em 1) eixos educacionais – compreendendo o módulo acolhimento, a especialização à distância, a tutoria e a supervisão, o projeto de intervenção e o intercâmbio de cooperação técnica e sanitária; 2) ferramentas de aprendizado – Telessaúde, Portal Saúde Baseada em Evidências, Webportfólio, Protocolos da Atenção Básica e Biblioteca Digital e 3) facilitadores do processo educativo – o tutor acadêmico, o tutor do UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde) e o supervisor.

As diretrizes e objetivos do programa são, segundo a portaria supracitada:

- a) diminuir o déficit dos médicos nas regiões prioritárias do SUS;
- b) fortalecer a APS;
- c) aprimorar a formação médica, estabelecendo novos parâmetros para a formação médica;
- d) proporcionar maior prática médica na APS;
- e) ampliar a inserção do médico na AB / SUS;
- f) fortalecer a educação permanente em saúde a partir da integração ensino-serviço;
- g) promover troca de conhecimentos entre os profissionais brasileiros ou não;
- h) aperfeiçoar médicos para atuar nas políticas públicas no Brasil, na organização e funcionamento do SUS e
- i) estimular a abertura e reordenar a oferta de novas vagas de graduação e residência médica no país.

Os médicos do programa são inscritos em duas modalidades: os intercambistas, graduados no exterior e receberiam um registro médico provisório para atuação somente na APS no Brasil, e os participantes, que são médicos formados em universidades públicas ou privadas do país.

Ambas as modalidades são contratadas como bolsistas, sem vínculo empregatício, com regime previdenciário próprio, dispondo de uma carga horária semanal de 32 horas de atividades práticas na APS e 8 horas de atividades teóricas sob a forma de ensino à distância – oferta *lato sensu* atrelada à Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (MEC), de acordo com a Lei 6.932 de 1981 – o principal marco normativo da residência médica no Brasil.

As bolsas são financiadas pelo Ministério da Saúde (MS), com uma contrapartida financeira para fins de moradia, alimentação e locomoção, denominada pecúnia, a ser paga pelos municípios de lotação, pela gestão municipal de saúde.

Os contratos dos médicos, à princípio, teriam uma previsão de duração de 3 anos, podendo ser prorrogáveis por mais 3 anos, à critério do MS.

Os eixos normativos de implantação do Programa Mais Médicos previam um eixo de provimento emergencial de profissionais médicos para a Atenção Básica, cuja proposta inicial era de contratar cerca de 18 mil médicos (BRASIL, 2015).

O outro eixo era de ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades de Atenção Básica, com construção e reformas das unidades de saúde, contratação de equipes da ESF, compra de insumos, medicamentos, instrumentos e outros aparatos para funcionamento adequado e manutenção do processo de trabalho local.

E por fim, um terceiro eixo, o de formação para o SUS, propondo a ampliação da oferta de vagas para a graduação e residência médicas, mudanças no eixo dos locais de formação no SUS e reorientação desta formação (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

Os facilitadores do processo educativo do PMM, previsto enquanto componentes na capacitação médica para a APS são:

- 1) a Especialização e o Aperfeiçoamento em APS, ministrados por um tutor, sob a modalidade de Educação à Distância (EaD), por meio da UNA-SUS, que foi criada em 2008, reunindo instituições públicas de ensino superior para a oferta de cursos de curta duração e especialização *lato sensu* (CEZAR *et al.*, 2019) em saúde, divididos em primeiro e segundo ciclos formativos – Especialização e Aperfeiçoamento / Extensão, respectivamente;

- 2) a supervisão médica, responsável pelo apoio pedagógico-clínico ao médico participante, realizada por visitas *in loco*, além de disponibilidade para esclarecer dúvidas, trocas e reflexões sobre a prática cotidiana na APS e

- 3) o tutor acadêmico, vinculado à universidades públicas brasileiras e responsável pela orientação acadêmica e planejamento pedagógico das atividades dos supervisores, integrando ensino-serviço e contribuindo para o fortalecimento da educação permanente em saúde (EPS) no projeto (Portaria número 585, de 15 de junho de 2015: MEC).

Volmer e colaboradores (2016) afirmam que a educação híbrida – mesclando teoria via EaD e prática *in loco* supervisionada poderia ser uma boa estratégia para potencializar a formação em saúde.

A Educação à Distância abrange um grande número de profissionais distribuídos em diversas localidades, mesmo as distantes dos grandes centros (CEZAR *et al.*, 2019),

disseminando o conhecimento e individualizando o acesso ao aprendizado. Além disso articula redes e fluxos organizacionais,

Dahmer (2017) destaca que a EaD é uma importante ferramenta de qualificação de profissionais em países em desenvolvimento e de grande extensão territorial, cujo objetivo primordial é promover a educação permanente em saúde do profissional e de toda sua equipe.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Brasil, em 2011, havia uma distribuição de 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes. A meta inicial do Programa Mais Médicos era de aumentar esta relação para 2,7 médicos para cada 1.000 brasileiros, abrindo mais de 26 mil novas Unidades Básicas de Saúde, com mais de 5 bilhões de reais para o financiamento de construções, ampliações e reformas das unidades.

Além disto, o projeto propunha criar mais de 5,3 mil novas vagas de graduação em Medicina no país e 12,6 mil vagas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade até 2018.

Dois anos depois da implantação do PMM, cerca de 70 milhões de brasileiros vinham sendo beneficiados, assistidos por profissionais médicos do projeto (BRASIL, 2015).

Dos Santos e colaboradores (2019) apontaram que o Programa Mais Médicos contribuiu para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, garantindo acesso à saúde, particularmente às populações menos favorecidas economicamente, em municípios de pequeno porte e regiões remotas e longínquas no Brasil.

Entretanto, o programa vem sendo, desde agosto de 2019, gradualmente substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil, lançado pelo atual Governo Federal, com previsão e objetivos iniciais semelhantes do PMM: prover 18 mil médicos para a Atenção Básica, em áreas mais vulneráveis, distantes dos grandes centros urbanos, que serão acompanhados por tutor presencial e semipresencialmente.

De acordo com o Ministério da Saúde, há previsão de cerca de 7 mil vagas ofertadas aos profissionais médicos em regiões como norte e nordeste do país, que, juntas, totalizam cerca de 55% das vagas do programa atualmente sancionado pelo governo.

Outra diferença em relação ao PMM é que o novo programa propõe uma prova de seleção dos novos médicos, que serão contratados sob regime celetista e terão gratificação por desempenho. Só serão aceitos na seleção os médicos graduados no Brasil, portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina.

3 JUSTIFICATIVA

Sou interiorana do estado do Rio de Janeiro, nascida na década de 80 e me recordo de como minha avó materna, adoecida naquela época, tinha dificuldades de acesso a um serviço de saúde apropriado, de qualidade, para o tratamento e acompanhamento de sua doença. Ela padecia de câncer de pulmão por causa de uma carga tabágica grande de uma vida toda. Por sermos de família menos privilegiada economicamente, cresci vendo minha mãe e ela buscarem atendimento médico no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) ou no posto de saúde da cidade, por vezes, sem sucesso. Por isso, tínhamos de por vezes buscar atendimento médico no âmbito privado, o que era extremamente oneroso para nossa família, mas todos ajudavam de alguma maneira.

Já na década de 90, com a advento do SUS, ela passou a ser acompanhada por um médico oncologista no Instituto Nacional do Câncer, na cidade do Rio de Janeiro. E foi nesta época, que presenciei o acolhimento, o vínculo, o cuidado mais humanizado, a atenção, o respeito e compartilhamento de condutas terapêuticas com minha avó e conosco, prestados pela equipe da Oncologia do hospital. Ali, surgiu em mim a vontade de ser médica, pela primeira vez na minha vida.

Com o passar dos anos, muito esforço e determinação, mudei-me de cidade para estudar para o vestibular de Medicina, no ensino médio. Quando finalmente logrei êxito, depois de muitas tentativas, cursei a graduação em Medicina em uma faculdade privada, como bolsista parcial, cujo currículo enfatizava conteúdos, era fragmentado, as disciplinas eram rígidas, a avaliação era realizada por provas e mais provas, havia estágios e internato oferecidos apenas no cenário hospitalocêntrico. Não fiz qualquer estágio ou internato nos moldes da ESF, como proposto anos depois nas novas DCNs, apesar de ter frequentado um Centro Municipal de Saúde na Gávea por 3 meses, em Saúde Coletiva, em que eu acompanhava consultas e procedimentos médicos de especialistas focais, como Pediatra, Ginecologista, Clínico e Tisiologista.

Formei-me médica em 2010 e aquele não me parecia bem o modelo de profissional médico que eu gostaria de ser: o de um especialista focal. Logo, resolvi fazer residência médica em uma área desconhecida, nova para mim, até então, Medicina de Família e Comunidade (MFC), que no Brasil, só passou a ser reconhecida como especialidade médica pela Comissão Nacional de Residência Médica em 2002.

Foi um verdadeiro contraste para mim, da graduação para a residência médica, uma mudança de paradigma educacional, uma resignificação da minha prática médica.

No início da residência em MFC, eu tinha muita dificuldade em entender, por exemplo, como um médico não chefiava o trabalho em equipe, como o binômio queixa-conduta não era mais o centro do cuidado médico, como com recursos de baixa densidade se poderia fazer Medicina de alta complexidade, a importância dos princípios e diretrizes do SUS e do olhar para o território, para a comunidade, para os determinantes sociais de saúde nas práticas cotidianas na Atenção Básica, o aprender fazendo, trocando vivências e experiências com outros profissionais de saúde da ESF.

Tudo isto modificou muito, inclusive, a minha percepção do que era ser um bom médico, da minha práxis e do meu percurso de formação e capacitação profissionais.

Foi e ainda é um aprendizado, sempre, para mim, na Medicina de Família e Comunidade, agora como supervisora / preceptora do Programa Mais Médicos, onde a essência do trabalho é oferecer suporte pedagógico-clínico aos colegas em capacitação nesta especialidade que cuida de pessoas, não de doenças. Um profissional dotado de um olhar singular, que promove o cuidado integral, humanizado, biopsicossocial, em equipes, em redes, se utilizando de tecnologias leves, leve-duras e duras, focado não apenas no indivíduo, mas nas famílias e comunidades, aprendendo a aprender, a cada dia, articulando ensino-serviço-comunidade e fortalecendo o SUS.

Foi a partir do meu contato com a especialidade médica generalista que minha percepção e auto criticidade sobre minha formação médica pôde buscar novos sentidos para minha prática profissional, não no sentido de negar o paradigma biomédico presente na minha formação anterior, mas sim, de aproveitá-lo e juntá-lo ao aprendizado que se seguia na vivência do cuidado de pessoas e suas famílias.

Pelo exposto acima, surgiu minha inquietação e desejo de realizar este presente estudo, a fim de saber quais percepções os colegas do Programa Mais Médicos têm acerca dessas mudanças na proposta de formação médica contextualizadas por exemplo nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais médicas e na Lei dos Mais Médicos e o impacto delas no cotidiano das práticas na APS para eles.

Além do já exposto acima, este estudo será conduzido por mim, a pesquisadora principal que, além de ser Médica de Família e Comunidade, sou supervisora do PMM, desde o seu início em 2013, nos municípios em questão nesta pesquisa – Paracambi e Japeri, no interior do estado do Rio de Janeiro. Possuo acesso facilitado e imediato aos indivíduos objetos desta pesquisa qualitativa – os médicos do PMM em capacitação, tornando sua exequibilidade bastante factível.

Trata-se então do campo de minha própria práxis, contido no eixo formativo do programa e também no âmbito da finalidade deste Mestrado Profissional em Saúde da Família a que se propõe - de reflexão e interlocução das práticas cotidianas na APS com a aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades e a partir destes, aprimoramento do processo de trabalho em saúde na APS, num *continuum*.

Penso ainda que a realização deste Mestrado Profissional em APS, oferecida pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), valoriza e fortalece a formação docente para o SUS, corroborando as novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Por fim, vejo neste projeto relevância, pessoalmente, e para a comunidade científica, à medida que ele propõe construir reflexões sobre a formação médica voltado para o SUS no Brasil, particularmente no âmbito da capacitação em saúde na APS dos médicos do PMM, no qual eu, enquanto supervisora, estou inserida.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS EM PESQUISA

Filosofia implica o uso de ideias e crenças abstratas que moldam a pesquisa, sob a forma de pressupostos, que são as primeiras ideias no desenvolvimento de um estudo.

Denzin (1989a) aponta a importância da Filosofia no processo de pesquisa, que se divide em cinco fases discriminadas a seguir:

fase 1) onde o pesquisador considera o que estudar, baseado em sua história pessoal, visões de si, dos outros e do mundo;

2) o pesquisador traz para a investigação determinadas teorias, paradigmas e perspectivas, como um conjunto de crenças que guiam as ações;

3) ele estrutura a partir dos pressupostos filosóficos as abordagens que serão realizadas no processo de pesquisa;

4) aplica os métodos de coleta e análise dos dados do estudo e por fim,

5) e os interpreta e avalia.

Num estudo qualitativo, há quatro pressupostos filosóficos possíveis destacados nos vários *Handbooks of Qualitative Research* (DENZIN & LINCOLN, 1994, 2000, 2005 e 2011):

1) as crenças ontológicas, à respeito da natureza da realidade; 2) as epistemológicas, que conta como o conhecimento e suas afirmações são justificadas; 3) as axiológicas, em que se considera o papel dos valores da pesquisa e 4) os metodológicos, o processo de pesquisa em si.

Para fins de interpretação dos resultados adquiridos neste estudo, serão utilizados os pressupostos epistemológicos e axiológicos, pois o primeiro trata de evidências subjetivas dos participantes da pesquisa, onde o pesquisador visa diminuir a distância entre ele e quem (ou o que) está sendo pesquisado, conhecendo o saber a partir desta interação, numa visão dialética da realidade. E no segundo, o pesquisador reconhece os valores contidos nas percepções e nas ideias dos participantes da pesquisa, admite seu papel ou implicação no estudo e pode se “posicionar” nele.

4.2 CONSTRUTIVISMO SOCIAL

Os indivíduos buscam entender o mundo em que vivem e trabalham, desenvolvendo significados subjetivos de suas experiências, significados estes que são diversos, plurais e variados, levando o pesquisador a procurar a complexidade das visões e percepções, e não apenas reduzir os significados a meras categorias ou ideias.

Frequentemente, esses significados baseados tanto quanto possível nas visões dos participantes do estudo, são implicados socialmente e historicamente, ou seja, formados a partir da interação do sujeito com o meio, através de normas históricas e culturais, e com os outros, onde os pesquisadores desenvolvem então indutivamente uma teoria ou um padrão de significado (LINCOLN & GUBA, 2000).

Os pesquisadores construtivistas ampliam o questionamento a respeito do tema proposto quanto mais aberto for tal questionamento, ouvindo atentamente o que as pessoas têm a dizer ou fazem no seu contexto de vida. Eles abordam as interações entre os sujeitos e seus contextos específicos para a compreensão de processos subjetivos e reconhecem seu próprio papel na interação com os participantes da pesquisa, se posicionando a fim de apreender e interpretar o que flui a partir das experiências e narrativas.

Sua principal intenção, logo, é compreender ou interpretar os significados que os outros têm sobre o mundo, o que se manifesta nos estudos fenomenológicos (MOUSTAKAS, 1994).

4.3 PERCEPÇÃO, FENOMENOLOGIA E APRENDIZAGEM

Percepção é um vocábulo que deriva do latim – *perceptiò, ónis*, que possui inúmeras designações na língua portuguesa, dentre elas a “*ação ou efeito de perceber, de distinguir o sentido de algo por meio das sensações ou da inteligência, ou qualquer sensação física manifestada através da experiência*” (HOUAISS, 2002), nomeando uma condição humana cognitiva complexa amplamente descrita desde a Filosofia, Psicologia, Neurociências e Ciências da Cognição.

Segundo Chauí (1999), percepção seria a capacidade de recompor e organizar um conjunto de sensações simultâneas, de forma a conhecer um determinado objeto através de dado intervalo de tempo e espaço.

No campo da Filosofia, há inúmeras teorias sobre percepção, emergidas particularmente no final do século XVII, postuladas por empiristas ingleses, que ratificam Chauí, apontando a percepção enquanto um tipo de conhecimento humano adquirido através da experimentação, associando sentidos, supondo o real.

Para Bacha (2003), perceber é dar valor, dar significado e estrutura a um objeto, a partir de sua relação com o sujeito, e essas intersecção e interdependência entre sujeito e objeto seriam capazes de gerar pensamento e cognição. Através da percepção, o sujeito adquiriria, de forma passiva, a informação necessária sobre um ambiente ou um objeto.

Em contraponto às hipóteses empiristas, os filósofos racionalistas, como René Descartes, embasado na razão enquanto fundamento e sua fonte de conhecimento verdadeiros,

discorria que “*conhecer seria recordar a verdade que já existe em cada um*” (MARIAS, 2004). Para Descartes, a imaginação não pode dar a conhecer a natureza dos corpos, apenas o pensamento puro é capaz de fazê-lo, ou seja, um indivíduo nada pode conhecer através da percepção ou da imaginação sem compreender, através do pensamento, a essência da coisa.

No século XX, com a advento da Fenomenologia e da Teoria *Gestaltiana*, propunha-se que não haveria diferenças entre sensação e percepção. O sujeito sentiria ou perceberia uma gama de totalidades estruturadas repletas de sentido ou significado (LUIJPEN, 1973).

A Fenomenologia estuda os fenômenos, tenta explicar as estruturas em que as experiências ocorrem, onde sujeito e objeto são um, o sujeito se relaciona com seu cotidiano, o que possibilita sua adaptação e determinismo e proporciona o saber-compreensão.

Para os fins deste estudo, abordaremos as narrativas da percepção da capacitação médica dos profissionais médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi à luz do Construtivismo Social e da Fenomenologia Merleau-Pontyana, onde o fundamental é descrever e interpretar o ser relacional em seu contexto social de vida.

Freitas da Silva (2011) aponta que Merleau-Ponty, em sua obra, afirma a necessidade de se repensar filosoficamente uma ação pedagógica, para além dos pressupostos empirista ou racionalista, trazendo sentido ao mundo, ao corpo, a percepção, a linguagem, as relações, do outro e com o outro. Para tanto, não haveria como dicotomizar a relação sujeito-objeto, eles seriam um.

Por isso, toda práxis é além de pedagógica, historiográfica, sociológica, antropológica e epistemológica, impulsionada por uma relação dialógica, trazida por Ponty como uma nova teoria da aprendizagem, onde “*a verdadeira filosofia consiste em reaprender a ver o mundo*” (MERLEAU-PONTY, 1942, p. xvi).

Para Ponty, fazer filosofia ou fenomenologia está muito longe de tomar o mundo, as coisas, a natureza, o outro, como um objeto já “acabado”, elucidado, solucionado. Propõe a entender a experiência do mundo e da vida, o que precede qualquer intervenção ideológica, científica ou até mesmo filosófica (FREITAS DA SILVA, 2011). Entendemos o mundo, a partir de nossas visão e experiências vivenciadas nele.

Partindo do pressuposto de que “*o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece*” (MERLEAU-PONTY, 1945, p. v.), o mundo deixa de ser um mero objeto de experimentação ou a origem de ideias racionalistas, para se tornar o próprio substrato, o elemento, a experiência em si, através da percepção.

Percepção, segundo Merleau-Ponty (1945), seria então, nesse sentido, o “*fundo sobre o qual todos os atos se destacam*”, uma experiência do corpo próprio “situado aqui e agora”. O

corpo, neste contexto fenomenológico, não se trata então apenas de uma estrutura anatômica ou fisiológica, mas também como um ser de fenômeno, de maneira transcendental, para além dos limites biológicos ou físicos.

Para a Fenomenologia, a experiência do outro seria uma extensão de nossa própria corporeidade. O outro seria um espelho de um: vejo-me através dele e “*nós nada mais somos do que esse laço de relações*” (MERLEAU-PONTY, 1945, p. xvi). Por isso, a construção do conhecimento também é essencialmente intersubjetiva, coletiva.

Husserl (2003) afirma que “*não é das filosofias que deve partir o impulso da investigação, mas, sim, das coisas e das questões*”, marcando o não subjuço do conhecimento aos métodos ou à academia, no sentido estrito do procedimento técnico ou algum tratamento puramente estatístico.

Por isso, quando se propõe a Fenomenologia enquanto fonte ou postura de uma pesquisa, importa mais a postura de ação do pesquisador do que a adesão a um determinado método ou referencial teórico.

Fenomenologia, para Ponty, é um estilo, para fins de descrição, não apenas de explicação ou de análise. E é nessa direção que a práxis fenomenológica se confunde com a práxis educativa: “*ela não é mais a experiência de laboratório, é a experimentada pela vida*”.

Heidegger, outro importante pensador fenomenológico, apontou que “*ensinar é mais difícil do que aprender, porque ensinar é deixar aprender*”, devendo o mestre ser muito mais ensinável do que seus alunos, tornando a relação professor-aluno mais horizontal, didática, dialógica (HEIDEGGER, 1964) e o ensino muito mais do que a transmissão de conteúdo, e sim uma arte, tanto no ouvir quanto na percepção do outro e do mundo.

O aluno deve alçar voo em seu aprender. Um aprender a aprender autêntico, criativo, libertador, contrário à lógica fragmentada, mecanicista, tradicional e convergente positivista.

E é sob esta perspectiva, que a Fenomenologia aborda a relação filosófica e educativa: teoria e prática sendo inseparáveis, intersubjetivas e diametralmente complementares. A percepção da realidade sendo múltipla, dinâmica, dialógica e holística, passível de interpretação e explicação e os indivíduos sendo os próprios agentes investigadores dela, antecipando processos autorreflexivos da práxis emancipatória (CEOLIN *et al.*, 2017).

La Rosa (2003) destacou ainda que aprendizagem é um elemento muito mais amplo e complexo do que o conhecimento e que dependeria de um processo contínuo de estimulação, da cultura e do meio, que moldariam o sujeito a partir de suas relações entre si. O sujeito construiria dialeticamente o conhecimento através da aprendizagem e tal fato o desenvolveria mentalmente.

Já Freire (1974) afirmava que o processo de aprendizagem é relacional, destacando a necessidade do aprender a aprender e que “*ninguém educa ninguém, é o próprio aluno que se educa*”, sendo o aluno sujeito e responsável de sua própria práxis. O papel do professor seria o de um facilitador do processo de aprendizagem cíclica, não linear e dotada de poder libertador e de escolha. O aprender não ocorreria sob a forma de uma educação bancária.

Ausubel, por sua vez, com sua Teoria da Aprendizagem Significativa, preconizava que aprender implicaria necessariamente em ter um significado e evocar uma emoção, senão, seria apenas memorização e que era possível construir um conhecimento novo a partir do prévio, reforçando conteúdos, através de aspectos lógicos e psicológicos do processo de aprendizagem (PELIZZARI *et al.*, 2002).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as percepções dos médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre a capacitação médica recebida de acordo com a proposta do eixo formativo do programa.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar e interpretar as percepções dos médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre sua capacitação médica na Atenção Primária à Saúde.

6 METODOLOGIA

6.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Optou-se por realizar um percurso metodológico que *“se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”* (MINAYO, 2010, p. 57).

Logo, propusemos uma pesquisa qualitativa exploratória, cuja temática foi a narrativa das percepções e significados da capacitação de todos os médicos participantes do Programa Mais Médicos, lotados nas Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios de Japeri e Paracambi, no interior do Estado do Rio de Janeiro.

Os médicos generalistas em questão neste estudo estão distribuídos nas USF Amapá e Chacrinha, localizadas em Paracambi, e nas USF Guandu, Alecrim, Vila Central, Delamare, Chacrinha e Nova Belém, no município de Japeri, todas unidades da ESF, totalizando neste momento, 10 médicos participantes do Programa Mais Médicos nestas cidades, sendo 6 deles do sexo masculino e 4 do sexo feminino, numa faixa etária de 31 anos a 68 anos de idade e 4 deles com menos de 5 anos de graduados na escola médica.

Em relação aos países de graduação médica anterior à participação no PMM, há 1 médico formado em Cuba, 1 na Bolívia, 1 no Paraguai e os demais, formados no Brasil, em diferentes regiões do estado do Rio de Janeiro. Todos ingressaram no PMM no período entre os anos de 2014 a 2019 e são atualmente supervisionados pela pesquisadora principal deste estudo no programa.

6.2 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal deste estudo, em uma sala privativa e ambiente protegido nas USF garantindo o sigilo, sob a forma de entrevistas semiestruturadas (TRIVIÑOS, 1987, p.152; MANZINI, 1990/1991, p.154) (apêndice A), realizadas com base em um roteiro elaborado previamente pela pesquisadora contendo algumas perguntas norteadoras, mas que permite flexibilidade e inclusão de novos questionamentos ao longo da conversa com o médico participante.

Haguette (2010, p.81) destaca que a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas, no qual um deles, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de dados e informações sobre e por parte do outro, o entrevistado.

Estas entrevistas tinham previsão de duração de 30 minutos a uma hora e foram gravadas, mediante autorização do médico participante constada no TCLE (apêndice B).

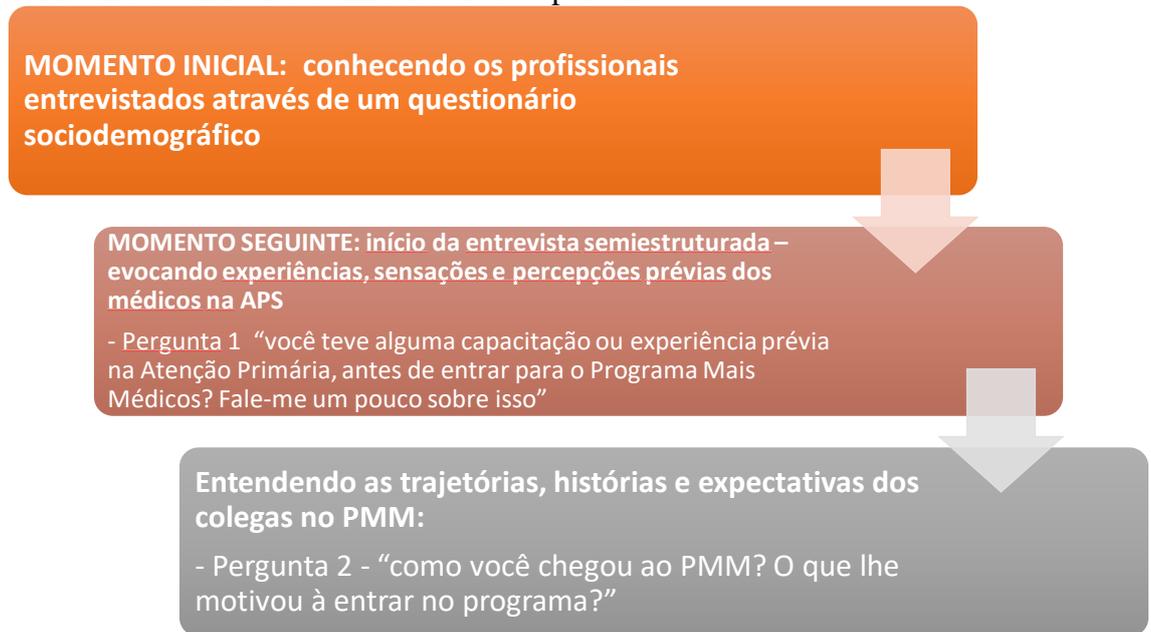
Para tal, seguimos o referencial teórico da entrevista compreensiva (KAUFFMANN, 2013), que propõe o envolvimento ativo do entrevistador, que por sua vez instiga o entrevistado ao envolvimento e participação na entrevista, e por fim, interpreta o material coletado como elemento decisivo para os resultados do estudo.

Segundo Kauffmann (2013), o processo compreensivo apoia-se na ideia de que os homens são produtores ativos do social, detentores de um saber importante, pautado em valores individuais.

No momento seguinte à aplicação do questionário sociodemográfico, prosseguiu-se ao roteiro de entrevista semiestruturada, no qual procurou-se evocar percepções, experiências, relatos, sensações prévias dos médicos do Programa Mais Médicos sobre seu trabalho na Atenção Primária à Saúde, bem como entender as suas trajetórias, histórias e experiências no próprio programa. Para tal, foram utilizadas as seguintes assertivas: 1) você teve alguma capacitação ou experiência prévia na APS, antes de entrar para o Programa Mais Médicos? fale-me um pouco sobre isso, e 2) como você chegou ao programa? O que lhe motivou à entrar nele? – figura ilustrativa 1 / parte 1.

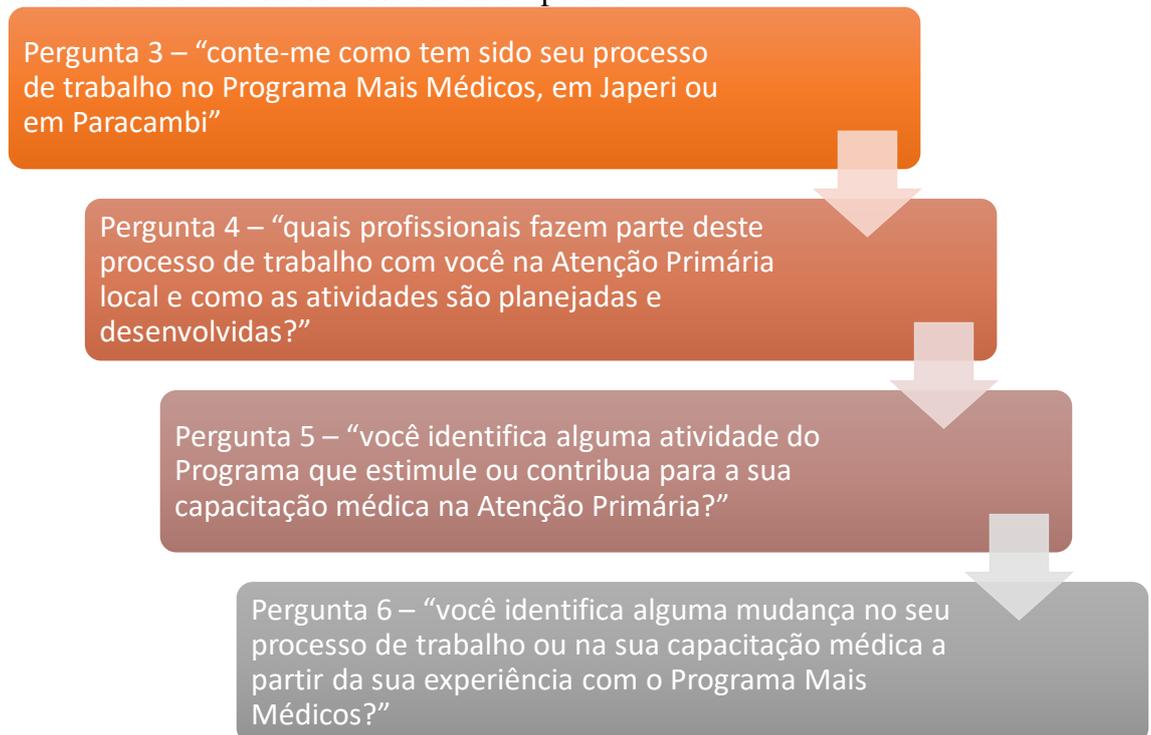
Em seguida, procurou-se identificar como funciona o Programa Mais Médicos, na visão e percepção dos médicos participantes das entrevistas, particularmente, a respeito da capacitação médica ofertada pelo programa na Atenção Primária à Saúde, empregando-se as seguintes ponderações: 3) conte-me como tem sido seu processo de trabalho no Programa Mais Médicos, em Japeri ou em Paracambi; 4) quais profissionais fazem parte deste processo de trabalho com você na APS e como as atividades são planejadas e desenvolvidas?; 5) você identifica alguma atividade do programa que estimule ou contribua para a sua capacitação médica na APS? e, 6) você identifica alguma mudança no seu processo de trabalho ou na sua capacitação médica a partir da sua experiência com o PMM? – figura ilustrativa 1 / parte 2.

Figura 1: Roteiro da entrevista semiestruturada – parte 1.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Figura 2: roteiro da entrevista semiestruturada – parte 2.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

6.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

À *posteriori*, as respostas das entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora principal, seguido da decodificação e categorização dos significantes de dados

qualitativos, através da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), interpretando e produzindo sentidos e significações manifestados pelos sujeitos sobre o tema.

Pretendeu-se reconhecer neste estudo o papel dos valores das narrativas dos médicos sobre sua capacitação na Atenção Básica nos municípios em questão, os valores e vieses presentes nesta pesquisa e enquanto pesquisadora, discutir abertamente os valores que moldam estas narrativas, incluindo minha interpretação em conjunto com as interpretações dos médicos participantes – através do pressuposto axiológico (DENZIN, 1989a), à luz da Fenomenologia Merleau-Pontyana.

A busca e seleção para o referencial teórico bibliográfico e contextualização dos resultados utilizou as informações obtidas nas seguintes bases de dados: *Lilacs, Cochrane Library, PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, Google Scholar e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, sites do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Programa Mais Médicos – Governo Federal*, publicados desde a inepção até atualmente, com ênfase nos últimos 10 anos. A sintaxe de busca empregou combinações dos seguintes descritores: “atenção primária à saúde” OR “médico de família”; “educação em saúde” OR “educação médica” OR “educação continuada” AND “percepção”, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Este é o CEP referencial da orientadora Profa. Dra. Sonia Regina Lambert Passos deste projeto de mestrado junto ao Programa ProfSaúde da ABRASCO - Fiocruz e segue as recomendações da CNS 466 / 2012.

E conforme as resoluções 466 / 12 e 510 / 16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este projeto de pesquisa submetido em fevereiro de 2020 ao CEP do INI, recebeu parecer favorável à sua realização, sendo aprovado sob o registro do Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) número 28479320.0.0000.5262, datado de 18/02/2020 (Anexo A).

Somente após a aprovação pelo CEP, iniciamos a coleta de dados desta pesquisa através das entrevistas semiestruturadas, a partir da ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), pelos médicos participantes.

Devido a pandemia pelo novo coronavírus, instalada desde março de 2020, em virtude da necessidade de se manter o distanciamento social entre os sujeitos e medidas de prevenção quanto à infecção e propagação do vírus respiratório causado pelo COVID-19, optou-se por

realizar as entrevistas remotamente, por meio de ligação telefônica entre a pesquisadora principal e o médico participante. As entrevistas foram devidamente gravadas com uso de um mini gravador portátil digital, mediante autorização da gravação de voz e preenchimento prévios do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos médicos participantes da pesquisa.

Foram obtidas também Cartas de Anuência (Apêndice C) dos gestores municipais de Japeri e Paracambi para a realização deste trabalho.

Este estudo não envolveu cooperação estrangeira, nem armazenamento de amostra biológica ou solicitação de patente. Os dados não serão utilizados em estudos futuros.

Ressaltamos que nenhum estudo científico é totalmente isento de riscos, logo, um possível risco de participação neste estudo seria o de constrangimento durante a entrevista. E um possível benefício deste estudo para o participante seria contribuir para a análise subjetiva da capacitação médica do Programa Mais Médicos, com vistas à possíveis propostas de melhorias nesta capacitação.

7 RESULTADOS

Seguindo, então, a proposta metodológica prevista nesta pesquisa todos 10 médicos inscritos atualmente no Programa Mais Médicos lotados nos municípios de Japeri e Paracambi aceitaram participar.

Utilizou-se o referencial teórico da entrevista compreensiva proposta por Kauffmann (2013), para a realização das entrevistas semiestruturadas, visando identificar e interpretar as percepções dos médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre sua capacitação médica na Atenção Primária à Saúde.

Todas as entrevistas foram realizadas apenas pela pesquisadora principal deste projeto, médica de família e comunidade e também supervisora médica do PMM, no período de abril a junho de 2020.

As entrevistas variaram de 30 a 60 minutos de duração e foram realizadas num local privativo e silencioso, sem interferências externas ou ruídos importantes, inclusive visando minimizar possíveis ruídos de comunicação, visto que dependiam do uso de tecnologia para a sua realização, bem como a manutenção do sigilo dos dados coletados pela pesquisadora principal.

Intentou-se ouvir atentamente a fala dos entrevistados, demonstrando empatia e procurando deixá-los confortáveis e acolhidos no compartilhamento de suas experiências, histórias, ideias, percepções, sentimentos e aprendizados cotidianos, a fim de apreender os processos sociais.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico, a fim de se conhecer o perfil destes médicos do Programa Mais Médicos nestas localidades.

Todos os médicos participantes desta pesquisa são de nacionalidade brasileira, com idades na faixa de 31 a 68 anos de idade, sete eram solteiros, seis se declararam da cor parda e quatro da cor branca. Seis médicos eram do sexo masculino. Um médico residia na cidade de lotação do programa. Quatro médicos possuíam Pós-graduação em outras áreas médicas realizadas antes do ingresso no PMM – dermatologia, pediatria, gastroenterologia e medicina do trabalho.

Três médicos graduaram-se em escolas médicas internacionais em Cuba, Paraguai e Bolívia, nos anos de 2014, 2017 e 2018, respectivamente. Seis graduaram em universidades privadas no estado do Rio de Janeiro, e um em universidade pública, entre os anos de 1976 e 2018, com predomínio de médicos graduados na última década. A duração dos cursos de graduação dos médicos foi de 6 anos ininterruptos, tanto no Brasil quanto no exterior.

Quase todos exceto um dos médicos teve contato – estágio ou internato na Atenção Básica – previamente ao ingresso no Programa Mais Médicos. Três médicos receberam bolsa ou algum outro tipo de financiamento durante a graduação, sendo um médico participante do ProUni (Programa Universidade para Todos).

Todos os médicos participantes desta pesquisa ingressaram no PMM a partir do ano de 2015, sendo cinco há apenas dois anos. Oito deles atuantes no município de Japeri, destes 8 médicos há um que atua em área rural, os demais sete atuam em áreas urbanas neste mesmo município. Os outros dois médicos do PMM estão lotados na cidade de Paracambi, ambos em áreas urbanas.

Todos os médicos dos dois municípios possuíam, no momento desta entrevista, equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família – com ao menos, 1 enfermeiro de saúde da família, 1 técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, estes variando em um número total de 4 a 11 por equipe.

Apenas as duas equipes da ESF lotadas no município de Paracambi possuíam nas unidades básicas de saúde (UBS) técnicos de saúde bucal e odontólogo de saúde da família. Assim sendo, nenhuma das UBS dos médicos do PMM de Japeri possuem equipes de saúde bucal presentes no território adscrito e de acordo com a gestão municipal, estes profissionais são centralizados em uma unidade de saúde mista denominada UMEP (Unidade Mista de Engenheiro Pedreira).

Quatro médicos foram transferidos de Unidade Básica de Saúde, pelo gestor municipal, dentro do próprio município de lotação, por questões de violência no território e por reajustes de lotação de profissionais médicos em áreas mais vulneráveis localmente.

O número de usuários cadastrados e acompanhados, em cada equipe de saúde da família em que estes médicos estão trabalhando atualmente no programa em Japeri e Paracambi variou de 1.800 à 3.700 pessoas por equipe. A única delas que é situada em área rural, no município de Japeri, possui aproximadamente 2.710 usuários cadastrados.

Todos os sete médicos graduados em instituições brasileiras atuam, concomitante ao PMM, em outros serviços de saúde, tais como Hospitais de Urgência / Emergência – todos estes na esfera pública (cinco médicos) e Instituições de Longa Permanência para Idosos (um médico). Um médico é aposentado pelo Ministério da Saúde.

Os outros três médicos, graduados no exterior, não trabalham em serviços de saúde fora da esfera do Programa Mais Médicos, por ainda não possuírem revalidação dos seus diplomas médicos.

Todos os 10 médicos estão matriculados e cursando as atividades de capacitação teóricas do ensino à distância ofertado pelo programa, sendo oito deles tutorados pela UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) – todos estes matriculados no primeiro ciclo do PMM; um pela UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte) e um pela UFMA (Universidade Federal do Maranhão), ambos matriculados no segundo ciclo do programa.

Cada entrevista foi transcrita pela pesquisadora principal, manual e separadamente, armazenadas em arquivos digitais e por fim, codificadas e categorizadas. Para fins desta pesquisa, não foram utilizados *softwares* para organização do material e / ou codificação dos dados coletados.

O processo de codificação se deu a partir da repetição de palavras ou expressões, os quais foram se constituindo em unidades de registro, categorizadas progressivamente, segundo Bardin (2011).

Estas categorizações descritas sobre as temáticas a que a pesquisa se propõe, geraram então significantes iniciais propostos pela pesquisadora, a partir das narrativas dos entrevistados, balizados pelo referencial teórico deste trabalho.

As expressões-chave das categorias iniciais encontradas estão representadas abaixo, em uma nuvem de palavras, que seria uma representação visual da frequência e do valor das categorias.

Figura 3: Nuvem de palavras representativas das expressões-chave dos significantes/categorias iniciais encontrados.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

A partir disto, então, foram interpretados e propostos 21 significantes, que se seguem, subjetivamente, enumerados abaixo:

1- há um sentimento de frustração dos médicos entre as experiências prévias vivenciadas na APS e a chegada no PMM, com todas as dificuldades locais que permeiam o funcionamento do programa nestes municípios, incluindo dificuldades de interlocução com a gestão municipal, atrasos constantes no pagamento da pecúnia, grande rotatividade de outros membros constituintes das equipes na AB, falta de prontuário eletrônico e integrado, dificuldades do trabalho em saúde em redes e da integralidade do cuidado;

2- há uma questão ideológica no campo profissional médico – do amor do próximo e à equipe de Saúde da Família no cotidiano da práxis, que parece gerar algum tipo de compensação às dificuldades no trabalho e sentimentos como resiliência, resistência, reforço à autoestima, sentir-se que é “respeitável, reconhecido e querido pela comunidade, é necessário”;

3- a existência de uma “bolsa boa”, referente ao salário mensal recebido pelos médicos no PMM, sob a forma de bolsa, repassada aos municípios diretamente pelo MS;

4- a percepção da importância do trabalho em equipe na APS e o “aprender juntos”;

5- a APS como um modelo de atenção à saúde irrefutável e a possibilidade de “mudar o mundo, mudar a saúde do Brasil” – com amor, dedicação, compromisso com a Saúde Pública – entendendo seu papel social enquanto MFC no SUS;

6- o emprego da monotemática do cotidiano do trabalho – compartimentalizados em programas de saúde como HIPERDIA (hipertensão e diabetes), pré-natal, pediatria, e atendimentos em turnos ambulatoriais semanais trazendo conceitos fragmentados do paradigma biomédico mecanicista a que todos os médicos entrevistados foram estimulados em sua formação acadêmica anterior;

7- a presença de figuras exponenciais (de referência) em que os médicos entrevistados se espelharam antes do PMM e por sua vez, influenciaram, de certa maneira, o ingresso deles no programa;

8- a percepção de que há limitações, quer sejam de recursos financeiros, políticos ou humanos, nos municípios mais interioranos no país, que impactam nos Determinantes Sociais em Saúde e no processo de trabalho dos médicos na APS brasileira;

9- a percepção de significado do trabalho em saúde nestes municípios enquanto uma “missão, um favor – ajudando à população mais pobre e vulneráveis”;

10- a expectativa de uma tutoria / supervisão mais vertical e presente fisicamente o tempo todo na ponta com os médicos, diferente do que o PMM propõe;

11- a percepção dos médicos de que a violência no território vem aumentando nos últimos anos, principalmente, a questão do tráfico de drogas e mortes ocasionadas por crime organizado, advindos da acentuação da desigualdade social, mesmo em municípios de baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), como Japeri, os quais se tornam um problema de Saúde Pública, particularmente no que tange à Saúde Mental dos pacientes acompanhados por eles – os médicos apontam um aumento considerável da prevalência de transtornos depressivos e ansiosos nestas comunidades locais;

12- a APS como principal porta de entrada dos usuários no SUS, como coordenadora do cuidado e campo de proposta e ações de prevenção e promoção à saúde e educação permanente dos profissionais em saúde, incluindo os médicos do PMM;

13- a sensação de um acolhimento e adaptação dos médicos entrevistados ao contexto local, ao SUS, às Equipes e à prática médica generalista na APS em Japeri e em Paracambi;

14- a supervisão médica do PMM como um meio de autonomia, vínculo e segurança dos médicos participantes do programa – exercendo seu papel de apoiadora / facilitadora na capacitação médica no programa e na relação dos médicos com o ensino-serviço-comunidade;

15- o paradoxo entre o acesso versus o não acesso dos médicos do PMM aos profissionais do NASF e equipamentos em saúde locais, num mesmo município – o PMM de cada um?;

16- a sensação de solidão dos médicos do PMM, do “trabalho sozinho” na APS no interior do país nestas comunidades e suas nuances – a inexistência de contrarreferências, de apoio especializado, de exames complementares, de centros de saúde de referência em outros níveis de atenção à saúde, de conectividade local (internet), de “rounds” médicos - todos prejuízos à integralidade do cuidado e à clínica ampliada.

17- a educação permanente em saúde e o conceito de ensino híbrido, com uso de tecnologias de informação em saúde, como o ensino à distância, e de novas metodologias do processo ensino-aprendizagem, como aprendizado baseado em problematização, reuniões loco regionais, web portfólio, *feedbacks*, aprendizado em grupos / pares e por dentro, proporcionados pelo cotidiano das práticas no PMM;

18- a incongruência existente entre teoria e prática em saúde no PMM – o que se aprende na teoria parece diferir às vezes do que se é possível imprimir na prática, pelos médicos do programa;

19- o questionamento sobre que profissionais médicos aderem ao PMM;

20- a expectativa do PMM em capacitar profissionais independentes, resolutivos versus as demandas e expectativas dos próprios médicos participantes;

21- o reconhecimento profissional como fator de satisfação dos médicos locais do PMM.

Foram encontrados 11 (onze) significantes de classificação considerados positivos e 10 (dez) significantes de classificação considerados negativos / críticos.

À medida que as categorias iniciais foram identificadas, dentro do escopo dos conceitos norteadores a que se propõe esta pesquisa, foram agrupadas em 4 (quatro) grandes grupos temáticos finais, reunidos conforme similaridade, frequência e descrição dos seus significantes construídos pela pesquisadora, os quais se seguem:

A) o trabalho na Atenção Primária à Saúde – local de evocação de sensações, memórias e ideologias (Quadro 1);

B) a importância da estruturação, organização e financiamento da Atenção Básica para a manutenção do Programa Mais Médicos (Quadro 2);

C) a capacitação médica no Programa Mais Médicos – expectativas, realidades e potencialidades (Quadro 3);

D) a educação permanente em saúde na Atenção Primária à Saúde – o papel da interprofissionalidade e das novas metodologias em ensino e pesquisa em saúde (Quadro 4).

Para fins de sigilo dos entrevistados, os trechos das entrevistas inseridos nos quadros abaixo e utilizados para exemplificar os significantes foram enumerados, de 1 a 10, sendo a vogal “E” utilizada para denominar o substantivo “entrevistado”.

O quadro 1, incluiu como categorias iniciais o sentimento de frustração dos médicos ao ingressar no Programa Mais Médicos nestes municípios, a ideologia presente na prática profissional, as figuras referenciais destes médicos, a percepção do trabalho em saúde como uma missão, a solidão, o acolhimento e a adaptação deles ao contexto local, seu reconhecimento profissional e a APS destacada por eles como modelo de atenção à saúde que “pode mudar o mundo, a vida das pessoas”, foram todas agrupadas e inseridas no significativo final denominado “o trabalho na Atenção Primária à Saúde – local de evocação de sensações, memórias e ideologias”, conforme representados abaixo.

Quadro 1: Categoria de agrupamento significativa final 1 intitulada “O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LOCAL DE EVOCAÇÃO DE SENSações, MEMÓRIAS E IDEOLOGIAS”

CATEGORIAS/SIGNIFICANTES INICIAIS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS
<p>O sentimento de frustração dos médicos do PMM (1)</p>	<p>E1 <i>“...percebo muitas dificuldades de implementar o que aprendemos na teoria no trabalho na prática.”</i></p> <p><i>“...eu acho que talvez seja essa falta de fluxos entre a gestão municipal, estadual e federal.”</i></p> <p><i>“... dessa coisa de trocar equipe a todo momento, de trocar de gestor, de profissionais na ponta.”</i></p> <p><i>“...há dificuldade dos postos serem ainda muito precários, nas instalações, na falta de materiais de insumo, impressos, falta água às vezes.”</i></p> <p>E2 <i>“...É uma questão muito difícil. Aí eu acho que não é só de Japeri, é da maioria dos municípios, provavelmente: a questão da interferência política, é muita, do político local que tô falando.”</i></p> <p>E9 <i>“...em Cuba, onde me formei, nos seus consultórios de família, os médicos tinham até os especialistas perto, por exemplo, se vissem um paciente com manejo mais complexo, podiam solicitar ajuda do especialista.”</i></p> <p><i>“...porque os pacientes tinham que passar primeiro com os médicos de família, nos consultórios ou no Centro de Saúde, pra poder aí sim serem referenciados a outro tipo de atenção. Aqui, não tenho nem Maternidade pra onde referenciar minhas gestantes.”</i></p> <p><i>“...aí quando entra ainda a questão de política, de falta de recursos, fica difícil o trabalho.”</i></p>
<p>A APS como possibilidade de “mudar o mundo” (5)</p>	<p>E1 <i>“...então isso é bastante gratificante. A gente consegue realmente mudar a vida de muitas pessoas no SUS, na atenção básica.”</i></p> <p>E2 <i>“...porque o trabalho é feito com responsabilidade, com o interesse no bem do outro né, a gente está lá por amor.”</i></p> <p><i>“...e quando você encontra isso aliado à qualidade, à excelência das pessoas que estão ao seu redor, acima de você, isso ajuda muito, não só em termos de medicina, isso ajuda em termos de melhorar o mundo, a você mesmo e sua volta.”</i></p>
<p>Ideologia na prática profissional (2)</p>	<p>E1 <i>“...junto com o programa, consigo fazer um trabalho muito importante, que lá na frente vai ajudar muito, acredito que se tivesse cada vez mais esse trabalho, a gente conseguiria mudar muito a saúde do nosso país.”</i></p>

	<p><i>E6 "...como eu me sinto? Olha, (breve pausa) é até estranho falar isso, mas eu me sinto com gratidão, porque eu tenho feito muito bem aos pacientes assim."</i></p> <p><i>"...a população em geral é muito sofrida. E a maioria tem problema psiquiátrico porque perde filho para o tráfico, e eles têm muita gratidão por mim, e muitos falam que eu fui a única médica que entrei e que fiquei aqui nessa área rural."</i></p> <p><i>"...que sou necessária aqui. Eles se sentem muito abandonados, entendeu? (se emociona e chora durante toda a fala)."</i></p>
Figuras exponenciais (de referência) (7)	<p><i>E2 "...na faculdade de medicina, eu tinha um professor muito dedicado no posto de saúde, ele sempre me chamava e dizia: você tem todo o perfil, você tem que ir fazer isso."</i></p> <p><i>E5 "... porque é o berço que meu pai trabalhou durante 25 anos, né?"</i></p> <p><i>E8 "...lá é muito forte essa especialidade, tem bastante médico de família. É bem valorizado. Ficava com eles, observando."</i></p>
O trabalho em saúde como uma missão (9)	<p><i>E5 "...eu escolhi a dedo Japeri, pois já tinha um nome, um nome a zelar ali, uma tradição a zelar."</i></p> <p><i>"...a população é muito carente, muito humilde né, me pedem um apoio, algum favor que eu posso fazer né. Se eu não faço naquele dia eu faço amanhã."</i></p> <p><i>"...eu procuro ajudar as pessoas mais humildes, até pela minha questão religiosa. Eu gosto de ajudar, entendeu?"</i></p> <p><i>"...é um município muito pobre, de baixo IDH."</i></p>
A solidão dos médicos do PMM (16)	<p><i>E3 "...é um trabalho assim muito solitário, porque a gente não tem intercâmbio maior com os colegas, entende? (silêncio)."</i></p> <p><i>"...a gente não pode fazer um planejamento ascendente, por exemplo, para que todas as unidades básicas de saúde pudessem colocar as suas questões, sugerir as suas propostas né, pra um plano, um plano municipal mais efetivo né?"</i></p> <p><i>"...eu me sinto assim muito solitária no, atendimento, fazendo as visitas domiciliares, fazendo o acompanhamento dos pacientes, o cuidado né das pessoas nos diferentes ciclos de vida, como tá definido pelo programa."</i></p> <p><i>E4 "...a dificuldade maior são os exames, tipo assim, a gente cuida sozinha deles, pede aqueles exames básicos de controle das doenças, dislipidêmicas, hemoglobina glicada e nada."</i></p>
Acolhimento e adaptação dos médicos ao contexto local na APS (13)	<p><i>E2 "...estar ali me deu um, um conforto, um bem-estar."</i></p> <p><i>E6 "...eu entrei no programa e logo de cara eu pensei: meu Deus eu não vou me adaptar, né? Sou dermato, de outra cidade... eu vim de emergência e tal, é uma outra rotina."</i></p> <p><i>"...aí hoje em dia, com o passar do tempo, eu me sinto 100% adaptada. Eu gosto muito."</i></p> <p><i>"...entendi na prática o que é ser médico de família."</i></p>

	<p><i>“...porque eu sou a médica da região que cuido desde o bebê que nasce até o pré-natal daquela mãe. A mãe, a avó da criança, ao marido da paciente.”</i></p> <p><i>E9 “...quando eu comecei a trabalhar no programa foi uma das ajudas que eu tive pra poder me adaptar ao sistema de saúde do Brasil.”</i></p> <p><i>“...a gente vai tendo o suporte da supervisão, de outros profissionais também que trabalham no nosso contexto, no nosso dia a dia, e a gente vai se adaptando...”</i></p> <p><i>...”já me sinto mais capacitado, mais apto a ter condutas mais seguras em casos que antes quando eu comecei eu não tinha.”</i></p>
<p>Reconhecimento profissional (21)</p>	<p><i>E5 “...a população é muito carente, muito humilde né, mas também muito calorosa entendeu, muito agradecida ao esforço que a equipe é capaz de fazer por elas né?”</i></p> <p><i>“...e eu (gagueja) eu tenho assim um reconhecimento do trabalho muito grande”</i></p> <p><i>“...eu sou parado nas ruas, as pessoas vêm falar comigo, me agradecer.”</i></p> <p><i>“...eu tenho paixão pelo que eu faço. E a atenção primária realmente é o que me move a ser médico, entendeu?”</i></p> <p><i>“...os valores que o SUS me passa, que o PSF me ensina, são valores pelos quais eu lutei a vida inteira, nos quais eu acredito, entendeu?”</i></p> <p><i>“...realmente eu estou realizado profissionalmente. Sem dúvida.”</i></p> <p><i>E9 “...eu venho de um país, onde um médico não é tão endeusado assim como é aqui no Brasil.”</i></p>

Fonte: Elaboração própria, 2021.

O quadro 2 incluiu como categorias iniciais o trabalho em equipe na APS, o atendimento restrito a poucos problemas de saúde (monotemático) e dividido em turnos de trabalho apontado pelos médicos, as limitações do financiamento da atenção básica, a crescente violência no território que impacta na saúde da população adscrita, particularmente no que concerne à saúde mental e a “bolsa boa” dos médicos do PMM. Todas estas categoriais foram interpretadas e agrupadas no significante final denominado “a importância da estruturação, organização e financiamento da Atenção Básica para a manutenção do Programa Mais Médicos”.

Quadro 2: Categoria de agrupamento significativa final 2 intitulada “A IMPORTÂNCIA DA ESTRUTURAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A MANUTENÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS”

CATEGORIAS/SIGNIFICANTES INICIAIS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS
Trabalho em equipe na APS (4)	<p><i>E4: “...é o trabalho em equipe, acho que é o principal assim. É a principal chave da atenção básica: você não funciona sozinho.”</i></p> <p><i>“...não é o médico sozinho, sabe.”</i></p> <p><i>“...é tudo junto: é o técnico, é a recepção, é a enfermeira, é a ACS. Se não tiver tudo nesse eixo ligado não vai dar certo.”</i></p> <p><i>E5 “...as ACS pra mim são as mais fundamentais. Que elas conhecem a comunidade com a palma da mão.”</i></p>
Trabalho monotemático e dividido em turnos (6)	<p><i>E1 “...a minha rotina é normal, igual ao que a APS exige né, dos turnos e horários.”</i></p> <p><i>E8 “...aqui, basicamente você trata de doentes crônicos.”</i></p> <p><i>“...há muitos hipertensos, diabéticos e grávidas.”</i></p> <p><i>E5 “...o carro chefe é o hiperdia!”</i></p> <p><i>“...o forte lá é nessa ordem: hipertenso, diabético, doenças metabólicas, dislipidemia e doenças osteomusculares.”</i></p> <p><i>E9 “...é bem da atenção primária mesmo do Brasil, com pacientes agendados, agente de saúde que visitam as áreas, tem os turnos específicos pra cada paciente, pra cada demanda.”</i></p>
Limitações no financiamento da APS no Brasil e equipe reduzida (8)	<p><i>E5 “...É sobrecarga mesmo. E o município, como tem um baixo IDH, também não oferece muita estrutura para fazermos um trabalho ideal, que queríamos na saúde pública, na saúde da atenção primária.”</i></p> <p><i>E9 “...aí entra a questão de política, de falta de recursos.”</i></p> <p><i>E10 “...inicialmente fui lotado numa UBS na área rural, fiquei lá uns 2 meses. Mas era uma equipe muito pequena, só 2 ACS e eu de médico.”</i></p>
Violência no território e transtornos de Saúde Mental (11)	<p><i>E6 “...a maioria tem problema psiquiátrico porque perde filho para o tráfico.”</i></p> <p><i>“...a minha população 80% é psiquiátrico.”</i></p> <p><i>“...paciente psiquiátrico, é muito paciente psiquiátrico, muito, muito mesmo.”</i></p> <p><i>E7 “...então no dia a dia eu trabalho numa comunidade onde a carência, a precariedade é muito grande, além do problema psicológico das pessoas porque se trata de uma comunidade, de um lugar muito perigoso.”</i></p>

	<i>“...meu primeiro contato com o paciente aqui foi mais tratando do psicológico deles do que outra coisa.”</i>
“Bolsa boa” (3)	<p><i>E5 “...eu estava trabalhando. Recebia 10 mil, mas aí meus filhos passaram da faculdade de medicina.”</i></p> <p><i>“...eu sabia que o Mais Médicos era um programa que contempla aquilo que eu penso e ainda tem uma bolsa boa né?”</i></p> <p><i>E10 “...Paracambi foi a cidade mais próxima que tinha no PMM e eu na verdade eu não conhecia muito sobre o programa, mas financeiramente era um bom.”</i></p> <p><i>“...tinha um bom retorno financeiro.”</i></p>

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Já o quadro 3 possui como categorias iniciais listadas: a supervisão médica como um meio de autonomia dos profissionais do programa, a necessidade apontada pelos médicos entrevistados de uma supervisão mais vertical e presente fisicamente no cotidiano das práticas junto deles, as semelhanças e disparidades entre as expectativas de capacitação dos médicos do programa e o que programa de fato oferta e demanda deles e, por fim, que tipo de profissional médico adere ao PMM. Todas estas categoriais foram interpretadas e agrupadas no significante final denominado pela pesquisadora de “a capacitação médica no Programa Mais Médicos – expectativas, realidades e potencialidades”.

Quadro 3: Categoria de agrupamento significante final C intitulada “A CAPACITAÇÃO MÉDICA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: EXPECTATIVAS, REALIDADES E POTENCIALIDADES”

CATEGORIAS/SIGNIFICANTES	
INICIAIS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS
Supervisão do PMM - mais vertical e presencial (10)	<p><i>E10 “...acho que teria que (pensando) ter um tempo maior, vamos dizer assim, por exemplo: tem uma supervisão diária presencial, uma vez ao mês nossa reunião localregional.”</i></p> <p><i>“...eu acho que teria que ter uma aproximação maior, vamos dizer assim, ou um tempo maior de supervisão presencial com a gente na ponta.”</i></p> <p><i>“...eu queria que o supervisor ficasse do meu lado, que nem numa residência médica né!”</i></p>
A supervisão como um meio de autonomia dos médicos do PMM (14)	<p><i>E1 “...Principalmente agora que a gente vem passando explicitamente um problema novo, uma pandemia... trocar informações com os tutores é muito importante.”</i></p> <p><i>E2 “...a gente, às vezes, tem uma tendência de ser muito técnico, e essas reuniões atentam para todos os aspectos, técnicos e os outros, e isso traz um crescimento profissional importante.”</i></p>

	<p><i>E9 “...quando eu comecei a trabalhar no programa, uma das ajudas que eu tive pra poder me adaptar ao sistema de saúde do Brasil né, foi da supervisão.”</i></p> <p><i>“...que me brinda com apoio pedagógico, de educação em saúde, com atenção.”</i></p> <p><i>“...importante para o meu desenvolvimento como profissional, a supervisão é essencial.”</i></p> <p><i>“...então a supervisora não está perto mas vem uma vez no mês nas unidades, faz reunião com a gente, conversa com a equipe né, com a gestão, e sempre está presente através do telefone, através de outros aplicativos de comunicação né, e é muito acessível, muito disponível sempre. Isso me deixa mais seguro.”</i></p>
<p>A proposta de capacitação no PMM versus as expectativas e dos médicos participantes (20)</p>	<p><i>E3 “...a gente teve eixos muito importantes mas muito teóricos, entendeu?”</i></p> <p><i>“...me desestimulou um pouco porque a gente fazia aquela coisa toda de planejamento, estudava a questão da interdisciplinaridade, via a questão da integralidade, e eu ficava assim gente eu não tenho nada disso na minha unidade.”</i></p> <p><i>“...queria que tivesse alguém perto ali pra me mostrar soluções, também discutir mais a prática, um pouco mais presencial da nossa da nossa capacitação.”</i></p> <p><i>“...nunca tive uma aula presencial, daquelas questões teóricas que estavam sendo colocadas no EaD pra gente.”</i></p> <p><i>“...não sei se é também porque sou de antes do SUS né, eu não sou a pessoa do tempo da, (gaguejou) da internet, do virtual, eu sou mais aquela pessoa do presencial mesmo né? Toda a minha vida foi muito presencial.”</i></p> <p><i>“...mas tive dificuldade de discutir, embora a minha preceptora estivesse sempre disponível.”</i></p>
<p>Que profissionais médicos aderem ao PMM? (19)</p>	<p><i>E1 “...acho que foram 3 meses numa unidade básica de saúde (breve pausa) e este foi meu 1º e único contato com a atenção básica antes do programa.”</i></p> <p><i>E3 “...eu sou formada em 76, na minha época a gente não tinha na universidade nem currículo sobre a saúde da família.”</i></p> <p><i>E7 “...sou brasileiro, independente do país que a gente forma lá fora, a nossa única oportunidade aqui no Brasil de trabalho, até então é o Mais Médicos.”</i></p> <p><i>E8 “...então a intenção de voltar para o Brasil sempre foi desde o começo.”</i> <i>“...fui, estudei medicina, depois quis voltar.”</i></p> <p><i>“...acho que a maioria das pessoas que vão estudar nesses países, Paraguai, Bolívia, Argentina tem esse pensamento.”</i></p> <p><i>E10 “...eu me formei em 2012 e iniciei na atenção básica a partir do ano de 2013.”</i></p>

“...antes de me matricular no Mais Médicos em Paracambi, eu trabalhei durante 3 anos e meio, aproximadamente, com a atenção básica, nos municípios de Volta Redonda e no município de Pirai.”

Fonte: Elaboração própria, 2021.

E, por fim, o quadro 4 destaca como categorias iniciais a APS como local de primeiro contato do usuário com o sistema público de saúde no Brasil e coordenador do cuidado em saúde, a educação médica no PMM, apontando a incongruência entre teoria e prática no programa e ainda, as diferenças de acesso dos médicos de um mesmo município aos profissionais do NASF, aos equipamentos de saúde local, à questão da interdisciplinaridade. Todas estas categoriais foram interpretadas e agrupadas no significante final denominado “a educação permanente em saúde na APS – o papel da interprofissionalidade e das novas metodologias em ensino e pesquisa em saúde”.

Quadro 4: Categoria de agrupamento significante final D intitulada “A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA APS: O PAPEL DA INTERPROFISSIONALIDADE E DAS NOVAS METODOLOGIAS EM ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE”

CATEGORIAS/SIGNIFICANTES INICIAIS	TRECHOS DAS ENTREVISTAS
<p>A APS como porta de entrada no SUS, coordenadora do cuidado e campo de ações de prevenção e promoção à saúde e educação permanente (12)</p>	<p>E1 <i>“...porque a gente consegue estudar temas atuais importantes, e praticar junto.”</i></p> <p>E7 <i>“...entendi que o primeiro contato com o paciente na ponta é primordial.”</i></p> <p><i>“...às vezes um paciente meu está com uma enfermidade grave e é internato. Então a gente sempre tenta manter uma comunicação próxima com toda a equipe e família dele pra saber como está a evolução desse paciente.”</i></p> <p><i>“...nas VDs a gente prioriza as pessoas que têm mais necessidade.”</i></p> <p><i>“...então uma vez por mês a gente vai para uma escola, faz o atendimento.”</i></p> <p><i>“...a gente já amplia o acesso do paciente que está descompensado.”</i></p> <p><i>“...marcamos uma consulta com o colega endocrinologista, com o cardiologista, às vezes a saúde mental a gente consegue marcar um psiquiatra. A gente faz isso tudo de dentro da unidade.”</i></p> <p>E9 <i>“...ter este cuidado mais amplo e horizontal né.”</i></p>
<p>A educação em saúde no PMM (17)</p>	<p>E5 <i>“...o ensino à distância já é uma coisa normal para todo mundo, é isso, tempos modernos!”</i></p> <p>E8 <i>“...na minha formação médica fora do Brasil, não tive isso.”</i></p>

	<p><i>“...os cursos do Ministério da Saúde, da pós-graduação do Mais Médicos, que pra mim, aprender sobre o SUS, sobre a atuação do médico de família no Brasil é fundamental, me faz crescer.”</i></p> <p><i>“...aprendi a sentar com esses pacientes, passei a ser mais humana, a ter uma visão mais empática da medicina.”</i></p> <p><i>“...então sempre a gente vai moldando, direcionando o nosso atendimento para aquilo que a gente aprende, na teoria e na prática.”</i></p> <p><i>E9 “...a gente vai tendo né o suporte da supervisão, de outros profissionais também que trabalham conosco, no nosso contexto, no nosso dia a dia.”</i></p> <p><i>“...a gente vai se adaptando e moldando né o território, a população.”</i></p> <p><i>“...às vezes aprendo um pouco com o nutricionista, às vezes aprendo um pouco com o assistente social, às vezes eu aprendo um pouco com a psicóloga, até mesmo com o psiquiatra, algumas coisas assim.”</i></p>
<p>Escassez de referência /contra-referência? (15)</p>	<p><i>E5 “...bom, o NASF aqui não funciona, não de maneira ostensiva.”</i></p> <p><i>“...olha eu tive uma experiência anterior com o NASF muito boa em São Paulo.”</i></p> <p><i>“... lá o NASF se reunia conosco no final no final do turno, entendeu? Para poder traçar os projetos. Era muito, era muito legal. Aqui, não tenho isso.”</i></p> <p><i>E7 “...uma vez ao mês, um nutricionista vai lá pra atender esses pacientes pra ver como que tá a dieta, pra orientar os pacientes diabéticos e hipertensos, além do segmento que a gente tá fazendo com esses pacientes.”</i></p> <p><i>E8 “...na própria unidade a gente já conta com dentista, nutri e psicólogo.”</i></p> <p><i>E9 “...o CAPS também e o NASF são estratégias locais, são grupos locais que estão integrados também a minha prática diária né.”</i></p> <p><i>E10 “...em Paracambi, a gente até tinha o dispositivo, mas não tinha nenhuma conectividade entre a UBS e esses dispositivos.”</i></p> <p><i>“...tinha o CAPS lá, mas não tinha nenhum tipo de acesso, nenhuma forma, nenhuma referência, contrarreferência, nada assim, tipo não tinha nenhuma conectividade, zero.”</i></p>
<p>A incongruência entre teoria e prática no PMM (18)</p>	<p><i>E2 “...surgem algumas outras necessidades, às vezes completamente fora da medicina.”</i></p> <p><i>E3 “...a gente teve eixos muito importantes mas muito teóricos, entendeu?”</i></p> <p><i>“...a gente fazia aquela coisa toda de planejamento, estudava a questão da interdisciplinaridade, via a questão da integralidade, e eu não tenho nada disso na minha unidade.”</i></p>

8 DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados, a partir da análise e interpretação do material coletado nas entrevistas dos médicos do PMM de Japeri e Paracambi, foi possível identificar e analisar as suas percepções acerca da capacitação médica ofertada pelo programa e de alguns aspectos que permeiam esta capacitação na Atenção Primária à Saúde.

Optou-se, para tal, problematizar os grupos temáticos finais de significantes refletidos a partir das categorias advindas das entrevistas semiestruturadas.

8.1 O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LOCAL DE EVOCÇÃO DE SENSACIONES, MEMÓRIAS E IDEOLOGIAS

O cuidado e sua percepção humana evocam discussões e dimensões sociológicas, psicológicas, biológicas e antropológicas de relação do sujeito com seu eu, com seu corpo, com o alimento que ingere, o meio ambiente em que vive e com o outro, suscitando, em nós, inúmeras sensações e sentimentos, positivos e negativos. Afinal, “*somos percepção, sensação, consciência e memória*”, segundo Nietzsche.

Os médicos generalistas do programa nas duas localidades estudadas apontaram o trabalho na APS como indutor de múltiplas e controversas sensações. As mais citadas por eles ao decorrer das entrevistas foram “amor”, “frustração”, “solidão”, “satisfação”, “resiliência”, “favor”, “acolhimento”, “reconhecimento”, “sobrecarga”, “autonomia” e “expectativa”.

Dejours (1988) aponta que o trabalho pode, de fato, causar sentimentos antagônicos, mas o principal deles seria o sofrimento. A gênese do sofrimento humano no trabalho, segundo ele, derivada dos primórdios da revolução industrial do século XIX e de cunho social, é fruto de condições precárias de trabalho associado a exigências e demandas que o próprio trabalho e a vida impõem ao profissional. Ele afirma que a principal consequência da insistência do ser em viver (ou trabalhar) em um local adverso é o surgimento de condições psicopatológicas, à medida que a subjetividade do sujeito é espoliada nas relações organizacionais de trabalho.

Segundo o pensamento dejouriano, “*o sofrimento no trabalho é inevitável, é a regra*”. E a fim de que o trabalhador não adoça por tal razão, este teria de elaborar estratégias que possam manter seu equilíbrio psíquico, particularmente, conservando sua força e “normalidade”.

Neste sentido, ser um médico de família ou generalista, capaz de lidar com condições biopsicossociais e ambientais que afetem desde crianças até idosos, com uma ampla visão da comunidade onde está inserido e inúmeras condições adversas, na organização do processo de

trabalho, na gestão e atenção à saúde, no território, entre outras, torna-se um grande desafio, enquanto da produção do cuidado, centrado na pessoa e suas subjetividades e não na doença em si, na busca e reflexão de uma identidade própria que apreenda o equilíbrio, entre o trabalho e o sujeito (ROMANO, 2008).

Posto isto, pouco mais da metade dos entrevistados, médicos generalistas, ressaltaram a presença de uma questão ideológica e social perpetuada no campo da prática profissional na APS, transgressora, em parte, do modelo biomédico de formação de cada um deles. Destacaram sentimentos positivos como o que denominaram o “amor do próximo”, da força e do papel do vínculo, tanto presente nas relações horizontalizadas interprofissionais nas equipes de Saúde da Família, quanto na relação médico-paciente, o enfoque na prevenção e do trabalho como “missão”, como “ajuda aos mais pobres e vulneráveis”, numa perspectiva humanitária de ajuda ao próximo.

Adicionalmente, os dez médicos entrevistados salientaram o sentimento de acolhimento e boa adaptação aos contextos locais e compartilharam da presença de figuras de referência, outros profissionais médicos, quer tenham sido professores universitários ou médicos generalistas que os acompanharam ao decorrer da graduação em Medicina, particularmente no período do internato, quer sejam familiares que os antecederam profissionalmente, os quais foram essenciais na escolha de cada um deles para o trabalho na Atenção Básica.

Schraiber (2000) destaca que os “*valores tradicionais da profissão e identidades profissionais bem-sucedidas no passado, em conjunto e não sem conflito com os conhecimentos acerca das situações atuais de trabalho, vão construindo a cultura médica*”.

Ainda, Campos (1997), o trabalho em saúde implica em se ter uma sensação de pertencimento e de se criar sentidos e significados para além do próprio processo de trabalho: para as nossas vidas.

No cotidiano das práticas na APS, por se tratar do local de primeiro contato do usuário com o sistema público de saúde, e por todos os seus atributos (STARFIELD, 2002), oportuniza-se um cuidado mais humanizado, integral, pautados não apenas em aspectos biológicos do adoecimento, mas também que exploram as esferas psíquicas, sociais e espirituais do processo saúde-doença, centrando este cuidado na pessoa, com respeito à culturalidade, aos saberes e subjetividades, o que gera vínculos interpessoais, bem como um reforço positivo no processo de trabalho dos profissionais.

A figura do médico de família e comunidade, ou médico generalista, como os entrevistados destacaram, na percepção deles, é um ser “respeitável, reconhecido e querido pela comunidade”, “é necessário” no território. Trata-se de um profissional dotado de capacidade

técnica, formação humanística e social, apto a articular ações e estratégias individuais, familiares e coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância à saúde, através do tempo, e em equipe, como cita a PNAB (2017).

A Política Nacional de Humanização (2012) reforça ainda a importância do compartilhamento do enfrentamento das questões e realidades em saúde, e de uma concepção ampliada do olhar, cuidado, atenção e gestão à saúde dos usuários, reconhecendo potencialidades e pluralidades, dos profissionais de saúde e do território e usuários nele contidos, com práticas em saúde mais participativas, democráticas e ascendentes – como a Clínica Ampliada e a Cogestão, por exemplo.

Esta perspectiva da integralidade do cuidado, da geração de vínculos e corresponsabilização interprofissional contidos no trabalho na APS contribuem para a autonomia dos trabalhadores em seu processo de trabalho, bem como dos usuários, em seu modo de gerir “saúde-doença”, tendo como um potente instrumento de avaliação da qualidade da atenção e gestão à saúde ofertados pelo SUS, o PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

O PMAQ-AB é um dispositivo que, além de possibilitar a identificação de entraves no processo de trabalho em saúde, propõe e realiza intervenções que visam a melhoria e qualidade na prestação dos serviços em saúde aos usuários no território, através de um indutor financeiro às equipes da estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005).

Na avaliação em saúde, elementos da comunicação, tais como escuta, diálogo, abordagem compreensiva, e da educação em saúde, como a abordagem centrada na pessoa e não na doença em si, a partir de uma formação médica menos fragmentada, mais integrada e integral, parecem contribuir, segundo o PMAQ-AB (2005), para a inclusão participativa e autônoma do usuário, entendido como ator social fundamental e corresponsável no cuidado em saúde, individual ou coletivamente.

Pinheiro e Martins (2009) apontam que a avaliação em saúde pretende ser uma prática social, à medida que a inclusão do usuário no processo pode influenciar e adequar a oferta de cuidados integrais à saúde e possibilita maior qualidade e resolutividade ao conjunto da população, muito embora o papel dos usuários ainda seja meramente, por vezes, reduzido ao grau de satisfação. A inserção da figura do usuário em todos os momentos do planejamento do cuidado é relevante e ainda carece de aperfeiçoamento, segundo estes autores.

Planejar é pensar formas, objetivos e estratégias que orientem uma determinada ação (HOUAISS, 2002). Em saúde, planejar é uma necessidade cotidiana, sistemática e permanente, o que promove uma reflexão sobre as práticas de trabalho, compreendendo a construção de

cenários e resultados desejáveis no processo e organizando e transformando as práticas de trabalho em saúde.

Para Chorny (1998), planejar consiste em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas se deterioreem no futuro.

Nenhum dos dois municípios onde os médicos entrevistados nesta pesquisa estão lotados no Programa Mais Médicos participam ou participaram recentemente da avaliação pelo PMAQ-AB. Tal constatação, aliada à ausência ou maior dificuldade de organizar e conceber ações e planejamento e gestão em saúde, e ainda a manutenção de uma política neoliberal de nepotismo e compadrio, infelizmente muito pujantes em municípios menores e interioranos no Brasil, além do despreparo técnico de alguns gestores da área, podem contribuir para a desorganização e mal funcionamento do modelo de atenção à saúde no seu primeiro nível de atenção.

Em ambos os municípios, os médicos entrevistados relataram inúmeros entraves no processo de trabalho: 1) atrasos constantes no pagamento da pecúnia – auxílio monetário ofertado aos médicos e repassado pelo governo federal aos municípios partícipes do Programa Mais Médicos, para fins de moradia, alimentação e transporte dos médicos; 2) uma grande rotatividade e / ou decréscimo de outros membros constituintes das equipes na AB, em virtude de mudanças no seu financiamento com a outorga da nova PNAB (2017); 3) ausência de um prontuário eletrônico e integrado à outros serviços de saúde em outros níveis de atenção; 4) inexistência de contrarreferências, de interlocução com profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e de equipamentos em saúde locais; 5) dificuldades em solicitar exames complementares dos seus usuários e de referenciá-los a centros de saúde ou especialistas em outros níveis de atenção à saúde; 6) inexistência de conectividade local (internet) – todos aspectos que podem trazer prejuízos à integralidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Possivelmente por todos os problemas supramencionados, sentimentos como frustração e solidão emergiram fortemente em quase todas as dez entrevistas realizadas nesta pesquisa, por parte dos médicos do programa, em relação ao seu processo de trabalho na APS local.

Tais sentimentos, aliados às dificuldades no processo de trabalho aventadas pelos médicos – particularmente limitações na comunicação e deficiências no processo organizacional, aliados a uma carga excessiva de trabalho podem contribuir para a instalação de transtornos depressivos ou ansiosos, por exemplo, a Síndrome do *Burnout* ou do Esgotamento Profissional, em que o profissional planeja e / ou possui objetivos específicos no

trabalho os quais são inatingíveis, fazendo-os procurar por soluções pessoais para as tensões e embates e levando a baixa realização profissional e ao esgotamento, principalmente psíquico (FELICIANO *et al.*, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a Saúde Mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperando-se do estresse rotineiro, sendo produtivo e contribuindo com sua comunidade.

A tensão identitária gerada pelo trabalho na ESF, forçando o profissional da ponta a “*olhar o outro e ver uma nova face, bem como a si mesmo*”, segundo Feliciano e colaboradores (2011), e as transformações que envolvem a negociação e pactuação entre sentidos, crenças, valores e subjetividades da classe trabalhadora, da instituição e da população requerem atenção com as condições de trabalho ofertadas e podem contribuir para deterioração da saúde mental dos profissionais de saúde.

8.2 A IMPORTÂNCIA DA ESTRUTURAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A MANUTENÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

As percepções dos médicos entrevistados ressaltaram o trabalho em equipe com recursos limitados, num cenário de violência e atendimento de poucos problemas de saúde (hipertensão diabetes, transtorno mentais, pré-natal, pediatria) para grupos específicos em turnos de atendimento ambulatoriais.

A Atenção Básica (AB), local de primeiro contato da população brasileira com o SUS, é regida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é o resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Segundo artigo 198 da Constituição Federal do Brasil, o Sistema Único de Saúde é financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A última PNAB (2017), outorgada através da Portaria número 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde do Brasil, revisou e ratificou os princípios e diretrizes para a organização e operacionalização dos serviços de saúde na Atenção Básica e na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS.

No Brasil, enquanto parte do plano de política pública, a RAS foi elaborada e incorporada ao SUS, numa perspectiva de crítica aos modelos de sistemas de saúde

fragmentados e hierarquizados, concomitante à transição demográfica e epidemiológica em todo território brasileiro.

Ademais, enquanto articuladora do cuidado integral dos usuários no SUS, a RAS destaca a AB como a principal porta de entrada destes usuários no sistema de saúde brasileiro, onde a singularidade e inserção sociocultural de cada indivíduo devem ser acolhidos e respeitados (PNAB, 2017).

Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada a partir do Programa de Saúde da Família, em 1996, é apontada pela PNAB como uma estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, reafirmando e incorporando os princípios do SUS - Universalidade, Integralidade e Equidade – e as diretrizes da AB - regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição, cuidado centrado na pessoa e resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e ordenação das RAS, participação comunitária.

A ESF estabeleceu o trabalho em equipe multiprofissional em saúde na AB, cuja equipe mínima, a equipe de Saúde da Família (eSF), é composta pelo: 1) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família; 2) enfermeiro generalista, ou especialista em Saúde da Família; 3) auxiliar ou técnico de enfermagem e 4) agentes comunitários de saúde. Podem ainda ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal – cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Alguns médicos entrevistados registraram que percebem que as equipes são reduzidas frente ao volume de trabalho e comparada às possibilidades descritas nas PNAB. Embora a nova PNAB ratifique todos os conceitos elencados, pode, contraditoriamente, representar um retrocesso no modelo da Atenção Primária à Saúde abrangente, de volta para uma APS seletiva, com prejuízo às ações educativas e de promoção à saúde, pautadas na concepção da determinação social do processo saúde-doença e na clínica ampliada.

Em comparação, as PNABs anteriores, datadas de 2006 e 2011, segundo Giovanella & Mendonça (2012), apresentavam, simultaneamente, concepções diversas de APS. A primeira, mais abrangente, universal, forte e robusta, tal como descrita na Conferência de Alma Ata, em 1978, e por Starfield, em 2002, com ênfase nos determinantes sociais e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país, inspirando serviços municipais de saúde à Universalidade e Regionalização da AB.

A outra concepção de APS (2011), mais seletiva e focalizada, financiada à princípio pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial, com pacote de serviços seletos de

cuidados à saúde ofertados à população, contrariava os princípios do SUS, como a Universalidade e a Integralidade.

Àquela época, os principais desafios apontados por estas PNAB (2006 e 2011), à princípio, eram: 1) a profissionalização dos agentes comunitários de saúde (esforços para regularização de vínculos trabalhistas e mecanismos compensatórios – salários, gratificações, carga horária mais flexível), 2) a fixação dos profissionais na AB (particularmente os médicos), 3) a criação e desenvolvimento de políticas de formação e educação em saúde (políticas de educação permanente em saúde para valorização do trabalho em saúde), e 4) as iniciativas para enfrentamento das diversidades locais regionais país afora. Como as entrevistas foram realizadas com médicos, estes aspectos positivos foram citados, bem como o alto valor da bolsa, em contraste com os baixos salários dos agentes comunitários de saúde – não mencionado especificamente por nenhum entrevistado, apesar da identificação “de recursos limitados” das diferentes fontes.

Segundo Morosini, Lopes e colaboradores (2013), mesmo com toda expansão da AB no Brasil, pautada na ESF, nos últimos anos, e o concomitante aumento dos postos de trabalho em saúde gerados, houve um crescimento de formas atípicas de contratação e relações trabalhistas, com restrição e descumprimento dos direitos trabalhistas historicamente adquiridos no país, advindos da lógica de política neoliberalista contemporânea.

Baixos salários, múltiplas jornadas e responsabilidades, carga horária excessiva, convivência de trabalhadores exercendo a mesma função em um determinado serviço, mas com vínculos e salários diferenciados e ainda, desvios de função seriam alguns dos problemas históricos brasileiros constitutivos das relações de trabalho em saúde na APS destacados por estes autores (MOROSINI, LOPES e *cols.*, 2013). Entretanto apesar das queixas surgirem, estes aspectos foram minimizados pelos entrevistados, considerando a “bolsa boa” ofertada pelo Programa Mais Médicos.

Todavia, mesmo com tais dificuldades, é inegável que a expansão da AB no país tenha se dado, posto que segundo o paradigma da determinação social da doença, pode se observar um aumento do acesso da população aos serviços de saúde no SUS, a redução das internações sensíveis, o avanço da cobertura da ESF e a busca pela qualificação dos profissionais da atenção primária e do cuidado prestado aos usuários (PINTO & GIOVANELLA, 2018).

E a fim de qualificar o cuidado em saúde prestado no âmbito do SUS, em 2011, foram complementarmente incorporados à APS no país os serviços de saúde mental, cuidados domiciliares e paliativos, ampliando as funções clínicas e gerenciais dos trabalhadores em saúde

e auxiliando no desenvolvimento de ações comunitárias e intersetoriais das equipes da ESF para lidar com os determinantes sociais e promover saúde à população brasileira.

Criticada, entretanto, pela Academia e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a nova PNAB pode comprometer preceitos do SUS, com a flexibilização da implementação e cobertura das equipes de ESF, além de dispensar o financiamento indutivo prioritário.

Também, à medida que propõe um pacote de serviços mínimos ofertados aos usuários pelas equipes de Saúde da Família, macula a Integralidade da atenção e ainda retira a obrigatoriedade do número mínimo de agentes comunitários de saúde nas equipes, propondo uma possível atribuição compartilhada entre ACS e agentes comunitários de endemias e fragilizando esta categoria profissional essencial ao processo de trabalho na AB e a cobertura dos territórios adscritos.

Morosini e colaboradores (2018) afirmam que à medida que o atual governo brasileiro diminui os recursos para a AB, isso tem impacto negativo nas políticas sociais, diminuindo a presença e dimensão pública do Estado, em detrimento do crescimento da participação do setor privado na saúde, fruto de uma racionalidade neoliberal que desfavorece a defesa de saúde como direito universal e de cidadania no Brasil e que aprofunda as desigualdades sociais, fragmentando ainda mais os serviços e ações em saúde, segmentando e restringindo o acesso da população ao SUS.

Com o processo de transição epidemiológica, econômica e demográfica (CRISP & CHEN, 2013), acrescido da tripla carga de doenças e da dificuldade dos sistemas de saúde em alocar profissionais de saúde em regiões necessárias e em número adequado a fim de suprir as demandas populacionais (GROBLER, 2009), prerrogativa da Universalidade do SUS, o governo brasileiro tem proposto e implementado diversas medidas e programas, a fim de fortalecer e ampliar a Atenção Básica, tendo a necessidade social como norteadora de todo o processo (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Uma destas medidas foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013.

Paradoxalmente, os profissionais entrevistados relataram acriticamente que percebem o cotidiano de trabalho como sequência de turnos ambulatoriais com temas repetidos semanalmente, particularmente focados na atenção às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) - hipertensão arterial e diabetes, assistência ao pré-natal de baixa complexidade e pediatria.

O PMM, cuja finalidade era a de suprir o déficit de recurso humano médico no Sistema Único de Saúde, particularmente nas áreas mais vulneráveis do país, ainda previa investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, além de novas vagas de

graduação e programas de residência médica para qualificar a formação dos profissionais médicos.

Concomitantemente, o Brasil, no âmbito do trabalho multiprofissional em saúde na Atenção Básica, a fim de assegurar resolutividade das redes de atenção, valorizar e defender a concepção de APS forte e abrangente, propôs a criação de algumas redes prioritárias de atenção à saúde na APS – tais como a atenção ao pré-natal - Rede Cegonha; atenção às urgências e emergências; atenção às pessoas com deficiência e atenção psicossocial – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, leitos de atenção integral em hospitais gerais (MENDES, 2011).

Redes prioritárias estas que, embora os médicos do Mais Médicos desta pesquisa as conheçam em sua teoria, na prática, argumentam que pouco tiveram acesso aos dispositivos e equipamentos de saúde intersetoriais, integrantes destas redes de atenção, em suas diversas densidades tecnológicas, nos dois municípios estudados.

Os entrevistados ainda ponderaram, unanimemente, que o trabalho em equipe na APS possui um papel de desconstrução, num sentido positivo, da figura do médico como “chefe” do serviço de saúde, tal como preconiza o modelo biomédico – que é hospitalocêntrico e fragmentado, apoiado em relações verticalizadas e hierárquicas de poder e de trabalho.

Os entrevistados destacaram que o trabalho na APS possibilita a horizontalidade das relações, deslocando a centralidade, do médico para a equipe multiprofissional, no processo de trabalho na APS. Tal deslocamento reforçaria o acolhimento dos usuários e garantiria a universalidade do acesso destes aos serviços de saúde, como apontam Merhy e colaboradores (2003).

8.3 A CAPACITAÇÃO MÉDICA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: EXPECTATIVAS, REALIDADES E POTENCIALIDADES

Os médicos mencionaram a existência de um dia dedicado integralmente ao estudo à distância, elogiaram o desempenho e a existência da supervisão médica do programa – demonstrando interesse em um modelo tradicional frequente de “*rounds*” e discussão de casos clínicos com diagnóstico diferencial. Alguns mais idosos referiram maior dificuldade com o uso de computador e ferramentas de web.

Observamos que a maioria dos médicos do PMM entrevistados graduou-se no decorrer da última década, antes do período no qual o Brasil tem redirecionado as mudanças curriculares e estruturais para tentar romper com o modelo tradicional biologicista de formação em saúde.

A transição deste modelo educacional hospitalocêntrico e binomial – pautado em “queixa-conduta”, para um modelo mais amplo, integral e biopsicossocial, frente às novas demandas sociais emergentes no SUS, é complexa e dependente de uma reestruturação de inúmeros aspectos presentes na vida e na formação do profissional em saúde – aspectos estes sociais, éticos, culturais, ambientais e políticos, no que tange a aquisição e desenvolvimento de competências, atitudes e habilidades pelos profissionais em seu processo de trabalho (COSTA, ROMANO, 2012).

Estes médicos de Paracambi e Japeri se mostraram, durante as entrevistas, de certo modo, relutantes, quanto às novas propostas de capacitação do eixo formativo do PMM. Talvez, isso se deva, inicialmente, às experiências prévias deles, ainda muito baseadas no modelo de aprendizagem médico tradicional - focado na doença e na conduta clínica, com uso excessivo de tecnologias (de exames complementares), uma tendência à hipermedicalização dos usuários assistidos e à superespecialização dos profissionais médicos.

É sabido que foi reconhecida em 2002, a especialidade médica Medicina de Família e Comunidade foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, promovendo a abertura de programas de residência médica a fim de instrumentalizar e formar o médico generalista à atuação na estratégia de saúde da família.

A incorporação de mudanças curriculares na formação médica que apresentem a perspectiva da integralidade e humanização do cuidado, o ensino da empatia, habilidades de comunicação, o respeito às singularidades e pluralidades presentes nos processos do viver de indivíduos, famílias e comunidades, a partir do “*encontro com o outro e suas subjetividades*”, podem contribuir para que os estudantes desenvolvam melhores valores baseados em suas experiências (PESSOTI, 1996).

Ainda, o emprego de novas metodologias de aprendizagem, mais ativas e reflexivas, como por exemplo o Aprendizado Baseado em Problemas, o próprio papel da Educação Permanente e a possibilidade de interlocução dos projetos político-pedagógicos das universidades médicas situando seu campo de prática ou aprendizagem no próprio SUS parecem assumir um potente papel na capacitação médica, reforçados, segundo Costa *et al.* (2014) pelo conceito do quadrilátero da formação para a área de saúde, introduzido por Ceccim & Feuerwerker (2004), que destacam também a importância de uma articulação entre ensino, gestão e atenção à saúde e controle social no SUS.

Com a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (2014) do Curso de Graduação em Medicina, pelo Ministério da Educação (MEC), contribuiu-se para a indispensável interação entre teoria e prática / reflexão e ação na formação e atuação

profissional no campo da saúde. Em seu artigo terceiro, por exemplo, as novas DCNs orientam que:

[...] o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

Segundo Koifman (2006), a formação em saúde implica necessariamente no processo avaliativo inerente ao projeto político-pedagógico educativo do aluno / profissional de saúde, baseado em linhas de cuidado que promovam, além da qualificação técnico-científica, uma reflexão crítica, ética, estética e política do processo de trabalho.

Tradicionalmente, o modelo de avaliação pedagógico utilizado no sistema educacional brasileiro é pautado nas premissas da escola conteudista – onde o idealismo platônico impõe que quanto mais abstrato é o conhecimento, maior ele é, valorizando a ideia e o conteúdo em si. Trata-se de um conhecimento compartimentalizado e dividido em disciplinas, desconexos da prática cotidiana (STELET, ROMANO *et al.*, 2017).

No que diz respeito às diferentes formas de avaliação, há dois tipos de avaliação dos processos formativos: a somativa e a formativa. Considerando que as avaliações somativas medem o conhecimento, têm um papel de selecionar ou identificar a possibilidade de progressão em um curso e são realizadas através de exames e as avaliações formativas são processuais, permitem um diagnóstico para oferecer subsídios ao aluno melhorar o seu processo de ensino aprendizagem, ambas seriam opostas, porém complementares, uma a outra (TIBÉRIO *et al.*, 2012).

Segundo Luckesi (1995), avaliar, que é diferente de examinar o aluno, seria uma atitude não pontual, contínua no processo de aprendizagem do aluno. Trata-se de uma atitude amorosa e incluyente, que faz o aluno caminhar em direção ao conhecimento ainda não adquirido, bem como dinâmica, mediadora e dialógica.

Parafraseando o escritor Rubem Alves (2001), “*o papel do professor é ensinar o aluno a pensar, criando a alegria e a curiosidade de pensar*” e não puni-lo com mera atitude examinatória, fruto de um modelo epistemológico falido de educação.

“*Aprendemos aquilo que nos toca, que nos afeta*” (GALVÃO, 2000). E o professor não ensina ao aluno, não dá respostas prontas, e sim estimula-o ao aprendizado, motiva-o, afeta-o.

A palavra afeto, segundo o filósofo Spinoza (2008), denomina uma mudança que ocorre na mente e no corpo ao mesmo tempo. E a maneira como somos afetados pode disparar inúmeras ações sobre nossa forma de pensar e agir.

Freire (1974) mencionara que é preciso “*contextualizar o processo de aprendizagem*”, ou seja, é preciso haver conexão, aprender a aprender, aprender a pensar - resultados de uma avaliação diagnóstica / formativa num cenário ideal. Para tal, é mister retomar a reflexão e o vazio.

Nietzsche também destacou em inúmeras de suas obras que o ato de pensar exige esvaziamento, e só se pensa quando não se conhece.

Desta maneira, observa-se a necessidade imperiosa e hercúlea de se transformar o conteúdo aprendido pelo aluno em competências e habilidades, a fim de se construir um ambiente mais democrático e de convívio ético, para além do academicismo.

Neste contexto, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) destacou os 4 pilares da Educação, elaborados por Jacques Delors (2003): o aprender a conhecer / aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, a aprender a conviver, para que o processo de aprendizado ocorra, se desenvolva e se aprimore (ANTUNES, 2002).

Acredita-se que, através da Atenção Primária à Saúde, pela possibilidade de uma Clínica Ampliada e da promoção de ação-reflexão-ação no processo de trabalho dos profissionais de saúde, haveria este estímulo à aquisição e ao desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências que permitam aos profissionais recuperar a dimensão essencial do cuidado – a das relações humanas.

Para tal, nos últimos anos, o Brasil tem implementado um conjunto de ações convergentes à qualificação da assistência na Atenção Básica, como o PMAQ-AB, com avaliação do desempenho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e retorno financeiro pela melhoria da qualidade da atenção prestada, o Requalifica UBS – programa de requalificação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, e o Programa Mais Médicos, a fim de suprir o déficit de recurso humano médico, expandir o acesso e a cobertura da Atenção Básica e redirecionar a formação médica para a atuação na APS (PINTO & GIOVANELLA, 2018).

O PMM traz, em seu eixo formativo aspectos desta capacitação médica proposta por dentro da APS – compreendendo:

- 1) o Módulo de Acolhimento e Avaliação do PMM, ocorrem desde a promulgação da Lei dos Mais Médicos, em 2013, e é regulamentado pela Portaria Conjunta número 31, de 05 de junho de 2015, do MEC e MS - onde os profissionais médicos recém

ingressados no programa iniciam seu processo formativo, integrando-se às equipes da ESF com atuação generalista no contexto do SUS e são orientados às atividades da especialização do PMM, sob responsabilidade da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, cujos integrantes trabalham para os Ministérios da Saúde e da Educação.

- 2) a Especialização à distância, como forma de ensino híbrido (Ensino à Distância – EaD), onde os médicos são tutorados e avaliados somativa e formativamente por preceptores médicos de família ligados às Instituições de Ensino Superior públicas da UNASUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde), participando ativamente de módulos teóricos de aprendizagem virtual, cujos conteúdos abordam a atenção e gestão à saúde, prática clínica na APS, dentre outros assuntos. O médico estuda no EaD: Planejamento em Saúde, Epidemiologia, Protocolos da Atenção Básica, Prevenção e Promoção à Saúde, Abordagem Individual e Comunitária, Medicina baseada em Evidências, Ciclos de Vida, Medicina centrada na Pessoa, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, do Trabalhador, Mental, do Homem, do Idoso, Hipertensão e Diabetes, Atenção ao Pré-Natal e Doenças Infectocontagiosas e Tropicais, por exemplo.

Tal ensino à distância utiliza metodologias mais ativas no processo de aprendizagem do médico do PMM – como discussão sobre o processo de trabalho, o ABP (aprendizado baseado em problemas), aprendizado em grupos, *feedbacks*, diário de campo, relatório de primeiras impressões, projeto de intervenção (ou trabalho de conclusão de curso de especialização) realizado ao final do primeiro ano do programa, e uso de ferramentas de apoio como Telessaúde, Portal Saúde baseada em Evidências, Biblioteca Digital e o Webportfólio.

Entretanto, na percepção de alguns dos médicos entrevistados neste estudo, o uso de tais tecnologias podem acarretar dificuldades na participação do aluno, no que tange o ensino à distância no PMM, uma vez que, particularmente os médicos de maior idade relataram uma ausência de “familiaridade” e treinamento para o uso de ferramentas do EaD, como as plataformas de web portfólio.

Maia (2013) destaca a importância do emprego do web portfólio no processo de ensino-aprendizado médico, uma vez que este instrumento seria capaz de induzir ao processo reflexivo sobre as práticas de saúde através da constante avaliação e monitorização da apreensão de atitudes, habilidades e competências dos alunos, permitindo uma educação permanente e o estímulo à criticidade e autonomia, embora haja divergências entre os estudantes sobre o uso

do portfólio, pela falta de familiaridade com a prática reflexiva – a chamada “*nulidade da reflexão*” (SCHRAIBER, 2008).

- 3) a Supervisão Acadêmica do PMM - responsável por integrar ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do projeto, fortalecendo, assim, a política de educação permanente em saúde. Integram a supervisão acadêmica o próprio supervisor e o tutor acadêmico.

Alguns médicos referiram perceber a necessidade de constante supervisão médica tradicional com discussão de casos clínicos específicos, diagnóstico diferencial, conduta e de forma presencial. O supervisor é um médico vinculado à instituições de ensino superior supervisoras, atuante em Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade ou Clínica Médica, Pediatria, preferencialmente, que visita periodicamente, presencial e longitudinalmente, os médicos participantes do projeto nas suas respectivas unidades básicas de saúde, seja através de supervisão *in loco* individual ou das reuniões loco regionais coletivas.

O papel do supervisor do PMM é fornecer apoio pedagógico-clínico aos médicos do projeto, incluindo supervisão de território para discussões clínicas e reflexões sobre o processo de trabalho e as práticas do cuidado, estabelecendo uma relação supervisor-aluno tal que o estimule a autonomia e responsabilidade por seu próprio processo de aprendizado, ilustrando a relação que os médicos devem ter também com seus pacientes assistidos (STELET, ROMANO *et al.*, 2017).

A supervisão acadêmica, enquanto meio coadjuvante de autonomia dos alunos médicos do programa também foi destacada pelos médicos participantes do Mais Médicos de Japeri e Paracambi, nesta pesquisa, que opostamente ao que o projeto preconiza, demandaram em suas falas, por inúmeras vezes, a presença mais contínua e vertical do supervisor no cotidiano da APS, tal como ocorre nos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

O supervisor acadêmico do PMM ainda avalia os médicos, acompanha em conjunto com o gestor municipal o cumprimento da carga horária dos médicos participantes, cumpre com o plano de trabalho estabelecido pelo tutor acadêmico, bem como preenche e valida relatórios e registros no web portfólio dos médicos participantes mensalmente, além de conferir *feedbacks* aos médicos do programa na prática clínica no âmbito ambulatorial.

O *feedback*, de boa qualidade e contínuo, é uma ferramenta muito útil na formação em saúde (TRONCON, 1996), sendo parte da avaliação formativa, que visa corrigir deficiências e reforçar o aprendizado, estimular a autoavaliação do aluno e provocar a reflexão sobre seu

processo de trabalho. Ainda, é apontado como um instrumento de proposição de replanejamento das ações no processo do aprendizado e do trabalho.

O tutor acadêmico, outro integrante da Supervisão Acadêmica do PMM, por sua vez, é responsável pela orientação acadêmica e planejamento das atividades dos supervisores. Coordenam as atividades acadêmicas ensino-serviço do projeto, indicam um plano de trabalho e ser executado pelo supervisor e médicos, bem como a metodologia de acompanhamento e avaliação, relatam à instituição de ensino superior pública à qual está vinculado dificuldades no processo e apresentam relatórios periódicos de execução das atividades no PMM à mesma instituição.

Segundo Pagani E Andrade (2012), a preceptoria em saúde, equivale à supervisão no PMM, para além da mera discussão de “casos clínicos” pautados em Medicina baseada em Evidências, experiência e / ou práticas clínicas, protocolos e diretrizes, representa, uma figura de interlocução harmônica, de dialógica profissional / aluno-comunidade, de planejamento em saúde, em que, a medida que colabora para o desenvolvimento de práticas em educação em saúde, aprimora o processo de trabalho em si, através de processos reflexivos, imbricando educação, gestão e trabalho, nos dando o real tom de sua importância no programa.

Ser preceptor / supervisor / tutor demanda ser educador, em sua essência. Trata-se de uma forma de inspirar o outro, um sujeito ativo à mudança de conhecimento fragmentado que a escola de massa nos impõe. É influenciar a formação ética do outro, assumindo-nos frágeis, humanos, incertos, porém curiosos, observadores, responsáveis pelo nosso próprio saber, que é múltiplo e volátil. É um meio de reaprender a ver, a ouvir o outro, a pensar o mundo, os sujeitos, as relações, os processos ao redor (PERRENOUD, 2001).

O médico que ingressa e participa do Programa Mais Médicos, em geral, é um médico formado em Instituição de Educação Superior brasileira ou aquele com diploma revalidado e os médicos intercambistas, com formação no exterior conforme o art.13, incisos I e II, da Lei dos Mais Médicos, de 2013.

No início do projeto, em 2013, muitos médicos intercambistas aderiram ao Mais Médicos, particularmente os médicos cubanos, por meio de um acordo de cooperação bilateral Brasil – Cuba, realizado pela OPAS / OMS – Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde).

Cuba possuía em 2014, segundo a OPAS / OMS, quatro vezes mais médicos por mil habitantes do que o Brasil, e uma larga experiência em enviar médicos a outros países para trabalhar, particularmente para atuar na Atenção Primária à Saúde. Todavia, infelizmente, por

questões políticas em face à ruptura deste acordo via OPAS / OMS, em 2018, os médicos cubanos retornaram ao seu país de origem, deixando o programa.

Segundo Santos e colaboradores (2017), em dois anos (de 2013 a 2015) de existência do Programa Mais Médicos, o número de consultas médicas na Estratégia de Saúde da Família aumentou 33% nos municípios que participaram do projeto, enquanto nos municípios que não participaram, o aumento foi de menos da metade, 15%, e em mais de mil municípios que aderiram ao Mais Médicos houve um aumento na cobertura de atenção básica de 77,9% para 86,3%, entre 2012 e 2015, e uma queda nas internações por condições sensíveis (e evitáveis) à atenção ambulatorial, de 44,9% para 41,2% no mesmo período.

Todos os médicos entrevistados iniciaram a atuação nestas unidades após 2015, e a metade deles há apenas dois anos. Efetivamente em 2015, mais de 70% dos municípios brasileiros tinham aderido ao Programa Mais Médicos e além da expansão da Atenção Básica, equipes da ESF foram substituídas com maior fixação de profissionais e redução de rotatividade (CUBAS, 2017). Tal situação foi verificada em 53,7% das equipes da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e possibilitou, além da cobertura de mais de 20 milhões de pessoas no sistema de saúde, *“a regularidade dos vínculos trabalhistas e a garantia do cumprimento da carga horária de trabalho, o que incidu sobremaneira na transformação do processo de trabalho e na melhoria do cuidado na atenção primária no SUS”*.

De certo que, os médicos do projeto atuantes nas localidades de Paracambi e Japeri, entrevistados neste estudo, tiveram variadas aspirações e expectativas à inscrição e participação no Mais Médicos – desde questões financeiras, como “bolsa boa” ofertada pelo programa, quanto questões ideológico-políticas como “desejo de ser médico de família e atuar na Atenção Primária à Saúde”, de preferência, sob o ponto-de-vista deles, o mais próximo possível de suas casas, bem como a presença de uma figura de referência, que os invocou ao trabalho na APS e outros médicos, cuja formação no exterior, possibilitou seu retorno ao país de origem por meio do programa.

Entretanto, parece inegável que todos estes profissionais, percebem que através do Programa Mais Médicos, têm contribuído positivamente para as transformações experimentadas pelo sistema público de saúde brasileiro nos últimos anos, a fim da consolidação da Atenção Primária à Saúde como modelo forte, robusto e abrangente de atenção à saúde no Brasil, tal como Starfield e tantos outros autores apontaram em seus estudos previamente.

8.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA APS: O PAPEL DA INTERPROFISSIONALIDADE E DAS NOVAS METODOLOGIAS EM ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE

Na percepção dos médicos entrevistados a APS é a porta de entrada no SUS, e a garantia de suas diretrizes teóricas – entre elas a integralidade e longitudinalidade da atenção - é afetada tanto problemas de gestão entre esferas de governos quanto pela escassez de recursos financeiros aportados.

A Política Nacional da Atenção Básica considera a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um modelo central na proposta de ensino-serviço-aprendizado, objetivando a horizontalização das relações dos trabalhadores em saúde e maior autonomia e responsabilização por parte destes no processo de trabalho cotidiano na APS.

Com a transformação dos processos formativos ao longo dos anos no Brasil, a EPS tem sido apontada como uma estratégia essencial, uma vez que insere o sujeito como figura central do seu próprio processo de aprendizado, expandindo este processo para além dos limites escolares, inclusive nos contextos laborais e comunitários (MITRE *et al.*, 2008).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004), o profissional em formação, a partir do contato e incorporação de conceitos da prática diária na APS, é convidado a adotar determinados comportamentos ajustando aos poucos sua própria relação com a APS, local de inserção de suas práticas, em equipe interprofissional, criando um senso crítico e reflexivo sobre seu processo de trabalho, a partir da problematização do fazer, sob a forma de “ação-reflexão-ação”.

Adicionalmente, a revolução tecnológica ocorrida no século XX trouxe a informação e conhecimento, que operacionalizaram a produção de articulações, redes e fluxos entre atividades e organizações. Tais tecnologias adquiriram importância global, disseminando o conhecimento e individualizando o acesso ao aprendizado, o que na saúde, assumiu um caráter estratégico, particularmente através do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), modernas ferramentas de pesquisa, negócios e processos de ensino-aprendizagem, uma destas, a modalidade de Ensino à Distância (EaD), uma tecnologia denominada leve-dura em saúde (MERHY, 1997).

Morin & Kern (2003) apontam que “*todo conhecimento é reconstrução e reflexão, transformando-se em provisório*”. Assim sendo, a partir do uso destas modalidades de ensino híbrido em saúde, como o EaD, oportunizou-se uma flexibilização do acesso dos médicos em formação / trabalhadores em saúde ao conhecimento e informação, facilitando o intercâmbio

com comunidades virtuais do mundo todo, promovendo a circulação de dados e debates científicos ou não, dinamizando e personalizando as atividades educacionais em saúde. Entretanto os locais de atendimento não são informatizados e há um dia específico *off* para o EaD, metaforicamente o aprendizado ocorre fora do espaço do PMM.

No campo da análise da estrutura e metodologias de formação e educação em saúde no Brasil, em 2014, mas já dito anteriormente, foram propostas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), avaliadas e implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), para o curso de Graduação em Medicina.

Estas DCNs corroboram os princípios do SUS e atributos da APS, pelo estímulo à autonomia intelectual do discente, à responsabilidade social, à construção e à socialização do conhecimento, incorporando uma diversidade de cenários de prática, bem como novas tecnologias e metodologias ativas no processo de aprendizado - o Aprendizado baseado em Problemas (ABP), mais especificamente.

O ABP é uma estratégia pedagógica que contribui para a integralidade do cuidado capaz de promover o “aprender interprofissionalmente por dentro”, problematizando as situações cotidianas vivenciadas na APS e tornando o profissional protagonista do seu próprio processo de formação (COSTA, ROMANO e *cols.*, 2014).

De acordo com D’Amour e Oandasan (2005), a interprofissionalidade é uma eficaz resposta às práticas fragmentadas de cuidados em saúde e tem sido definida como a coesão entre profissionais de diferentes áreas na busca de atendimento às necessidades do paciente, família e comunidade, baseando-se no conceito ampliado de saúde e no modelo de atenção primária em saúde (CAMPOS, AGUIAR, BELISÁRIO, 2008).

O profissional em saúde deve então ser capaz de trabalhar em equipe, priorizando a centralidade, o cuidado e a segurança do paciente, a partir de ações colaborativas.

Espera-se que o trabalho em equipe na AB seja desafiado a mudar suas relações com o cuidado, com a organização do tempo, espaço e com a dinâmica do trabalho em si, a partir do entendimento que equidade e qualidade são a garantia da oferta de saúde desejada, potencializando os princípios do SUS.

Ainda, Bornstein *et al.* (2014) afirmam que o agente comunitário de saúde, um dos integrantes das equipes da ESF, pode ter um papel na interprofissionalidade de educador popular, à medida que seria um elo de ligação entre o usuário/comunidade-serviço, mediando diálogos transformadores da práxis com o saber popular no âmbito da atenção básica, atuando na competência cultural – um dos atributos da APS.

O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde, adicionalmente, para Peduzzi (2001), consiste numa modalidade de trabalho coletivo baseada em relações recíprocas entre as intervenções técnicas e as interações dos agentes, em que se destaca a atividade ou intervenção técnica e a perspectiva da interação subjetiva entre os diversos profissionais, que pode ocorrer nos termos do Agir Comunicativo (HABERMAS, 2012).

O Agir Comunicativo é denominado como uma prática comunicativa, onde os profissionais, através da busca por consensos, executam e constroem um projeto comum às necessidades de saúde dos usuários, mesmo onde se mantém relações assimétricas e de hierarquia entre os diversos profissionais da equipe interdisciplinar, médicos ou não-médicos, numa abordagem integral do cuidado do usuário na APS.

Observa-se, a partir do exposto, que o trabalho interprofissional em saúde é um tema relevante e desafiador na práxis da Atenção Básica, de interesse e amplamente explorado por diversos autores no meio científico. Tema este que também é destacado pelos médicos deste estudo, em diversos momentos das entrevistas, como articulador do planejamento, da educação e da atenção à saúde na APS, na perspectiva da gestão compartilhada.

O trabalho em equipe multiprofissional e as práticas de apoio matricial, incluindo a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 na Estratégia de Saúde da Família (ESF), seriam, então, modos indissociáveis de produzir saúde e gerir processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade, de acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) (BRASIL, 2012).

Humanização, conforme descrita pela PNH, implica na valorização dos diversos sujeitos partícipes do processo de produção em saúde, a partir de sua autonomia e protagonismo, corresponsabilizando gestores, trabalhadores e usuários, gerando entre eles vínculos solidários, articulações de ações e saberes e promovendo uma participação coletiva nas práticas de saúde e uma atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2012).

O Apoio Matricial, ofertado na ESF pelos profissionais do NASF, que são especialistas de retaguarda assistencial que possuem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto dos profissionais de referência da equipe (CAMPOS & DOMITTI, 2007), leva em conta a multidimensionalidade do processo saúde-doença e visa fortalecer e ampliar a interdisciplinaridade, bem como a intersetorialidade, a educação popular, a integralidade, o controle social, a educação permanente, a promoção de saúde e a humanização (BRASIL, 2012).

É caracterizado por duas modalidades: o atendimento conjunto ou a formulação de Planos Terapêuticos Singulares (PTS). Ambas as modalidades possibilitam a troca de saberes e práticas em ato, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos no trabalho na AB. E o aprendizado coletivo gerado nesta interação interprofissionais otimiza a resolução dos casos mais complexos e imbuí os trabalhadores e os usuários de maior satisfação do cuidado ofertado.

Entretanto, os entraves ou a ineficiência na comunicação entre os profissionais da equipe de referência e os da equipe de apoio matricial, a não responsabilização na cogestão e no apoio matricial, o desconhecimento de uma concepção mais ampliada de saúde, a ausência de autonomia dos profissionais de saúde em relação ao gerenciamento e à organização dos serviços de saúde e ainda, uma qualificação insuficiente com a fragmentação do saber, podem ser alguns dos fatores que dificultem o trabalho interprofissional na estratégia de saúde da família (ESCALDA *et al.*, 2018).

Todavia, a ausência dos profissionais de apoio matricial em muitas unidades básicas de saúde ou clínicas da família que hospedam o PMM inviabilizam a interprofissionalidade e a integralidade do cuidado, questão essa trazida também pelos médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e de Paracambi nas entrevistas. Cerca de metade destes médicos alegaram não ter acesso aos profissionais do NASF – seja por não possuírem “nasfeiros” localmente, seja pela existência, porém ineficácia da comunicação e do trabalho interdisciplinar entre ambos, o que denominaram “conectividade zero”, em seus termos.

Em contrapartida, foi apontado por outros entrevistados que, dentro de um mesmo município, eles teriam profissionais do NASF atuando com as equipes da estratégia de saúde da família, entretanto, de maneiras antagônicas: a primeira seria a presença do apoio matricial dos colegas do NASF, onde a equipe de referência conseguiria, inclusive, elaborar projetos terapêuticos singulares de pacientes e casos mais complexos e vulneráveis do território adscrito, como preconizada na PNH, e a segunda forma, de que mencionaram, é que eles, os médicos de referência das equipes “encaminhariam” os pacientes aos nasfeiros, sem qualquer compartilhamento de ideias, informações, apoio matricial ou gestão compartilhada das questões.

Isto poderia, por exemplo, explicar a incongruência entre o que os médicos apreendem na capacitação teórica do projeto e o que eles de fato percebem, na práxis na APS nestas localidades e, que de certo modo, contribuiria para a segmentação do cuidado e do saber, reforçando a primazia hegemônica do modelo biomédico flexneriano, ainda hoje muito

reproduzida no cotidiano das práticas na Atenção Primária à Saúde, e os sentimentos de frustração e solidão evocados por eles em diversas destas entrevistas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todo o exposto, parece-nos razoável destacar que, apesar das medidas e políticas governamentais implementadas no Brasil nos últimos anos, visando financiar, organizar e consolidar o atual modelo de atenção à saúde, voltado para o SUS, ainda carecemos de um longo caminho a fim de não apenas expandir a Atenção Básica, mas também torná-la, de fato, abrangente, robusta, universal e integral.

O Programa Mais Médicos cumpre, em parte, com suas atribuições iniciais, no emprego dos seus eixos cardinais – suprimindo médicos nas áreas mais vulneráveis deste país, o que, segundo alguns autores, aumentou a cobertura das equipes da estratégia de saúde da família e o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ao passo que decresceu as internações sensíveis e evitáveis, com impacto nos gastos e recursos direcionados à saúde pública.

O programa ainda promoveu aumento em número e diversas melhorias nas infraestruturas das Unidades Básicas de Saúde, o que enfrenta, atualmente, sérios entraves devido às mudanças propostas no financiamento e organização da Atenção Básica pela nova PNAB, mudanças estas que impactam diretamente no processo de trabalho interprofissional e na educação permanente dos profissionais de saúde na APS.

Partindo-se do pressuposto de que o trabalho interprofissional é coletivo e dependente de interações subjetivas entre os profissionais para intervenções técnicas complementares e potencialmente agregadoras de um cuidado mais humanizado e integral da população assistida, torna-se um desafio da Atenção Primária à Saúde e do Programa Mais Médicos em não apenas instituir e qualificar “Mais Médicos” para a promoção deste cuidado biopsicossocial, bem como, “Mais Enfermeiros”, “Mais Técnicos de Enfermagem”, “Mais Agentes Comunitários de Saúde”, “Mais profissionais do NASF”, “Mais Equipes de Saúde da Família”.

No âmbito do Mais Médicos, observou-se concomitantemente aos outros eixos estruturais do programa, a implementação de mudanças curriculares recentes, porém relevantes na formação e capacitação dos profissionais médicos, contidas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, com o objetivo de reestruturar o processo formativo em saúde e a tentativa de atenuar o paradigma biologicista de fragmentação do saber e do cuidado, até então perpetuado nas Instituições de Ensino Superior médico.

A proposta inovadora de capacitação médica de ensino híbrido contida no Programa Mais Médicos oportuniza o aprendizado imerso nos próprios cenários de atuação na Atenção Básica, a troca de experiências entre os diversos profissionais e a dispersão, fluidez e

conectividade do saber, à medida que se utiliza Tecnologias de Informação e Comunicação, como por exemplo, o Ensino à Distância.

Todavia, seria o uso destas tecnologias duras e leve-duras suficientes para romper, de fato, com o paradigma flexneriano? Ou reforçariam o mesmo, à medida que também poderiam contribuir para nos distanciar entre si e produzir mais ainda solidão e frustração – sentimentos percebidos pelos médicos entrevistados ao decorrer de suas trajetórias no Mais Médicos? Outra questão foi que alguns médicos do programa se perceberam não familiarizados com o uso destas ferramentas *web*, sugerindo, então, a necessidade de treinamento ou capacitação no uso do EaD.

Adicionalmente, a capacitação médica do Mais Médicos baseia-se nas metodologias ativas no processo ensino-aprendizado que podem, potencialmente, contribuir para a promoção do conhecimento mais dialógico, crítico e autônomo – a ação-reflexão-ação a partir da problematização das situações cotidianas na AB.

Todavia, neste estudo, nos pareceu que os médicos entrevistados não foram capazes de gerar processos reflexivos tão aprofundados acerca de todas as mudanças formativas imbuídas no Programa Mais Médicos em si, talvez pelo fato de que, muitos deles, graduaram-se ao longo do processo em que estas mudanças já haviam sido propostas e implementadas, ao decorrer da última década.

Ainda assim, a maioria deles enfatizaram e perceberam a importância do trabalho em equipe interdisciplinar e em rede na APS, o papel da supervisão acadêmica enquanto instrumento facilitador de autonomia e interlocução com outras esferas da gestão em saúde, e do “aprender por dentro e juntos” como fatores coadjuvantes essenciais, para eles, à aquisição de atitudes, habilidades e competências no processo ensino-aprendizado-comunidade em saúde.

Logo, poderíamos inferir que a capacitação médica ofertada pelo PMM seria, na visão destes médicos, pouco diferente, porém certamente complementar à proposta formativa biomédica anterior.

Ressaltamos, ainda, que muitos destes médicos entrevistados mencionaram a divisão dos atendimentos à população adscrita em turnos “programáticos”, pautados muito em assistência à hipertensão e ao diabetes, à saúde da criança e ao pré-natal de baixo risco, o que, além de restringir o acesso dos usuários ao serviço de saúde local, segmenta o cuidado, remontando aos primórdios do Programa de Saúde da Família, como parte de um modelo de atenção sanitária, antes dele ser nomeado e concebido enquanto Estratégia de Saúde da Família – modelo assistencial de reorientação da Atenção Básica.

Os médicos destacaram também a necessidade de um supervisor / tutor mais presente nas Unidades Básicas de Saúde, em regime de 40 horas semanais, diferente do que o projeto

preconiza, como figura referencial que concederia maior “segurança” a eles no cotidiano das práticas na Atenção Básica, com alusão à “educação bancária”, citada por Paulo Freire em suas obras, onde o processo de aprendizado seria centrado no professor, sendo este o detentor do saber e o aluno, o receptáculo deste saber – outra premissa do paradigma flexneriano biomédico.

Citaram ainda o trabalho ambulatorial em saúde como fonte de sentimentos e significados paradoxais, tais como “frustração” e “solidão”, bem como o trabalho como a expressão do “amor ao próximo” ou da “missão” e “ajuda aos mais vulneráveis”, conforme já descrito por diversos outros autores na literatura científica.

Tanta disparidade, talvez, possa ser explicada pela presença de múltiplas e singulares experiências prévias de tais profissionais, em todo seu processo formativo em saúde até o Mais Médicos, nos diversos níveis de atenção e graus de complexidade, dentro e fora do país, todos ainda muito permeados pela primazia hegemônica do modelo biomédico de formação.

Aliado a isto, a precarização do processo de trabalho em saúde, os desafios impostos aos profissionais da AB, no que se refere ao conceito ampliado de saúde e aos determinantes sociais em saúde, e o emprego de práticas resquiciais históricas coronelistas originadas do regime oligárquico brasileiro, muito presentes ainda nos menores e mais interioranos municípios do país, particularmente os de menores Índices de Desenvolvimento Humano, podem se tornar fatores desarticulares da integralidade do cuidado e da formação médica biopsicossocial e, em última instância, adocedores dos profissionais da APS.

Sabe-se que os médicos generalistas, em diversas pesquisas no Brasil e no mundo, aparecem como uma das especialidades médicas mais acometidas por transtornos de saúde mental, por exemplo, a Síndrome de *Burnout*.

Ainda assim, podemos concluir, a partir deste presente estudo, que o Programa Mais Médicos, enquanto parte integrante de uma política imbricação ensino-serviço-comunidade, embora careça de inúmeras melhorias, estruturais e organizacionais, e mais estudos de avaliação do seu impacto nas políticas públicas de saúde no Brasil e na formação médica, ele está em consonância com as propostas previstas em leis e diretrizes de fortalecimento e reorganização do modelo de atenção à saúde para a APS no país, tratando-se de um espaço potente, um local de acolhimento, de resistência e militância, de inquietação e crescimento, de resiliência e reconhecimento, de subjetivação de ideias e de confecção de relações humanas e mais humanizadas. Tudo isto, em tempos modernos e fulgazes!

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Nunca fomos flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.12, p.2531-2553, 2014.
- ALVES, R. **Estórias de quem gosta de ensinar**, São Paulo: Papirus, 2001.
- ANTUNES, C. **Como desenvolver as competências em sala de aula**. 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p.136-146, 2005.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.I.], v.15, n.3, p.242-252, set, 2017.
- BACHA, M.L. **Realismo e Verdade - temas de Peirce**, São Paulo: LEGNAR: Informática & Editora, 2003.
- BAKER, C., PULLING, C., MCGRAW, R., DAGNONE, J. D., HOPKINS-ROSEEL, D. & MEDVES, J. Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. **Journal of Advanced Nursing**, v.64, p.372-379, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BERKELEY, G. **Obras filosóficas**. São Paulo: Editora UNESP, 2010.
- BORNSTEIN, V.J., MOREL, C.M., PEREIRA, I.D.F., LOPES, M.R. Challenges and prospects of Health Popular Education in its contribution to the praxis of Community Health Agents. **Interface (Botucatu)**; v18 Supl 2: p.1327-1340, 2014.
- BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS. (13 de fevereiro de 2004). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção básica. Brasília: MS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Série Pactos pela Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**, mar, 2006.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde de Família – NASF. **Diário Oficial da União**, jan, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.87, de 22 de outubro de 2013. (23 Out 2013). Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL, Ministério da Educação. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 128 p, 2015.

BRASIL. Portaria número - 585, DE 15 DE JUNHO DE 2015: Ministério da Educação. (16 Jun 2015). **Diário Oficial da União** – Seção 1. ISSN 1677-7042, número 112, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1ª. ed. 2008, p. 1011-1034.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R., editores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1ª. ed., 1997, p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S., DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, M. S. de., SOUSA, M. F. de. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, pp41-65, 2004.

CEOLIN, S., PIRIZ, M.A., MENDIETA, M.C., SILES, G.J. & HECK, R.M. Elements of the socio-critical paradigm in nursing care practices: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, 51:e03267, 2017.

CEZAR, D.M., PAZ, A.A., COSTA, M.R., PINTO, M.E.B. & MAGALHÃES, C.R. Percepções dos médicos sobre a educação a distância e a contribuição da especialização em Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, 23(Supl. 1): e180037, 2019.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo Ática, 1999.

COLLAR, J. M., NETO, J. B. A., FERLA, A. A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, v.1, n.2: pp.43-56, 2015.

COSTA, J.R.B, ROMANO, V.F *et al.* Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. Revista Bras. **Educação Médica**, v.36, n.3: pp. 387 – 400, 2012.

_____A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Bras. Educação Médica**, v.38, n.1: pp. 47 – 58, 2014.

CHORNY, A.H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. **Cuadernos Médico-Sociales**, 73: 23-44, 1998.

CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 370, n. 10, p.950-7, 2013.

CUBAS, M. **Súmula – Programa mais médicos e criação de vínculos com a comunidade e fortalecimento da equipe de saúde**. Maismedicos.bvsalud.org. acesso em 22 jan 2021, 2017.

DAHMER, A. et al. Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família à distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 61, p. 449-463, 2017.

D'AMOUR, D., OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **J Interprofessional Care**. V.19:sup1, pp.8-20, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. 2ed. São Paulo. In: **Os 4 pilares da Educação**. Delors, J. Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2003.

DENZIN, N. K. **Interpretative biography**. Newbury Park, CA: Sage, 1989.

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. **The SAGE Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2011.

ESCALDA, P.M.F, FOGUET-BOREU, Q., PARREIRA, C.M.S.F., CYRINO, A.P.P. Interprofissionalidade e prática colaborativa no âmbito da atenção primária em saúde. **Argum, Vitória**, v. 10, n. 3, p. 176-188, 2018.

FELICIANO, K.V.O. et al. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.8: pp.3373-3382, 2011.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1ª. ed. 306 p, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1ª. ed. 1974.

FREITAS DA SILVA, C. A. de. Fenomenologia e educação: uma abertura recíproca. In: **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 59-64, 2011.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.V. et al., organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; pp. 493-545, 2012.

GALVÃO, I. **Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. 7ª ed Petrópolis, RJ: Vozes (Educação e conhecimento). 134 p, 2000.

GROBLER, L. et al. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. **Cochrane Database Syst Rev**, vol. 1, 2009.

LIMA, L.P.S., RIBEIRO, M. R. R. A competência para educação permanente em saúde: percepções de coordenadores de graduação em saúde. *Bull World Health Organ*. V.95:pp.103–112, 2017.

LINCOLN, Y. S. & GUBA, E. G. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). **The Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2nd ed., pp1065-1122, 2000.

HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo**. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HEIDEGGER, M. **Que Significa Pensar?** Buenos Aires, Editorial Nova, 1ª. ed., 1964.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 1ª. ed., 2002.

HUSSERL, E. **La philosophie comme science rigoureuse**. 4. ed. Paris: 2011

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O Sistema de Indicadores de Percepção Social**. Brasília: IPEA, 2003.

KAUFFMANN, Jean-Claude. **A Entrevista Compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Petrópolis: Vozes; Maceió: Edufal, 2013.

KOIFMAN, L, SAIPPA-OLIVEIRA, G. As práticas de avaliação da formação e do cuidado orientadas pela integralidade: uma aproximação necessária In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC — ABRASCO; p. 245-260, 2006.

LA ROSA, J. **Psicologia e educação: o significado do aprender**. Porto Alegre: EDiPUCR, 2003.

LAYZELL, S. Evaluation of the learning experiences afforded through multipractice learning in primary care: a project in the development of a multiprofessional learning organisation. **Educ Prime Care**, v.23, n.6, pp.422-429, 2012.

KENNETH, Y., MAAIKE, F., IFEYINWA, O., MAXWELL, M.L., OLUGBEMI, P. & GULNAZ, M. Perceived competency deficits and challenges of family medicine trainees in sub-Saharan Africa. **Educ Primary Care**, v.27, n.5, pp.358-365, 2016.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições**. São Paulo: Cortez, 1995.

LUIJPEN, W. **Introdução à fenomenologia existencial**. São Paulo: E.P.U, 1973.

MAIA, MV. O portfólio reflexivo eletrônico na educação médica: uma análise da experiência do internato eletivo em Anestesiologia com base na Teoria da Aprendizagem Significativa [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 2013.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, pp. 149-158, 1991

MARIAS, J. **História da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1ª. ed. 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **La structure du comportement**. Paris: PUF, 1a. ed. 1942

_____. **Phénoménologie de la perception**. Paris: Gallimard, 1945

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- -Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência. In: Campos, C.R., MALTA,

D.C., REIS, A.T., SANTOS, A.F., MERHY, E.E. & organizadores. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã. pp.103-20, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORIN, E. **Terra-Pátria**: Edgar Morin e Anne-Brigitte Kern. Silva, P.A.N. (trad.). Porto Alegre: Sulina, 181 p, 2003.

MOROSINI, M. V. G. C et al. **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV. 447 p, 2013.

MOROSINI, M. V. G. C., FONSECA, A. F., LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOUSTAKAS, C. **Phenomenological research methods**. Thousand Oaks, CA: Sage. 192 p, 1994.

OLIVEIRA, F.P.D., SANTOS, L.M.P. & SHIMIZU, H.E Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: Avanços e Fortalecimento do Sistema de Saúde. **Trab. educ. saúde**, vol. 17, n. 1, e0018415, 2019.

PAGANI, R., ANDRADE, L.O.M.de. Preceptorial de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saude soc.**, v.21, suppl.1, pp.94-106, 2012.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C., NORONHA, J.C., CARVALHO, A.I., organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; pp. 547-573, 2008.

PARANHOS, V.D. & MENDES, M.M.R. Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of nursing students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.1, pp.109-115, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, pp.103-109, 2001.

PEIXOTO, M. T. et al. Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices. **Interface (Botucatu)**, v. 23, supl.1, e170794, 2019.

PELIZZARI, A., KRIEGL, M.L., BARON, M. P., FINCK, N.T.L & DOROCINKSI, S.I. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Rev PEC**, v.2, n.1, pp.37-42, 2001.

PERRENOUD, P. **Ensinar**: agir na urgência, decidir na incerteza. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PESSOTI, I. A formação humanística do médico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.29, n.4, pp.:440-8, 1996.

PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. Construindo caminhos analíticos e integralizando a solidariedade de conhecimentos: operacionalização da pesquisa. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Ed.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesq/IMS-Uerj; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco, pp. 27-36, 2009.

PINTO, L.F., GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia de saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.1: pp.13-25, 2008.

SANTOS, L. M. P et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Organ**; v.95, pp.103–112, 2017.

SANTOS, W. Dos *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. 120, pp. 256-268, 2019.

SCHRAIBER, L. B. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, A. M. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.

SPINOSA, B. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. 2ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 726 p, 2002.

STELET, B., ROMANO, V.F., CARRIJO, A.P.B, JUNIOR, J.E.T. Reflective Portfolio: philosophical contributions to a narrative praxis in medical education. **Interface Comunicação Saúde Educação**; v.21, n.60:165-76, 2017.

TIBÉRIO, I.F.L.C, DAUD-GALLOTTI, R.M., TRONCON, L.E.A, Martins, M.A. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

TRONCON, L.E.A. Avaliação do estudante de Medicina. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v29:429-439, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VOLMER, D., SOKIRSKAJA, A., LAAKSONEN, R., VAINIO, K., SANDLER, N., HALVORSEN, K.H., KJOME, R.L.S., GIZURARSON, S., MUCENIECE, R., MAURINA, B., DAUKSIENE, J., RUUBEN, L., BJÖRNSDOTTIR, I., RATASSEPP, T. & HEINÄMÄKI, J. Perception of the Professional Knowledge of and Education on the Medical Technology Products among the Pharmacists in the Baltic and Nordic Countries—A Cross-Sectional Exploratory Study. **Pharmacy**, v.4, p.29, 2016.

APÊNDICE A – Instrumento sociodemográfico e roteiro de entrevista semiestruturada.

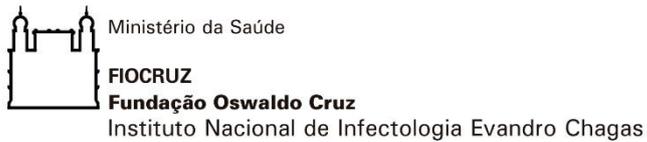
O instrumento sociodemográfico consistirá das seguintes questões:

- nome do(a) entrevistado(a);
- idade;
- sexo e gênero;
- cor (autodeclarada);
- situação civil;
- cidade de moradia;
- religião;
- grau de escolaridade;
- país e ano de graduação médica;
- nome e natureza da instituição de graduação (público ou privada);
- número de anos estudados na escola médica;
- número de anos de graduado(a) em Medicina;
- fez estágio ou internato na Atenção Básica durante a faculdade? Sim ou Não;
- foi aluno bolsista ou recebeu de financiamento na graduação médica? Sim ou Não;
- possui outra especialização Médica? Sim ou Não;
- se sim, em qual área?;
- ano de início no Programa Mais Médicos;
- quantos anos de contato com a Atenção Primária, anterior ao Programa;
- município de lotação atual;
- unidade localizada em área rural ou urbana?;
- equipe da Estratégia de Saúde da Família está completa no momento? Sim ou Não;
- ocorreu alguma mudança de Unidade Básica de Saúde durante o Programa? Sim ou Não;
- quantos usuários estão cadastrados e quantos atualmente acompanhados na USF em que você atua?;
- possui vínculo empregatício ou outra atividade médica, além do programa?;
- está matriculado e cursando a educação à distância oferecida pelo programa? Sim ou Não;
- por qual instituição de ensino superior?.

Já o roteiro da entrevista semiestruturada com os médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi contará com as perguntas listadas abaixo.

- a) você teve alguma capacitação ou experiência prévia na Atenção Primária, antes de entrar para o Programa Mais Médicos? Fale-me um pouco sobre isso;
- b) como você chegou ao PMM? o que lhe motivou a entrar no programa?
- c) conte-me como tem sido seu processo de trabalho no Programa Mais Médicos, em Japeri ou em Paracambi;
- d) quais profissionais fazem parte deste processo de trabalho com você na Atenção Primária local e como as atividades são planejadas e desenvolvidas?;
- e) você identifica alguma atividade do Programa que estimule ou contribua para a sua capacitação médica na Atenção Primária?;
- f) você identifica alguma mudança no seu processo de trabalho ou na sua capacitação médica a partir da sua experiência com o Programa Mais Médicos?.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



Você está sendo convidado(a) a participar do estudo denominado “Percepção dos Médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi”, desenvolvido por Fernanda Viana Campos, discente do Programa de Mestrado em Atenção Primária à Saúde, da ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva e médica de família e comunidade, sob orientação da professora Dra. Sonia Regina Lambert Passos.

O convite se deve ao fato de você ser médico(a) participante do Programa Mais Médicos nos municípios de Japeri e Paracambi. Sua participação é voluntária, não obrigatória, e você possui plena autonomia de escolher participar ou não, podendo em qualquer fase deste retirar sua participação, sem qualquer penalização ou prejuízo por isso. Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

A sua participação consistirá em responder a perguntas em uma entrevista sobre a sua percepção sobre sua atuação e capacitação recebidas no Programa Mais Médicos. A entrevista será gravada e tem previsão de cerca de uma hora de duração. Sua privacidade será respeitada e as informações coletadas serão mantidas em local seguro e sob sigilo.

As entrevistas concedidas serão transcritas e armazenadas pela pesquisadora principal deste estudo em arquivos digitais. Apenas as pesquisadoras deste estudo terão acesso aos dados e informações contidos nele e ambas se comprometem à confidencialidade das informações que você prestar, e ao não uso destas informações para outras finalidades, exceto a que esta pesquisa se propõe. A análise dos dados e divulgação dos resultados preservarão o anonimato. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/INI e com o fim deste prazo, será descartado.

O possível risco de sua participação neste estudo seria o de constrangimento durante a entrevista. Um possível benefício seria contribuir para a análise subjetiva da capacitação médica do PMM, com vistas à possíveis propostas de melhorias nesta capacitação.

É assegurado ao participante desta pesquisa o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o mesmo e suas consequências, antes, durante e depois de sua participação. Este termo de consentimento livre e esclarecido, redigido em duas vias (uma para

a pesquisadora principal e outra para a(o) participante, deverá ser rubricado em todas as suas páginas, datado e assinado

A pesquisadora principal deste estudo pode ser contactada, a qualquer instante pelos participantes, pelo telefone, (21) 99844 9870, ou ainda por e-mail fernanda.viana.doc@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Infectologia (INI), através do número de telefone (21) 3865 9585 ou envie um *e-mail* para cep@ipecc.fiocruz.br. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Percepção dos Médicos do Programa Mais Médicos sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde em Japeri e Paracambi**” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista
 Não autorizo a gravação da entrevista

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Nome ou assinatura do(a) participante da pesquisa

Fernanda Viana Campos (pesquisadora principal)

APÊNDICE C - Cartas de Anuência – Japeri e Paracambi.

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Fernanda Viana Campos**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa "**Percepção dos Médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde**", que está sob a coordenação/orientação da Profa. Dra. **Sônia Regina Lambert Passos**, cujo objetivo é descrever as percepções sobre a capacitação dos médicos do PMM em Japeri e Paracambi (RJ), dentro da proposta pedagógico-educacional do projeto, nas Unidades de Saúde da Família de ambos os municípios.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se a mesma à utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Paracambi / Japeri, 21 / 10 / 2019

Andréia Cristina da S. Lemos
Subsecretária de Atenção Básica
PMJ - Mat
COREN/RJ 85773

Andréia Cristina da Silva Lemos

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele
delegada

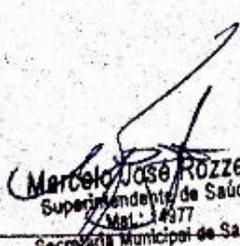
ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Fernanda Viana Campos**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa "**Percepção dos Médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre sua capacitação na Atenção Primária à Saúde**", que está sob a coordenação/orientação da Profa. Dra. **Sonia Regina Lambert Passos**, cujo objetivo é descrever as percepções sobre a capacitação dos médicos do PMM em Japeri e Paracambi (RJ), dentro da proposta pedagógico-educacional do projeto, nas Unidades de Saúde da Família de ambos os municípios.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se a mesma à utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

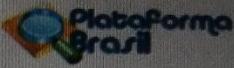
Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Paracambi / Japeri, 08 / 11 / 2019


Marcelo José Rozeto
Superintendente de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele
delegada

ANEXO A – Folha de rosto da aprovação ética.

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS - INI / FIOCRUZ										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS SOBRE SUA CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM JAPERI E PARACAMBI										
Pesquisador: Sonia Regina Lambert Passos										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 28479320.0.0000.5262										
Instituição Proponente: INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS - INI/FIOCRUZ										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 3.845.466										
Apresentação do Projeto:										
Conforme informação apresentada no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1500958.pdf"										
<p>A Atenção Primária à Saúde (APS) se fortalece a partir dos seus atributos e contribui para construção do paradigma biopsicossocial de formação em saúde através de abordagem formativa interdisciplinar com metodologias ativas de aprendizagem, que desenvolvem competências, atitudes e habilidades. Esta abordagem formativa potencializa o grau de autonomia, compromisso, organização do processo de trabalho, satisfação pessoal e o senso crítico do aluno / profissional em saúde, gerando um olhar mais humanizado, integral e centrado na pessoa, a partir da imersão do aluno em seu próprio campo de prática, numa imbricação ensino-serviço-comunidade. O Programa Mais Médicos (PMM), criado e implementado em 2013 no Brasil, propõe estratégias que, além de visar a garantia da universalidade do cuidado em saúde, sugere mudanças no processo formativo do profissional médico na APS. O objetivo geral deste estudo é analisar as percepções dos médicos do PMM sobre a capacitação em Japeri e Paracambi (RJ), dentro da proposta do eixo formativo no projeto. Especificamente, anseia-se identificar e interpretar tais percepções. Para isto, propomos uma pesquisa qualitativa exploratória, cuja temática será a narrativa das percepções e significados sobre a capacitação de todos os 10</p>										
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Avenida Brasil 4365</td> <td>CEP: 21.040-360</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Manguinhos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: RJ</td> <td>Município: RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (21)3865-9585</td> <td>E-mail: cep@ini.fiocruz.br</td> </tr> </table>			Endereço: Avenida Brasil 4365	CEP: 21.040-360	Bairro: Manguinhos		UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	Telefone: (21)3865-9585	E-mail: cep@ini.fiocruz.br
Endereço: Avenida Brasil 4365	CEP: 21.040-360									
Bairro: Manguinhos										
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO									
Telefone: (21)3865-9585	E-mail: cep@ini.fiocruz.br									
<small>Página 01 de 04</small>										

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.845.466

médicos participantes do PMM de Japeri e Paracambi, de 2014 a 2019. Os dados serão coletados por entrevistas semiestruturadas gravadas contendo algumas perguntas norteadoras cuja ênfase será a captação da percepção sobre a capacitação recebida no âmbito do Programa Mais Médicos. As respostas serão transcritas e analisadas pela pesquisadora principal, por decodificação e categorização de significantes através da análise de conteúdo, numa abordagem fenomenológica.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme informação apresentada no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1500958.pdf"

Objetivo Primário:

- Analisar as percepções dos médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre a capacitação médica recebida de acordo com a proposta do eixo formativo do programa.

Objetivo Secundário:

- Identificar e interpretar as percepções dos médicos do Programa Mais Médicos de Japeri e Paracambi sobre sua capacitação médica na Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informação apresentada no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1500958.pdf"

Riscos:

Nenhum estudo científico é totalmente isento de riscos, e que o possível risco de participação neste estudo seria o de constrangimento durante a entrevista.

Benefícios:

Um possível benefício deste estudo seria contribuir para a análise subjetiva da capacitação médica do PMM, com vistas à possíveis propostas de melhorias nesta capacitação. Um outro possível

Endereço: Avenida Brasil 4365

Bairro: Manguinhos

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 21.040-360

Telefone: (21)3865-9585

E-mail: cep@ini.fiocruz.br

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.845.466

benefício seria o de construir uma reflexão sobre a formação médica voltada para o SUS no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram enviados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos, inadequações ou pendências para a realização do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1500958.pdf	30/01/2020 12:39:02		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	30/01/2020 12:32:43	FERNANDA VIANA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.docx	30/01/2020 10:51:20	FERNANDA VIANA CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_timbrado.doc	23/01/2020 17:47:31	FERNANDA VIANA CAMPOS	Aceito
Outros	Anuencia_Japeri.pdf	23/01/2020 15:14:58	FERNANDA VIANA CAMPOS	Aceito
Outros	Anuencia_Paracambi.jpg	23/01/2020 15:14:33	FERNANDA VIANA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Brasil 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-360

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9585

E-mail: cep@ini.fiocruz.br

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.845.466

RIO DE JANEIRO, 18 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Mauro Brandão Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil 4385

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-360

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9585

E-mail: cep@ini.fiocruz.br