



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA



ELISABETE SOUZA FERREIRA

**MUDANÇAS OU MANUTENÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO
DE ATENÇÃO À SAÚDE?
ANALISANDO PROJETOS DE INTERVENÇÃO EM
TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE UM CURSO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

**Salvador/BA
2021**

ELISABETE SOUZA FERREIRA

**MUDANÇAS OU MANUTENÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO
DE ATENÇÃO À SAÚDE?
ANALISANDO PROJETOS DE INTERVENÇÃO EM
TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE UM CURSO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), na área de concentração em Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ligia Rangel Santos
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marcele Carneiro Paim

Salvador / BA

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

F383m Ferreira, Elisabete Souza.

Mudanças ou manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde? Analisando projetos de intervenção em trabalhos de conclusão de um curso do Programa Mais Médicos / Elisabete Souza Ferreira. -- Salvador: E.S. Ferreira, 2021.

92 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Rangel Santos.

Coorientadora: Profa. Dra. Marcele Carneiro Paim.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Básica. 2. Programa Mais Médicos. 3. Educação Permanente em Saúde. I. Título.

CDU 37:614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ELISABETE SOUZA FERREIRA

**Mudanças ou manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde?
Analisando Projetos de Intervenção em Trabalhos de Conclusão de um curso
do Programa Mais Médicos.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 20 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:


Profa. Maria Ligia Rangel Santos - Orientadora - ISC/UFBA


Profa. Marcelle Carneiro Paim – ISC/UFBA


Profa. Catharina Leite Matos Soares - ISC/UFBA


Profa. Rita de Cássia de Sousa Nascimento - UEFS

Salvador

2021

A minha mãe, Isabel (1965-2019), cuja presença do amor me inspira a continuar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, minha fonte inesgotável de sustentação e fé.

A George, meu amor, meu companheiro, pela paciência, insights, encorajamento incondicional, torcida e por não me deixar desistir.

Ao meu filho, Heitor, pela sua amorosidade e alegria. O seu sorriso aquece a minha alma e me faz ter esperança. Peço desculpas por tantas horas trancada no quarto.

Ao meu pai, Miguel, por acreditar e incentivar o meu pleno desenvolvimento.

Ao meu irmão, Emerson, que me inspira a ser alguém melhor todos os dias.

A Raquel, meu braço direito (e esquerdo), sem você está conquista não seria possível.

As minhas amigas queridas e aos familiares pelo apoio e por não desistirem de mim.

A Sociedade Hólón por todas as oportunidades de aprendizado e crescimento como profissional e ser no mundo.

A professora Ligia pela confiança, orientação, aprendizado e reflexões que me proporcionaram amadurecimento.

A professora Marcele pela disponibilidade, entusiasmo, encorajamento e aprendizado.

A CAPES pelo incentivo e apoio financeiro.

A toda equipe da Net-escola por, gentilmente, ceder acesso aos dados desta pesquisa.

Aos professores do ICS, pelo aprendizado, retribuo com toda a minha admiração e carinho.

Aos funcionários do ISC, pela incansável organização e cuidado com os discentes.

Aos meus amigos de turma, pela parceria, partilha e carinho nesta árdua e prazerosa caminhada, em especial, a Ana Paula, Eluá, Leide Dione e Thiala (mestrado), Thiago e Fernanda (doutorado).

A todos os médicos do PMM pela dedicação e esforço nesta missão de cuidar integralmente da saúde das pessoas em um cenário tão complexo como o atual.

“Só se vê bem com coração, o essencial é invisível aos
olhos”.
(Saint-Exupéry)

FERREIRA, Elisabete Souza. **Mudanças ou manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde? Analisando Projetos de Intervenção em trabalhos de conclusão de um curso do Programa Mais Médicos.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2021.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) do Programa Mais Médicos (PMM) é operacionalizada a partir da supervisão acadêmica das práticas profissionais e do curso de especialização na Atenção Básica (AB). O curso de especialização é ofertado na modalidade de Educação a Distância (EAD), em uma parceria entre a Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Ao final do curso os médicos apresentam o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no formato de Projeto de Intervenção (PI), tomando por base algum problema ou necessidade de saúde da população identificado a partir de suas práticas. Este estudo teve por objetivo principal analisar os PI dos médicos inseridos no PMM, participantes do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica-Saúde da Família, no Estado da Bahia, verificando as possíveis contribuições nas mudanças do modelo hegemônico de atenção à saúde. Para tal, tomou-se por referencial teórico os modelos de atenção à saúde e foi realizado um estudo de caso com a primeira turma do curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase na Atenção Básica/Saúde da Família, conduzido pela UNA-SUS/UFBA através da Net-escola do ISC/UFBA no período de abril de 2018 a abril de 2019. Os dados foram coletados a partir da análise documental, utilizando como fontes de evidências: os TCC, a relação dos aprovados e o relatório final do curso. Foram aprovados 331 TCC cujas temáticas foram organizadas em 11 categorias em uma planilha no Excel, sendo elas: saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, humanização do cuidado e acolhimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), doenças infecciosas; doenças causadas por vetores; tabagismo, álcool e outras drogas; e outros, que posteriormente foram subcategorizado. Os TCC lidos e analisados na íntegra foram os que tiveram maior repetição no número de escolhas pelos cursistas, sendo a temática da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais frequente na subcategorização das DCNT. Para análise de dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Os resultados apontaram quatro categorias empíricas para análise: tecnologias de educação em saúde, Método Clínico Centrado no Paciente (MCCP), atuação interdisciplinar e mudanças no processo de trabalho. Estiveram

ausentes das intervenções os determinantes sociais da saúde e a participação popular, a intersetorialidade apareceu de forma embrionária. Os achados deste estudo evidenciaram que nos PI coexistiram práticas em saúde tanto dos modelos hegemônicos quanto dos modelos alternativos de atenção, com um significativo fortalecimento nas tecnologias que indicam os modelos alternativos. Assim, faz-se necessário que outros estudos sejam realizados a fim de conhecer as potencialidades e fragilidades dos PI dos cursos de especialização na AB para o aprimoramento da EPS no fortalecimento dos modelos alternativos de atenção à saúde.

Palavras-chaves: Atenção Básica, Programa Mais Médicos, Educação Permanente em Saúde.

Ferreira, Elisabete Souza. **Changes or maintenance of the biomedical model of health care? Analyzing Intervention Projects in the Completion Work of a course of the More Doctors Program:** Dissertation (Master's degree in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador: 2021.

ABSTRACT

The Permanent Health Education (PHE) of the More Doctors Program (MDP) is operationalized from the academic supervision of professional practices and the specialization course in Basic Care (BC). The specialization course is offered in the modality of Distance Education (DE), in a partnership between the Federal Institution of Higher Education (IFES) and the Open University of SUS (UNA-SUS). At the end of the course, the doctors presents the Course Completion Work (CBT) in the form of Intervention Project (IP), based on some problem or health need of the population identified from their practices. The main objective of this study was to analyze the IP of doctors inserted in the MDP, participants of the Specialization Course in Collective Health: concentration in Basic Care-Family Health, in the State of Bahia, checking the possible contributions in the changes of the hegemonic model of health care. For this, the models of health care were taken as theoretical reference and a case study was realized with the first class of Specialization in Collective Health with emphasis on Primary Care/Family Health, conducted by the Net-school of ISC/UFBA from April 2018 to April 2019. Data were collected from the documental analysis, using as sources of evidence: CBT, the list of those approved and the final report of the course. A number of 331 CBT were approved, whose themes were organized into 11 categories in one of a spreadsheet in Excel, which were: child and adolescent health; elderly's health; women's health, men's health, mental health, humanization of care and reception and Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs), infectious diseases; diseases caused by vectors; smoking, alcohol and other drugs; and others, which were later subcategorized. The CBTs read and analyzed in full were the ones that had the highest repetition in the number of choices by the cursists, and the theme of Systemic Arterial Hypertension (SAH) was the most frequent in the subcategorization of NCDs. For data analysis, the content analysis technique was used. The results indicated four empirical categories for analysis: health education technologies, Patient-Centered Clinical Method (MCCP), interdisciplinary action and changes in the work process. social determinants of health and popular participation were absent from the interventions, intersectoriality appeared

embryonically. The findings of this study showed that in the IP coexisted health practices of both the hegemonic models and the alternative models of care, with a significant strengthening in the technologies that indicate the alternative models. Thus, it is necessary that other studies be conducted in order to know the potentialities and weaknesses of the IP of specialization courses in AB for the improvement of PHE in the strengthening of alternative models of health care.

Keywords: Basic Care, More Doctors Program, Permanent Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
AP	ATENÇÃO PRIMÁRIA
AVA	AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
CNE	CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CRM	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
EAD	EDUCAÇÃO Á DISTÂNCIA
EIP	EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL
EPS	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
ESF	ESTRÁTEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
eSF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DCN	DIRETRIZ CURRICULAR NACIONAL
DM	DIABETES MELLITUS
DSEI	DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS
DSS	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
IDHM	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL
IES	INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR
IFES	INSTITUIÇÃO FEDERAL DE ENSINO SUPERIOR
HAS	HIPERTENÇÃO ARTERIAL SISTÊMICA

MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MCCP	MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NASF	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PES	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL
PI	PROJETO DE INTERVENÇÃO
PMAQ-AB	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
PMM	PROGRAMA MAIS MÉDICOS
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PPP	PROJETOS POLÍTICOS PEDAGÓGICOS
PIASS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PISUS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PITS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
PROVAB	PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PNEPS	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TESC	TÓPICOS ESPECIAIS EM SAÚDE COLETIVA
TCC	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
UA	UNIDADE DE APRENDIZAGEM

UBS	UNDADES BÁSICAS DE SAÚDE
UFBA	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UFMG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNA-SUS	UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PMM.....	19
2.1 ESTADO DA ARTE.....	19
2.2 O PMM E OS SEUS EIXOS DE ATUAÇÃO.....	28
2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PMM.....	33
3 MÉTODOS.....	39
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
3.2 DESENHO DE ESTUDO.....	49
3.3 SELEÇÃO DO CASO.....	49
3.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	52
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
4.1 CATEGORIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS.....	54
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	59
4.3 TECNOLOGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	60
4.4 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA (MCCP).....	65
4.5 ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR.....	67
4.6 MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO.....	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	78
ANEXO 1- MATRIZ PARA PROCESSAMENTO DE DADOS.....	91
ANEXO 2 -TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	92

1 INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) surge em 2013, através da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho, convertida posteriormente na Lei nº 12.871, de 22 de outubro, com o objetivo primordial de resolver a escassez de médicos e sua desigual distribuição em algumas regiões do país, melhorando assim o acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Outros programas já haviam sido empreendidos com esta finalidade, mas o principal diferencial do PMM foi a sua operacionalização simultânea a partir de três eixos: formação médica, infraestrutura das unidades básicas de saúde e provimento emergencial, que se articularam para fins de reorganização e qualificação dos serviços da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013; AGUIAR e MACEDO, 2018; RIOS e TEIXEIRA, 2018).

O eixo formação médica articulou ações de ensino-serviço determinando também mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de medicina e nas formas de ingresso nas residências médicas no país (LIMA *et al.*, 2015; FERREIRA, CUNHA e DIAS, 2018). O eixo infraestrutura destinou-se a qualificação, construção e ampliação das Unidades básicas de Saúde (UBS) necessárias para assegurar os atendimentos e melhorar as condições de trabalho das equipes (BRASIL, 2017a; 2017b).

Já o eixo provimento emergencial, para além da alocação de médicos em regiões com escassez destes profissionais, possuía interface com a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), objeto de estudo deste trabalho. Numa perspectiva mais ampla, a EPS configura-se como uma estratégia político-pedagógica de transformação das práticas profissionais e da reorganização dos modelos de atenção à saúde no Brasil. Está alicerçada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e foi instituída com a Portaria MS/GM nº. 198/2004 (BRASIL, 2009).

No PMM a EPS é efetivada a partir da supervisão acadêmica das práticas profissionais com atividades pedagógicas de aperfeiçoamento e extensão, e na obrigatoriedade de os médicos cursarem uma especialização na AB, ambos desenvolvidos por Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), em uma parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; FREIRE FILHO *et al.*, 2018a).

Para ofertar o curso de especialização na AB as IFES devem ser integrantes da Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que desenvolve, desde 2010, diversos cursos de

aprimoramento, extensão e especialização para profissionais do SUS no formato de Educação a Distância (EAD). A UNA-SUS foi criada através do Decreto 7.385/2010, com o intuito operacionalizar a PNEPS, no que tange as necessidades de capacitação e de EPS (OLIVEIRA *et al.*, 2014; UNA-SUS, 2020).

O curso de especialização do PMM configurado como *latu senso*, possui carga horária de 374 horas e tem por objetivo principal alinhar as práticas profissionais às necessidades de saúde da população, a partir de uma atuação territorial. Esta característica de atuação no território busca capacitar o médico para a articulação do trabalho interdisciplinar e intersetorial, ampliando as possibilidades de intervenção e a resolução dos problemas de saúde da população. Desta forma o curso pode ser considerado um fomentador das mudanças no modelo hegemônico de atenção à saúde, um dos alicerces da proposta da EPS (BRASIL, 2015; FREIRE FILHO *et al.*, 2018b).

Ao final do curso é solicitado ao médico apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no formato de Projeto de Intervenção (PI), tomando por base algum problema ou necessidade de saúde da população identificado na sua prática profissional no âmbito da AB (UFBA, 2018a). Para Mourão Netto e colaboradores (2016) a implementação dos PI tem o potencial de auxiliar os médicos a vivenciarem a atuação intersetorial e interdisciplinar, a partir da reflexão e da proposta de atuação pensada para a resolução dos problemas de saúde da comunidade, levando-se em consideração que a sua formulação e implementação está baseada no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (PES).

Os achados na literatura científica sobre o PMM, realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) evidenciam que poucos artigos se debruçaram sobre a EPS, especificamente no que diz respeito ao curso de especialização na AB ou, até mesmo, na investigação da contribuição dos PI no processo de aprendizagem dos cursistas. Nesta revisão literatura foram encontrados 04 artigos cujos temas são listados a seguir: Percepções do médico sobre educação a distância e a contribuição da especialização em saúde da família (CEZAR *et al.*, 2019); Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional (FREIRE FILHO *et al.*, 2018b); Contribuições do Projeto de Intervenção como ferramenta educativa no Programa Mais Médicos (MOURÃO NETTO *et al.*, 2016); Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família (THUMÉ *et al.*, 2016). Os resultados destes trabalhos apontaram para potencialidades da proposta EAD no PMM (THUMÉ *et al.*, 2016; CEZAR *et al.*, 2019;), além de evidenciar o desenvolvimento e

valorização de estratégias pedagógicas reflexivas no desenvolvimento de competências interprofissionais (FREIRE FILHO *et al.*, 2018b) e as contribuições dos PI para a qualificação das práticas médicas cotidianas ((MOURÃO NETTO *et al.*, 2016)). Vale ressaltar esta revisão de literatura foi realizada tendo por data limite 31/12/2019 sendo possível que haja modificações no cenário analisado e no quantitativo de artigos descrito acima.

Diante do exposto surgiram alguns questionamentos: Quais modelos de atenção estão presentes no PI? As intervenções atendem a questões biomédicas ou extrapolam os limites da profissão, englobando efetivamente ações interdisciplinares e/ou intersetoriais? As intervenções realizadas sugerem mudanças ou manutenção no modelo hegemônico de atenção à saúde?

Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo principal analisar os PI dos médicos inseridos no PMM, participantes do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica-Saúde da Família, no Estado da Bahia, verificando as possíveis contribuições nas mudanças do modelo hegemônico de atenção à saúde. E, como objetivos específicos, buscou-se identificar e caracterizar as temáticas abordadas nos TCC e verificar possíveis aproximações e distanciamentos dos TCC aos modelos de atenção.

Na Bahia, o Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica-Saúde da Família foi desenvolvido pela UNA-SUS/UFBA através da Net-escola do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que passou a integrar a rede colaborativa da UNA-SUS por meio de Termos de Cooperação da UFBA com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) em 2017 (NET-ESCOLA, 2020). Desta forma, a Net-escola constituiu-se como um campo privilegiado de fontes de informações para o desenvolvimento desta pesquisa.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PMM

2.1 ESTADO DA ARTE

Com o objetivo de compreender o contexto em que se desenvolve o curso de especialização e a elaboração dos TCC, realizou-se uma revisão de literatura sobre o PMM, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo por data limite as publicações disponíveis até o dia 31/12/2019. Utilizou-se como descritor “Programa Mais Médicos Brasil”, e na busca foram encontrados 819 artigos. A partir da leitura dos títulos foram selecionados 246 artigos e indexados para o software Zotero, que identificou 32 artigos em duplicidade entre as bases de dados. Após a sua retirada, foram selecionadas 214 publicações.

Foram descartados os artigos em inglês, teses, dissertações, anais de congressos, TCC, editoriais, artigo de opinião, relatórios e artigos de observatórios. Por fim, foram selecionados 115 artigos atendendo os critérios de inclusão: texto publicado na íntegra, em língua portuguesa e em revistas brasileiras.

Para o tratamento do material selecionado foi construída uma matriz de análise de dados, contendo o título dos artigos, autor/es, nome da revista, ano de publicação e objetivo do estudo. A partir da leitura flutuante dos títulos e resumos, os artigos foram categorizados em oito eixos temáticos definidos pela pesquisadora: análise do programa, análise da política; mídia e comunicação; prática profissional; revisão de literatura; eixo provimento emergencial; eixo formação médica e eixo infraestrutura. Sendo que estas três últimas categorias são os pilares de desenvolvimento do PMM definidas pelo MS.

Os resultados evidenciaram maior número de publicações voltadas para o eixo provimento emergencial e análise do programa, seguidos pela análise da política e prática profissional. As categorias que apresentaram menores publicações foram: revisão de literatura e eixo de infraestrutura, conforme a tabela a seguir:

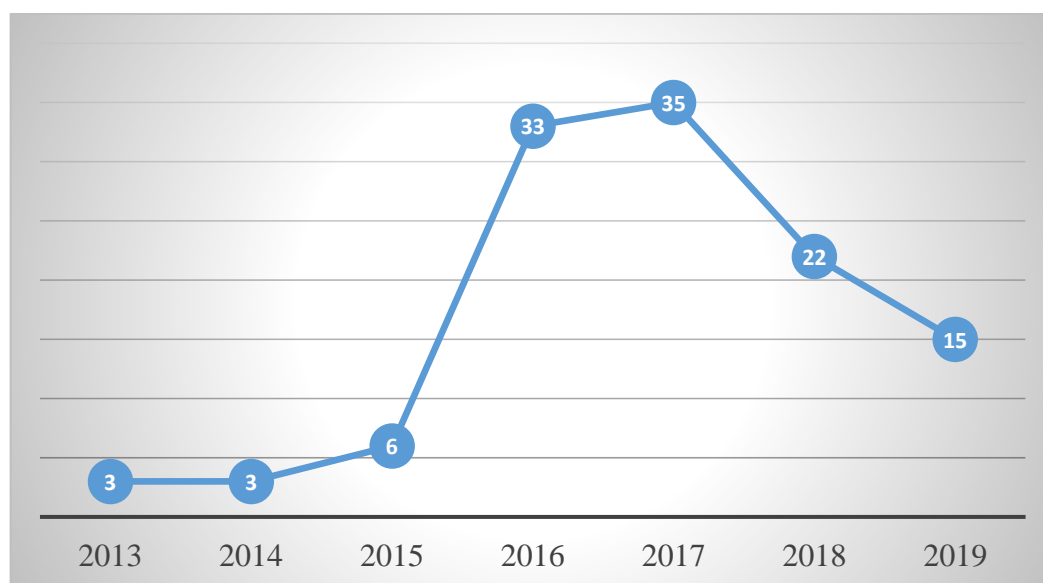
TABELA 1- CATEGORIAS TEMÁTICAS E TOTAL DE PUBLICAÇÕES

Eixo Provimento Emergencial	24
------------------------------------	-----------

Análise do programa	22
Análise da política	18
Prática profissional	17
Mídia e comunicação	11
Eixo formação médica	11
Revisão de literatura	9
Eixo infraestrutura	3

Referente ao ano de publicação, o número de artigos sobre a temática foi crescendo durante a implantação do programa, atingindo o ápice entre os anos de 2016 e 2017, apresentando, posteriormente, relativa queda nos anos de 2018 e 2019, como podemos observar no gráfico abaixo.

GRÁFICO 1 – QUANTITATIVO DE ARTIGOS POR ANO DE PUBLICAÇÃO



As publicações estiveram presentes em diversos meios científicos e acadêmicos, tendo como destaque a revista *Ciência e Saúde Coletiva* e a revista *Interface* cada uma contendo 25 artigos sobre o PMM.

A seguir apresentaremos um panorama geral de cada categoria temática de acordo com os objetivos das publicações. A sequência apresentada seguirá a ordem das categorias por maior número de publicação exceto pelo eixo provimento emergencial que será exposto no final tendo em vista a sua relevância para o objetivo da pesquisa.

2.1.1 Análise do programa

As publicações destes artigos situam-se entre os anos de 2015 e 2019. Nelas buscou-se analisar a implementação e implantação do PMM a partir: análise documental (JESUS, MEDINA e PRADO, 2017), das repercussões nos médicos (PEREIRA e SANTOS, 2018), da perspectiva do Modelo de Múltiplos Fluxos desenvolvido por John Kingdon (COUTO, SALGADO e PEREIRA, 2015). Outros artigos buscaram: investigar a implementação e implantação do programa nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (FRONTÃO e PEREIRA, 2017); evidenciar os impactos da implantação do PMM na saúde básica de Pernambuco (SILVA e FREITAS, 2017); identificar os impactos causados em um município do sertão central nordestino (ALENCAR *et al.*, 2016), a partir do Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon (RIBEIRO, PELEGRINI e RODRIGUES, 2017).

Algumas publicações buscaram avaliar o programa, correlacionando-o a qualidade da APS (MENDONÇA, DIERCKS e KOPITTKE, 2016; RECH *et al.*, 2017); partindo da avaliação de indicadores de mortalidade e internações hospitalares por condição sensível à atenção primária (ICSAP) em crianças menores de 5 anos (CARNEIRO *et al.*, 2016; comparando indicadores de produção, marcadores e situação de saúde antes e depois da implementação do PMM (SILVA *et al.*, 2016) ou apresentando um estudo de caso-controle de agregados municipais com propósito exploratório e análise descritiva de um conjunto selecionado de indicadores correlatos aos serviços de APS (MIRANDA e MELLO, 2016).

A avaliação do programa perpassou também pela análise da implementação em áreas rurais e a contribuição do provimento de médicos para assegurar a atenção integral à saúde (PEREIRA e PACHECO, 2017); na tentativa de criação de um instrumento de avaliação apreendendo as percepções de uma amostra não probabilística nacional estratificada de 643 brasileiros (MELO, COSTA e MAGALHÃES, 2017). Houve o relato de uma experiência de avaliação do PMM a partir de trabalho de campo em 32 municípios com 20% ou mais da população em extrema pobreza selecionados em todas as regiões do Brasil (SANTOS *et al.*,

2019). Algumas publicações analisaram a percepção dos usuários diante do Programa (LOPES, 2017; SILVA e SILVA, 2016) ou avaliaram o conhecimento e posicionamento dos estudantes e de seus professores sobre o PMM (VILLA REAL *et al.*, 2017). Os demais artigos buscaram: discutir a potencial contribuição do PMM para o avanço do sistema de saúde brasileiro rumo à cobertura universal (KEMPER *et al.*, 2018); analisar o PMM e suas relações com as falhas de mercado e falhas de governo no setor de saúde brasileiro (MORAIS *et al.*, 2018); analisar perfil e motivações dos egressos do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) que migraram para o PMM em 2016 (ARAÚJO, MICHELOTTI e RAMOS, 2017); compreender as concepções de gestores da Atenção Primária à Saúde de um município em região de fronteira sobre a implantação do PMM (ARENHART *et al.*, 2019).

2.1.2 Análise da política

Os artigos foram produzidos ao longo de todo o período pesquisado, de 2013 a 2019. Os objetivos buscaram analisar a cooperação técnica a partir: da análise do PMM e da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (PRANDI e MENEZES, 2018); dos efeitos para o trabalho médico (PAULA e WESTPHAL, 2018) ou até mesmo verificando os aspectos do impedimento à realização de entrevistas com médicos cubanos participantes do programa institucional brasileiro PMM no contexto de pesquisa (FALCÃO, BARAUD e ACIOLY-RÉGINIER, 2017); do monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS (MOLINA, TASCA e SUÁREZ, 2016).

Outras publicações buscaram: apresentar os aspectos históricos da criação do programa (LIMA *et al.*, 2015; ALESSIO e SOUZA, 2017) e a partir deles compreender seus instrumentos normativos, aspectos relevantes e finalidades (CARRYL, ROSSATO e PRADOS, 2016); analisar a histórica das políticas de APS no Brasil, com ênfase na ESF e no PMM (CAMPOS e PEREIRA JÚNIOR, 2016); estudar a política do PMM sob a ótica do direito tentando relacioná-la com as características, eficácia dos direitos e das respectivas políticas públicas (KAMIKAWA e MOTTA, 2017) ou relacionando-o ao prisma de uma dogmática constitucional e administrativa hodierna (DI JORGE, 2013).

Os demais achados tiveram por objetivos: analisar a implantação da política do PMM e a necessidade de um Estado Social presente, capaz de desenvolver medidas eficazes para a melhoria da saúde no país (MELO NETO e BARRETO, 2019); analisar o PMM e sua

importância para o SUS (LEVY e SANTOS, 2015); investigar a associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na decisão dos municípios em aderir ao projeto (SILVA e BAIA, 2018); contribuir para uma análise da política de saúde no âmbito da APS no contexto do PMM e das demais políticas de desenvolvimento e qualificação da ESF no país no período de 1994 a 2019 (ANDERSON, 2019); analisar e sistematizar informações e estudos relacionados às questões sociais tomadas como objeto a política do PMM e o contexto que possibilitou a sua criação (PINTO *et al.*, 2014); analisar o PMM, adotando como referencial o conceito de arranjo institucional estabelecendo a articulação entre os seus atores e interesses (LOTTA, GALVÃO, e FAVARETO, 2016); analisar a implementação da política no estado do Mato Grosso (MOTTA E BARROS, 2016); avaliar o desempenho da ESF após implementação do PMM (CARNEIRO *et al.*, 2018).

2.1.3 Prática profissional

Os trabalhos concentraram-se entre os anos de 2016 e 2018. Algumas publicações tiveram por investigação o trabalho dos médicos cubanos a partindo: das contribuições destes profissionais para a AB e a integralidade do cuidado no Rio de Janeiro; (FRANCO, ALMEIDA e GIOVANELLA, 2018); da identificação de inovações e práticas trazidas pelos profissionais estrangeiros em Minas Gerais (AGUIAR e LIMA, 2018); da reflexões sobre as peculiaridades do atendimento de médicos brasileiros e estrangeiros (SANTOS *et al.*, 2016); da análise da experiências destes profissionais numa perspectiva centrada em atores, orientados pelo método Paideia (TERRA *et al.*, 2016).

Outras publicações relacionaram o PMM à AB buscando: analisar a produção de consultas e encaminhamentos médicos e das equipes da estratégia saúde da família realizados na atenção básica no Brasil (LIMA *et al.*, 2016); verificar a integralidade nas práticas a partir da incorporação do médico ao programa (COMES *et al.*, 2016a); a caracterização e investigação das práticas e modos de trabalho, bem como as possíveis mudanças no processo de cuidado (GIRARDI *et al.*, 2016); (SCHWEICKARD *et al.*, 2016); (LIZ e LIMA, 2017); analisar as relações que emergem da atuação dos profissionais na saúde indígena (MARQUEZAN e GIRALDI, 2017); avaliar a efetividade da assistência oferecida na atenção primária, segundo a ótica dos profissionais de saúde, comparando-se unidades com e sem médicos do PMM (CARRER *et al.*, 2016).

Houve também três relatos de experiência sobre o programa: apresentando a vivência de um acadêmico sobre o programa (ALENCAR, GUIMARÃES e MUCARI, 2017); comparando atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, (FREIRE FILHO *et al.*, 2018); expondo uma intervenção em uma ESF com objetivo de melhorar a atenção ao pré-natal e puerpério (VALDES, SANTOS e PRADO, 2017). As demais publicações tiveram objetivos diferentes na perspectiva de: analisar a satisfação dos usuários com os médicos do Programa (COMES *et al.*, 2016b); versar sobre a legalidade das atividades laborais exercidas pelos médicos participantes do Programa Mais Médicos (OLIVEIRA e GONÇALVES, 2017); avaliar e comparar os parâmetros de atendimento prestados pelos médicos PMM em relação ao PROVAB, comparando o atendimento prestado durante nove meses consecutivos e ininterruptos (BOLSON, FRONZA e SAKURADA, 2017).

2.1.4 Mídia e comunicação:

As publicações concentraram-se entre os anos de 2013 e 2018, e buscaram compreender o PMM e a sua interlocução com a mídia a partir de diversos objetivos de estudo: manifestações dos candidatos a cargos eletivos de âmbito federal e estadual, durante o processo eleitoral do ano de 2014, presentes na mídia comercial impressa e on-line, (FERLA *et al.*, 2017); de acordo com as manchetes do jornal Folha de São Paulo sobre o PMM, a partir do referencial teórico das indústrias culturais e midiáticas a fim de discutir os interesses que permeiam a lógica das notícias (EMERICH *et al.*, 2018); dos discurso do Conselho Federal de Medicina por meio do Jornal Medicina durante os primeiros 24 meses da implantação do PMM (ACIOLE, 2017); produtividade discursiva midiática, no período de maio de 2013 a julho de 2014, sobre o PMM (FARIA *et al.*, 2018); partindo da difusão de ódio e aversão ao programa pelos canais de comunicação brasileiro, revistas e jornais (RAMOS, 2017); notícias disseminadas nos sites buscados pelo Google sobre o PMM enquanto política social (CAETANO, VARGAS e MOURA, 2017); processos discursivos ligados à produção e à leitura de textos multimodais (RIBEIRO, 2017); fornecendo quadro conceitual para a análise de enunciados da mídia brasileira por ocasião da chegada dos médicos cubanos no Brasil (OLIVEIRA e ALMEIDA, 2018); participação política de usuários na página oficial no Facebook do MS sobre o programa (LANDIM, 2013); estrutura das argumentações e sua adequação às regras de uma discussão crítica utilizados durante as discussões públicas sobre o programa (LIMA, 2017); a

partir da celeuma que a implementação da política pública PMM e a repercussão na mídia e sociedade, bem como entrevistas de representantes da classe médica, governamentais e da própria população (RODRIGUES, 2015).

2.1.5 Eixo formação médica:

Os artigos foram produzidos entre os anos de 2016 e 2019, perpassando pelas mudanças na residência Medicina de Família e Comunidade impostas pelo PMM (FERREIRA *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019a; ALESIO e SOUZA, 2016; STORTI, OLIVEIRA, e XAVIER, 2017); análises da implantação de cursos de medicina (PEDROSA, 2019; MELLO *et al.*, 2017); mudanças nas DCN para o curso de medicina (VARGAS *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019b; OLIVEIRA, SANTOS e SHIMIZU, 2019), SILVA e PARAÍSO, 2019).

Um dos artigos buscou analisar a concentração de especialistas médicos na região sudeste e o impacto disso na formação do egresso que se preparava para entrar no mercado de trabalho (LOPES, 2018).

2.1.6 Revisão de literatura

Os artigos foram publicados entre os anos de 2016 e 2019 e possuíam objetivos de investigação bem diversificados, voltados a: identificar as produções voltadas eixo provimento emergencial para a alocação de profissionais (SILVA e CECÍLIO, 2019), verificar implantação do PMM na AB (LIMA *et al.*, 2017); analisar as contribuições do PMM para a saúde no Brasil (MOURÃO NETTO *et al.*, 2018); mapear as condições da criação do PMM (MACIEL-LIMA, HOFFMANN-HOROCHOVSKI, e RASIA, 2017); identificar a relevância dos estudos e seus efeitos para a política (MEDINA *et al.*, 2018); descrever o conhecimento produzido na literatura acerca da criação do PMM e sua repercussão no Brasil (MARTINS *et al.*, 2017)

Três trabalhos apresentaram objetos semelhantes no que tange a identificação dos principais temas de investigação e pesquisas realizadas sobre o PMM no Brasil (KEMPER, MENDONÇA e SOUSA, 2016; COSTA *et al.*, 2017; RIOS e TEIXEIRA, 2018).

2.1.7 Eixo infraestrutura

Os trabalhos desta temática foram publicados entre os anos de 2015 e 2016. As análises voltaram-se para a inserção dos médicos do PMM de acordo com a qualificação das UBS, mas seguindo desenhos de investigação diferentes, conforme apresentação a seguir: articulando três programas: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), PMM e Requalificação das UBS (Requalifica UBS) (GIOVANELLA *et al.*, 2016); correlacionando a infraestrutura das UBS e o Índice de Desenvolvimento Municipal (IDHM) dos municípios que receberam médicos do PMM (SOARES NETO, MACHADO, e ALVES, 2016); a partir contextos institucionais e políticos desde a Declaração de Alma-Ata e a Legislação do SUS até a implementação do Programa, comparando duas experiências internacionais de política de distribuição de médicos (COLLAR, NETO e FERLA, 2015).

2.1.8 Eixo provimento emergencial

Levando-se em consideração o interesse desta pesquisa este eixo foi subcategorizado em função do próprio desenvolvimento do programa: provisão de médicos e EPS. Sendo esta última foi ainda subdividida em curso de especialização, supervisão acadêmica e módulo de acolhimento.

Os artigos foram publicados entre os anos de 2014 e 2019. Na subcategoria provisão de médicos foram encontrados 11 artigos que buscaram: analisar a evolução das eSF, com base em dados secundários do MS sobre as eSF implantadas em dezembro de 2012 e 2015 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), segundo macrorregiões e portes populacionais dos municípios; (MIRANDA *et al.*, 2017); analisar se o PMM contemplou as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionadas ao aprimoramento da atração, do recrutamento e da retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais (CARVALHO, MARQUES e SILVA, 2016); discutir a sustentabilidade da expansão da cobertura de Atenção Básica e o provimento de médicos para esses serviços (HERVAL e RODRIGUES, 2017); analisar a distribuição geográfica dos profissionais do PMM alocados na Região Nordeste (NOGUEIRA *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2016); analisar o impacto do PMM na redução da escassez de médicos nos municípios brasileiros (GIRARDI *et al.*, 2016); no relatar a implantação dos programas de provimento médico no Ceará a partir de 2012.

(RIBEIRO *et al.*, 2018); examinar as políticas de provimento de profissionais de saúde na Austrália, nos Estados Unidos da América e no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2015); apresentar a alocação de médicos entre 2013 e 2014, empregando o banco de dados do MS (OLIVEIRA, SANCHEZ e SANTOS, 2016); analisar o provimento de médicos do Programa Mais Médicos, segundo as percepções de gestores municipais de Saúde (ARRUDA *et al.*, 2017); analisar o conjunto de diretrizes que pode se configurar como um modelo aplicável para abordar desafios associados à escassez de profissionais em países de médio e baixo desenvolvimento econômico (BARBOSA *et al.*, 2018).

Na subcategoria EPS foram encontrados 13 artigos com produções voltadas: supervisão acadêmica (8 artigos), o curso de especialização em atenção básica (4 artigos) e ao módulo de acolhimento e avaliação dos intercambistas (1 artigo).

O objetivo principal dos artigos categorizados como supervisão acadêmica foi relatar a experiência sobre a supervisão tanto do ponto de vista dos supervisionados quanto dos supervisores em diferentes regiões do Brasil (AGUIAR E MACÊDO, 2019; LUNA *et al.*, 2019; PENHA *et al.*; 2019; GUSSO, 2017; ENGSTROM, 2016; BERTÃO, 2015). Outros dois artigos buscaram identificar os fundamentos que conduziram a tutoria acadêmica (ALMEIDA *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2016).

As produções voltadas para o curso de especialização tiveram objetivos diversos: conhecer a percepção sobre a EAD e as contribuições no cotidiano das práticas de saúde (CEZAR *et al.*, 2019); analisar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização em Saúde da Família como possibilidade para adoção dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP) (FREIRE FILHO *et al.*, 2018b); apresentar as reflexões dos profissionais do PMM sobre o significado do curso de especialização em Saúde da Família, para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes (THUMÉ *et al.*, 2016). Apenas um dos artigos teve por alvo de investigação o PI objetivando a sistematização da sua vivência como ferramenta educativa (MOURÃO NETTO *et al.*, 2016). Já o artigo sobre o módulo de acolhimento buscou apresentar e discutir aspectos relativos aos conteúdos e práticas pedagógicas utilizadas em sala de aula (FARIA, PAULA e ROCHA, 2016).

Como podemos observar apesar do eixo provimento emergencial ser a categoria que mais apresentou produções científicas nesta revisão da literatura, elas pouco se voltaram para a EPS principalmente no que tange o curso de especialização e ao PI. Estes achados confirmam o que já foi evidenciado em outros trabalhos sobre a escassez de publicações científicas no que tange a EAD especialmente quando refere-se a EPS (RANGEL-S, RAMOS E QUEIROZ, 2017).

Diante da relevância da EPS para reorganização do modelo de atenção à saúde e mudanças nas práticas profissionais, bem como, o seu ponto de interseção com o PMM faz-se necessário que outras investigações se debrucem sobre este tema.

Conforme apontado pela literatura o PMM tem contribuindo para o maior acesso da população aos serviços de saúde na AB, com destaque para melhorias de alguns indicadores de saúde, especialmente nas áreas rurais e indígenas. Podemos sinalizar também como contribuição do programa a oferta de melhores condições de trabalho aos médicos e consequente diminuição da rotatividade deste profissional nos serviços da AB, além da imersão e preparação dos estudantes de medicina para o trabalho no SUS com a necessária adequação às necessidades de saúde da população.

2.2 O PMM E OS SEUS EIXOS DE ATUAÇÃO

Diversas tensões e manifestações populares ocorrida em 2013, conhecidas como “jornadas de junho”, deram origem ao PMM que, dentre outras pautas, reivindicavam melhorias no SUS (BRASIL, 2017; MAGNO e PAIM, 2015).

Neste contexto o Governo Federal cria o “Pacto pela saúde” elencando dentre outros elementos, a resolução do problema de distribuição desigual de médicos no país, tido como prioritário, sendo materializado na escassez e dificuldade de fixação destes profissionais em regiões mais remotas e vulneráveis do Brasil. Este fator afetava e afeta diretamente o acesso da população aos serviços e a assistência à saúde ofertadas nestas localidades (BRASIL, 2017a).

Ao longo da história sanitária do país, outros programas já haviam sido empreendidos com o objetivo reorganizar a distribuição de médicos em regiões vulneráveis, a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) em 2001, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), em 2011 (AGUIAR e MACEDO, 2018).

A diferença do PMM comparado a estes outros Programas foi a sua articulação simultânea a diversas estratégias voltadas para o fortalecimento da AB. A AB pode ser definida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Seu desenvolvimento se dá por meio de práticas de cuidado

integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A atuação da AB deve ser resolutiva para os problemas de saúde apresentados pela população, mantendo-se um fluxo constante de interação entre o sistema de referência e contrarreferência nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2017b).

Ancorado nos pressupostos supracitados e voltado para o desenvolvimento efetivo da AB, o PMM possui os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a PNEPS com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL 2017b, SILVA e CECÍLIO, 2019).

A fim de atingir estes objetivos o PMM foi operacionalizado a partir da articulação de três eixos: infraestrutura na rede de serviços básicos, formação médica e provimento emergencial que são descritos a seguir (BRASIL, 2015).

2.2.1 Eixo formação médica

Este eixo determinou as mudanças nas DCN para o curso de medicina e a reestruturação das residências médicas no país com o objetivo de adequar a formação dos médicos as necessidades de saúde da população e com o ensino direcionado ao SUS (BRASIL, 2017b).

Para assegurar as mudanças nas DNC foi determinado que no mínimo 30% do internato aconteça na AB e em serviços de urgência do SUS, bem como uma maior articulação entre ensino-pesquisa-extensão numa perspectiva crítica de aprendizado (BRASIL, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Para além das mudanças previstas na DNC foi autorizada a ampliação dos cursos de medicina em instituições públicas e privadas, subordinada as necessidades sociais de interiorização dos cursos e para uma distribuição equitativa de vagas entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2017b). Alguns problemas apontados por Campos e Pereira Júnior (2016) referem-se a uma expansão dos cursos de medicina a partir de escolas de medicina privada, o que poderia indicar objetivos não explícitos de realizar controle do mercado de trabalho médico por meio do aumento da oferta de profissionais.

Uma outra proposta pensada neste eixo diz respeito as especialidades, cuja disponibilidade no número de vagas à residência médica equivaleria ao número de egressos do curso de medicina, e como o pré-requisito para ingressar em outros programas de residência médica seria a obrigatoriedade de realização da residência em Medicina de Família e Comunidade. O acesso direto foi estabelecido apenas para dez (10) especialidades sendo elas: genética médica, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina geral de família e comunidade, medicina legal, medicina nuclear, medicina do trabalho, medicina do tráfego, patologia e radioterapia (BRASIL, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019a).

Foi criado também o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE), sendo utilizado por instituições públicas ou privadas, com o objetivo de identificar a necessidade de especialistas para cada região de saúde, adequando assim número de vagas a necessidade de saúde da população (BRASIL, 2015).

Um estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2019) entre os anos de 2013 e 2015 apontou algumas mudanças positivas com a implantação das propostas no eixo formação, a exemplo: da expansão e interiorização dos cursos de medicina com aumento do número de vagas (públicas e privadas), expansão da residência médica sobretudo na especialidade de medicina de família e comunidade, qualificação na formação dos alunos a partir do fortalecimento da avaliação de aspectos cognitivos, atitudinais e psicomotores propostos pela DNC além do investimento também na qualificação dos professores e preceptores com a criação do mestrado profissional, o ProfSaúde.

2.2.2 Eixo infraestrutura

Por considerar que um dos motivos que dificultava a fixação de profissionais médicos em regiões mais vulneráveis era a ausência de infraestrutura adequada para o desenvolvimento das

práticas profissionais, este eixo destinou-se a qualificação, construção e ampliação das UBS. O objetivo foi a ampliação de oferta de serviços, garantindo melhor ambiência, qualidade nas condições de trabalho aos profissionais, bem como, facilitar o processo de formação com adequação de espaço apropriado, seja no âmbito da preceptoria de estudantes e residentes, ou na qualificação profissional na esfera da EPS (GIOVANELLA *et al.*, 2016; SOARES, MACHADO e ALVES, 2016; BRASIL, 2017b).

Outro investimento realizado foi destinado a aquisição de equipamentos de informática e implantação do TELESSAÚDE, para além dos recursos destinados à implantação e custeio de conectividade, desenvolvimento e disponibilização de um novo sistema de informação, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e a estratégia E-SUS Atenção Básica. Estas ações objetivavam garantir a integração do conjunto dos sistemas de informação e um prontuário eletrônico; assegurar o acesso e uso do TELESSAÚDE, a consulta a periódicos científicos para os profissionais, ampliando a resolubilidade e qualificando os atendimentos nas unidades (BRASIL, 2017b).

Uma pesquisa envolvendo o PMM, Requalifica UBS e o PMAQ-AB, apontaram que a sinergia entre os três programas poderia efetivamente potencializar o enfrentamento dos fatores que dificultam a formação, provimento e fixação de médicos nas áreas mais remotas e vulneráveis do país, além da qualificação da AB (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

2.2.3 Eixo provimento emergencial

Este eixo contempla tanto a convocação de médicos para as áreas prioritárias quanto à qualificação dos profissionais por meio da EPS. O objetivo é prover médicos nos locais com maior vulnerabilidade assegurando assistência de qualidade de acordo com os princípios da AB. Podiam participar do programa médicos brasileiros formados no país ou exterior, ou médicos estrangeiros. Ressalta-se que participação em atividades de integração ensino-serviço era uma condição para a permanência dos médicos ao programa, cuja remuneração se fazia mediante um contrato de bolsista, tendo a vigência de trabalho assegurada por três anos, sendo prorrogável por mais três (BRASIL, 2015; CAMPOS e PEREIRA JÚNIOR, 2016).

As regiões prioritárias para alocação dos médicos foram definidas pelo MS partir de critérios como: percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com

população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais; entre outros. Estes critérios foram combinados a outras regras que definiam a necessidade da população, cobertura e ofertas de serviços na AB no município; composição de equipes e infraestrutura adequadas das UBS para receber os profissionais. Os municípios que atendessem estas regras poderiam aderir ao programa, assinando o termo de compromisso conforme consideração a seguir:

Este termo vai garantir algumas obrigações tais como a garantia de condições específicas e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); garantia, em casos previstos, de benefícios aos médicos como moradia, alimentação e deslocamento; comprometimento de inserção do médico para atuação em uma equipe de Atenção Básica dentre as modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no Programa, alimentar os sistemas de informação previstos; responsabilidade em garantir ao médico tempo para se dedicar às atividades de educação; compromisso com a implantação ou apoio à implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; entre outros (BRASIL, 2015, p.43).

Após estes tramites, era lançado o edital para a convocação dos médicos. O preenchimento de vagas obedecia aos seguintes critérios: médicos com registro no Brasil; médicos brasileiros formados no exterior sem diploma revalidado no Brasil e sem registro no CRM; médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior, mas sem diploma revalidado e sem registro no CRM. Porém como as vagas disponibilizadas não foram preenchidas, o Brasil firmou cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabelecendo parceria com o governo cubano, que disponibilizou médicos com carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba (BRASIL, 2015).

Diferente da maioria dos médicos brasileiros que atuavam na AP, os médicos cubanos possuíam experiência para atuação na AB e formação na área de medicina de família e comunidade. Porém a contratação de médicos estrangeiros sem a validação de diploma gerou diversas tensões e conflitos entre o Governo Federal (representado na época pela presidente Dilma Rousseff) e as entidades médicas que se opuseram radicalmente ao governo e ao PMM CAMPOS e PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Evidenciando resultados positivos, ainda que preliminares, PINTO e outros (2017), apontaram que ao final de 2015 em todos os estados e DF havia participação no PMM de 73% dos municípios brasileiros. E que em todos os DSEI havia médicos, além do aumento de cobertura da AB e do acesso da população ao serviço em todo país.

Apesar destas evidências, em novembro de 2018 com a mudança na presidência e nas diretrizes políticas no MS, houve quebra do contrato realizado entre Brasil e Cuba, culminando

na saída de 2/3 dos médicos de cubanos do PMM (BENEVIDES *et al.*, 2020). Ainda segundo estes autores em 2019 as vagas desocupadas pelos cubanos não haviam sido preenchidas em sua totalidade por médicos brasileiros acarretando retrocessos nos avanços supracitados.

2.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PMM

Para assegurar a qualificação das práticas profissionais, a formação complementar do PMM era realizada meio da EPS objetivando fornecer conhecimentos essenciais para atuação dos médicos centrados na situação de saúde da população.

De forma geral a EPS tem por objetivo a mudança das práticas profissionais e da própria organização do trabalho para que estejam ancorados nos princípios do SUS. O conceito de EPS está alicerçado a ideia da OPAS de uma aprendizagem no trabalho, onde ensinar e aprender se incorporam as práticas cotidianas dos serviços e organizações. Para tal, faz-se necessária a articulação entre ensino e serviço, superação de práticas pedagógicas fragmentadas e descontextualizadas da realidade, tendo por objetivo a transformação do SUS (BRASIL, 2009; LEMOS, 2010).

Desta forma a EPS tem como pressuposto a aprendizagem significativa, compreendida como um modelo educacional que provoca sentido, significação para o aprendiz a partir da interação entre os conhecimentos novos e antigos no qual ambos adquirem novos contornos produzindo assim uma nova compreensão sobre a realidade. Esta aprendizagem pode ser obtida numa perspectiva problematizadora, na qual as situações cotidianas do próprio processo de trabalho são analisadas criticamente na busca por soluções, que podem demandar novos conhecimentos, atitudes e habilidades ou até mesmo uma reorganização na lógica do serviço (BRASIL, 2004; DAVINI, 2009; LEMOS 2010).

Isto pressupõe promover autonomia e responsabilização coletiva de equipes de trabalho, tendo por ponto de partida o diagnóstico da situação e na posterior busca de soluções compartilhadas para a resolução do problema identificado. Apenas desta maneira e com o envolvimento de diversos atores torna-se factível a mudança nos processos de trabalho e nos modelos de atenção (BRASIL, 2004; DAVINI, 2009).

Assim, a proposta da EPS é um fomento à produção de mudanças e desenvolvimento dos profissionais de saúde pautado na articulação entre instituições acadêmicas, profissionais, gestores e usuários (BRASIL, 2004).

Lemos (2010) sinaliza que diante das condições precárias de trabalho, pelo sucateamento e falta de financiamento para as ações do SUS, o compromisso ético do trabalhador com a resolutividade dos problemas de saúde da população na dimensão do cuidado torna-se fundamental, e desta forma a EPS acaba assumindo papel de centralidade para o fortalecimento no modelo integral de atenção à saúde. Corroborado com esta ideia, Rangel-S, Ramos e Queiroz (2017) afirmam que a EPS pode contribuir para a implantação de um modelo contra-hegemônico ao modelo biomédico, mediante o fortalecimento da AB.

No PMM a EPS se organizou a partir do módulo de acolhimento e avaliação, da supervisão acadêmica e do curso de especialização em AB, todos ofertados por IFES e desenvolvidos em parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação. O programa preconizava que 08 horas da carga horária semanal das atividades profissionais fossem destinadas a estudos teóricos, assegurando assim horário protegido para EPS e para a integração entre ensino e serviço (BRASIL, 2015; THUMÉ *et al.*, 2016; AGUIAR e MACEDO, 2019).

O módulo de acolhimento e avaliação foi destinado aos médicos formados no exterior, brasileiros ou estrangeiros. Desenvolvido em formato presencial, com carga horária de 120 horas, distribuídas em três semanas. Neste módulo os médicos intercambistas estudavam sete eixos voltados para princípios e atuação no SUS, língua portuguesa, além de realizarem visitas técnicas as UBS. Por ser de caráter seletivo, ao final do módulo os médicos poderiam ou não ser aprovados para ingresso ao PMM (FARIA *et al.*, 2016; AGUIAR e MACEDO, 2019).

A supervisão acadêmica configurou-se como uma ferramenta de suporte aos profissionais do PMM, sendo realizada por médicos que acompanhavam pedagogicamente as atividades. No decorrer do processo foi criada a tutoria acadêmica que tinha por objetivo acompanhar, viabilizar e avaliar o processo acadêmico/pedagógico da equipe de supervisão. Todo esforço da equipe centrava-se no uso de recursos didático-pedagógicos para a sensibilização do médico no fortalecimento da AB e para a importância do seu processo de trabalho no alcance desta meta. A supervisão foi desenhada para que ocorresse de forma presencial e mensal, com grupos definidos a partir de localidades (BRASIL, 2015; AGUIAR e MACEDO, 2018; PENHA *et al.*, 2019).

O curso de especialização na AB, foco de estudo desta pesquisa, foi desenvolvido com carga de 374 horas, em uma parceria entre UNA-SUS e Instituições de Ensino Superior (IES). As ações delineadas conjuntamente visavam o desenvolvimento de ações integradas entre ensino e serviço com atividades práticas centradas nas unidades de saúde, no território, na

análise de situação de saúde e nos PI. A aprendizagem colaborativa foi estimulada também a partir de um WEB portfólio que reunia todas as atividades desenvolvidas pelos médicos durante a sua permanência no programa (OLIVEIRA *et al.*, 2014; UNA-SUS, 2020).

A literatura científica aponta algumas potencialidades dos cursos de especialização na AB para o PMM, tais como: flexibilização de horários para cumprimento da carga horária com as atividades assíncronas, superação dos limites geográficos, disponibilidade de ferramentas para melhor atuação no território; diferentes metodologias de aprendizagem e uso do planejamento estratégico para melhor organização do trabalho. Também apresentam pontos de fragilidades, a exemplo de: dificuldades na conexão com a internet em algumas regiões e do deslocamento para encontros presenciais nas IES devido à dificuldade do acesso geográfico das áreas de atuação (THUMÉ *et al.*, 2016; MEDEIROS, 2018; CEZAR *et al.*, 2019; LEMOS *et al.*, 2019).

Como TCC os médicos deveriam desenvolver um PI com objetivo de atuar em algum problema ou necessidade de saúde identificado no seu território. A intervenção com base na análise da situação de saúde visava a elaboração de propostas para o enfrentamento da situação, bem como a elaboração de indicadores de avaliação e acompanhamento. Além de propiciar aos cursistas o exercício de empregar de forma prática as ferramentas aprendidas durante o percurso no curso (CUNHA *et al.*, 2017; COELHO *et al.*, 2019).

Desta forma o PI desenvolvido pelos médicos tinha seus pressupostos ancorados no Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES é uma metodologia de planejamento participativo que envolve quatro momentos distintos: 1) momento explicativo no qual ocorre a análise da situação a partir da identificação, descrição, análise dos problemas e a oportunidades sob a ótica de outros atores sociais; 2) momento normativo destinado a elaboração de propostas para o enfrentamento dos problemas selecionados; 3) momento estratégico que contempla formulam-se operações para os objetivos traçados, a partir da análise de viabilidade de cada uma das propostas; 4) o momento tático-operacional que diz respeito a execução das ações, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano (TEIXEIRA, 2010; CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010; XAVIER *et al.*, 2018).

Enquanto conceito, o PI configura-se como um instrumento prático, semelhante a pesquisa-ação, objetivando a transformação de uma dada situação considerando os Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Sua construção evidenciava um esforço de materialização do eixo ensino/serviço exigindo a atuação de diversos atores na sua implementação, monitoramento e superação da lógica de fragmentação profissional. Conforme nos explicita Mourão Netto e outros (2016, p. 78):

As vivências a partir da implementação dos PI têm permitido aos profissionais refletirem sobre os problemas da comunidade e, induzidos pelos orientadores e tutores, associar estas problemáticas aos determinantes sociais da saúde, implicando na construção de planos de intervenção de caráter complexo, intersetorial e interprofissional (...).estes aspectos contribuem para a formação de profissionais mais bem preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam diante da competição e da fragmentação .

A ideia de implantação do PI surge como estratégia de superação de diversos problemas apontados pela literatura na construção do TCC na modalidade EAD, a exemplo dos plágios, a falta de tempo relatada pelos médicos para a execução e conciliação das demandas do curso e outras atividades, ao grande número de revisões de literatura e aos textos redigidos sem rigor científico (MEDEIROS *et al.*, 2018; XAVIER *et al.*, 2018).

Em um estudo desenvolvido por Rangel-S e colaboradores (2016) foram também sinalizadas dificuldades na elaboração dos TCC, em cursos de especialização desenvolvidos na modalidade EAD, abordando a perspectiva dos alunos, orientadores e da coordenação de TCC. Foram apontadas semelhanças entre os discursos no que tange: o silêncio nas devolutivas tanto de orientadores quanto de orientandos; necessidade dos orientandos por orientações presenciais; dificuldade dos orientadores se adaptarem ao moodle; e desinteresse/desmotivação dos orientandos na conclusão das atividades o que acarretava na flexibilização dos prazos para entrega.

A implantação dos PI como TCC e o seu desenvolvimento paralelo com as demais disciplinas dos cursos de especialização, visam diminuir estas dificuldades, oportunizando também ao estudante uma aproximação prévia com o tema ser desenvolvido, além da sua contribuição com o serviço nas UBS (RANGEL-S *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2018, XAVIER *et al.*, 2018)

Algumas investigações científicas debruçaram-se sobre os PI, buscando compreender as temáticas e problemáticas abordadas a partir dos seguintes objetivos: verificar a análise interpretativa dos núcleos de sentido nos materiais, de acordo com os objetivos da intervenção e das áreas temáticas (LEMOS *et al.*, 2019); analisar os temas dos TCC aprovados entre os anos de 2013 e 2015 do PMM dos estados do Paraná e Santa Catarina (COELHO *et al.*, 2017); avaliar a qualificação do Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) do MS (CUNHA *et al.*, 2019); conhecer o perfil dos profissionais e das temáticas que regem os TCC referente aos anos de 2013 a 2017 da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ARAÚJO *et al.*, 2019); avaliar as estratégias para diminuir as dificuldades apresentadas pelos estudantes na

construção do TCC, bem como verificar as contribuições na melhoria dos serviços de saúde (MEDEIROS, 2018).

Os resultados apontaram que as principais temáticas identificadas nas publicações estiveram centradas nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), seguida pelo tema da saúde da mulher (COELHO *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2019; LEMOS *et al.*, 2019). A temática da saúde mental, segundo Araújo e colaboradores (2019), foi crescendo a partir do ano de 2016, o que poderia evidenciar uma maior articulação entre a AB e a rede de assistência à saúde mental.

Alguns dos achados apresentados por Cunha e outros (2019) evidenciaram a descrição dos DSS, fomento ao controle social, ações da clínica ampliada, acionamento da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), atividades educativas e algumas articulações intersetoriais. Porém os autores relatam que as ações foram articuladas de forma embrionária, descontínuas e muitas vezes a informação apresentada não se tornou estratégia de intervenção, a exemplo dos DSS.

Outra análise desenvolvida por Rangel-S e colaboradores (2016) sobre a produção dos TCC de três cursos na modalidade EAD, identificou que 69% dos trabalhos corresponderam a PI, com abordagens temáticas variadas dentro das áreas da saúde coletiva, entretanto observou-se que havia poucos trabalhos abordando as questões da vigilância à saúde.

Diante do exposto podemos inferir que existe uma contribuição dos cursos de especialização na modalidade a distância, na direção modelos alternativos de atenção à saúde, porém prevalecendo ainda a abordagem do modelo hegemônico biomédico. Corroborando com esta ideia, Araújo e outros (2019) sinalizam que, apesar de uma ampliação sobre o escopo de atuação, os PI evidenciam que as práticas profissionais ainda se debruçam majoritariamente sobre problemas relacionados à doença e a atuação clínica.

Todavia mesmo com as fragilidades apontadas, os PI contribuíram para a reorganização do processo trabalho e mudanças nas práticas profissionais, no que se refere às intervenções pautadas na análise da situação de saúde da população, no território-problema e nos indicadores epidemiológicos (MATTOS, DAHMER e MAGALHÃES, 2015; COELHO *et al.*, 2017; CUNHA *et al.*, 2019). Isto evidencia a potencialidade dos cursos de especialização no fortalecimento da EPS. Ainda assim, na literatura investigada não foram identificadas análises voltadas para a contribuição dos PI com foco nas mudanças do modelo de atenção. Para Mourão Netto e colaboradores (2016) mesmo com o crescente uso do PI na área da saúde ainda há baixa

produção na literatura científica que descreva e discuta as bases epistemológicas e metodológicas, bem como o alcance das intervenções.

3 MÉTODOS

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta pesquisa foi utilizado o referencial teórico de modelos de atenção à saúde, abrangendo os modelos hegemônicos e os modelos alternativos de vigilância à saúde (PAIM, 2012) e clínica ampliada (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

3.1.1 Modelos de atenção à saúde

Existem diferentes concepções para os modelos de atenção à saúde. Uma das definições adotadas neste trabalho compreende os modelos como combinações tecnológicas que orientam as práticas de saúde, indicando modos de organizar uma ação que visa resolver os problemas e necessidades de saúde de indivíduos e da coletividade. Constituindo-se assim como uma forma de organização entre os sujeitos, a partir dos meios de trabalho em que se articulam saberes, técnicas e instrumentos para produzir uma intervenção em saúde. Esta definição se ancora sobre as práticas de saúde, no que tange a identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho (TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2009; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

A compreensão sobre a teoria do processo de trabalho possibilita uma reflexão crítica dos modelos de atenção à saúde. Esta teoria compreende as práticas de saúde como sendo um processo no qual há uma transformação de um determinado objeto em um produto, de acordo com uma finalidade determinada e a partir do uso de meios de trabalho na atividade desenvolvida. Assim sendo, os elementos constituintes do processo de trabalho são o objeto, os meios de trabalho, o trabalho em si, bem como, os agentes-sujeitos que desenvolvem relações técnicas e sociais nas atividades em saúde (PAIM, 2012).

Outro conceito sobre os modelos de atenção à saúde abarca uma explicação com uma perspectiva sistêmica a partir de três dimensões: 1) gerencial: relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização dos serviços; 2) organizativa: que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços; 3) técnico-assistencial ou operativa: que refere-se as relações estabelecidas entre os sujeito das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e tecnologia operando no processo de trabalho, em diversas

práticas em saúde. Estas práticas englobam as ações promocionais, preventivas, assistenciais e/ou reabilitadoras. Nesta abordagem conceitual as mudanças podem ocorrer numa atuação sincronizada entre as três dimensões, ou em mudanças parciais em um dos elementos que influenciam transformações mais amplas nos outros (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

A autora TEIXEIRA (2006) ressalta que a transformação dos modelos de atenção à saúde é algo complexo e para que efetivamente ocorra, faz-se necessário o envolvimento em diversos âmbitos:

A implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e os usuários dos serviços. (TEIXEIRA, 2006, p. 27).

Ainda de acordo com a autora supracitada, as mudanças nas finalidades, no objeto e no sujeito do processo de trabalho em saúde implicam na configuração de novas relações estabelecidas entre os sujeitos e os saberes e tecnologias que são utilizados para a compreensão do objeto, entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço.

No Brasil coexistem modelos de atenção à saúde que são hegemônicos (modelo médico-assistencial e sanitarista) e que não estão alinhados com o princípio da integralidade das ações em saúde ou com as propostas alternativas (vigilância à saúde e clínica ampliada consideradas neste trabalho) muitas vezes se configurando como barreiras a estas propostas (PAIM, 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Vale ressaltar que a integralidade à saúde é um dos princípios do SUS concebido no projeto de reforma sanitária brasileira que busca, dentre outros aspectos, a superação dos modelos hegemônicos. Trata-se de um conceito polissêmico que compreende tanto os aspectos das práticas em saúde (a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e recuperação da saúde), quanto à abordagem ao indivíduo no tange os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, contexto familiar e social. Está ligado também a coordenação de cuidado do usuário a outros serviços de saúde em distintos pontos de atenção da rede, além da articulação da saúde com outros setores da sociedade. (BRASIL, 2011; PAIM, 2012).

A seguir serão descritas as principais características e formas de organização dos modelos de atenção à saúde adotados nesta pesquisa.

3.1.2 Modelos hegemônicos

Os modelos hegemônicos se organizam para a demanda espontânea ou para as necessidades de saúde. Suas características gerais estão pautadas no individualismo, na saúde/doença enquanto mercadoria, na medicalização dos problemas da vida, na medicina curativista, no consumo de serviços médicos, concepção acrítica e ahistórica da medicina, além da participação passiva dos usuários (PAIM, 2012).

3.1.2.1 Modelo médico-assistencial:

A base deste modelo tem raízes na medicina liberal, orientado para aqueles que podiam pagar as consultas e eram atendidos em domicílio, na prática médica exercida nos hospitais das Santas Casas de Misericórdia, e na medicina previdenciária, quando o Estado passou a se responsabilizar pela saúde dos trabalhadores e seus dependentes, organizando as suas ações em serviços próprios. Para aqueles que não tinham trabalho formal e os pobres que não podiam pagar, o acesso aos serviços assistências de saúde eram mantido pelas secretárias Estaduais e/ou Municipais. Estes movimentos estabeleceram os dois sistemas de saúde no Brasil: o público e o privado. Vale destacar que a rede assistencial do sistema público era composta por serviços privados conveniados, o que o levou a alguns autores a chamar este modelo de atenção como privatista ou privatizante (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

A racionalidade deste modelo baseasse na demanda espontânea, sem compromisso com a saúde da população no que diz respeito à integralidade das ações (PAIM, 2003; 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014). As suas características principais estão descritas a seguir:

Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individualizada, ênfase nos procedimentos e serviços especializados, não contempla conjunto de problemas e saúde da população; o objeto é o doente ou a doença; médico e especialista, as tecnologias médicas como principais meios de trabalho; rede de serviços priorizando o hospital; sem prioridade para a promoção as saúde; organização da assistência privilegiando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; tendência a superprodução de serviços, ações e procedimentos (PAIM, 2012).

De acordo com estas características, este modelo reforça que as pessoas só procurem os serviços de saúde a partir do reconhecimento de que estão doentes, e ainda que tenha uma assistência de qualidade, este modelo mostra-se insuficiente na alteração dos níveis de saúde

ou necessidades prioritárias da população, além da impossibilidade de atender aos princípios da integralidade, efetividade e equidade (PAIM, 2003; 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

3.1.2.2 Modelo sanitaria

O modelo sanitaria tem origem nas campanhas sanitárias para o controle de epidemias que ameaçavam o desenvolvimento econômico do Brasil na época da República Velha. No geral suas ações estão concentradas no controle de riscos e agravos que uma determinada população possui, não levando em conta os DSS. No século XX, este modelo foi também incorporando os programas especiais de controle de doenças e outros agravos. A sua organização pauta-se nas necessidades coletivas de saúde da população (PAIM, 2003; 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS 2014).

O autor Paim (2012) descreve as características principais deste modelo como sendo “apoiado por diversas disciplinas, com foco nos modos de transmissão e em fatores de risco, identificação de tecnologias específicas para cada problema, traços autoritários, organização de caráter temporário e direção centralizada”.

Este modelo possui ações organizadas a partir de programas especiais ou campanhas. As campanhas sanitárias possuem caráter esporádico ou realização periódica de acordo com o perfil epidemiológico da doença que se pretende controlar ou erradicar, muitas vezes se assemelham a uma operação militar no que diz respeito as formas de intervenção. Já os programas especiais são o produto da institucionalização de algumas campanhas, possuindo objetivos e metas bem definidos, atividades e recursos, avaliação; decisões racionalizadas, além de possuírem caráter mais permanente nas instituições públicas de saúde, a exemplo dos programas de controle da hipertensão, tuberculose, HIV/AIDS, dentre outros. Estas formas de intervenção não atendem a totalidade e necessidades de saúde da população por se concentrarem apenas em determinados problemas e agravos (PAIM, 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Um dos principais limites apresentados por este modelo é a dificuldade em realizar ações que articulem a promoção da saúde e a proteção à população. (PAIM, 2012).

3.1.3 Modelos alternativos

Os modelos alternativos surgem no Brasil entre as décadas de 80 e 90, visando a superação dos limites dos modelos hegemônicos, tendo por base os pressupostos da saúde coletiva, do projeto de reforma sanitária brasileira e do princípio da integralidade do cuidado, efetividade, qualidade, humanização e satisfação dos usuários. São orientados pelas racionalidades que atendam tanto as demandas quanto as necessidades de saúde de indivíduos, grupos ou coletividades (PAIM, 2009; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

3.1.3.1 Modelo de vigilância à saúde

Enquanto proposta alternativa, a vigilância à saúde, representa um modo tecnológico de intervenção em saúde que toma por base para planejamento das ações o conhecimento epidemiológico de um dado território-processo, incorporando um conjunto de ações para o enfrentamento dos problemas prioritários (danos, riscos ou determinantes) ou necessidades de saúde. Desta forma, as ações se desenvolvem a partir do território-população sobre o qual o profissional e população organizada discutem e deliberaram sobre os problemas de saúde buscando intervenções que incidam sobre os modos de vida e trabalho, tendo por base os princípios propostos do PES (PAIM, 2009; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Corroborando com esta ideia, Teixeira e Oliveira (2014) nos diz que:

As intervenções para enfrentamento das ações prioritárias incluem desde as ações de controle de determinantes com esforços na articulação intersetorial entre as diversas esferas do governo, além de articular o enfoque populacional (promoção da saúde) com o enfoque de risco (prevenção de agravos) e o enfoque clínico (assistência). Constituindo-se como um referencial para a implantação e reorganização de um conjunto de práticas e políticas com configurações específicas de acordo com cada território (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 2012, p. 296).

A promoção da saúde parte de um conceito ampliado de saúde e pode ser definida como ações estratégicas que visam potencializar o protagonismo das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Assim suas intervenções estão em prol de ações sociais e políticas que assegurem a manutenção e preservação de condições saudáveis (CZERESNIA, 2009; TEIXEIRA e OLIVEIRA, 2014).

Já os DSS são compreendidos como as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e que são responsáveis por diferentes condições de saúde implicando diretamente na ocorrência de problemas e nos fatores de risco que uma determinada população possui em adoecer e/ou morrer. Isto reflete no reconhecimento de que as condições de vida influenciam a situação de saúde de grupos populacionais e não apenas as suas características biológicas e comportamentais, além da premissa de que os DSS podem e devem ser modificados pela ação humana já que são frutos da ação humana (BUSS e PELLEGRINI- FILHO, 2007). Assim é impossível dissociar as intervenções voltadas para a promoção da saúde e para os DSS da proposta intersetorial (BUSS e PELLEGRINI- FILHO, 2007 PAIM, 2012; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Com as práticas de saúde voltadas para o controle de risco, compreendidos neste modelo como a probabilidade de um grupo desenvolver doença ou apresentarem um agravo a saúde, a atuação da vigilância à saúde pressupõe a articulação entre as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, articulação também entre a assistência médica e outras políticas públicas, além da superação dos modelos hegemônicos ao articular no âmbito local a oferta organizada, as ações programáticas, a intervenção social organizada e as políticas intersetoriais (PAIM, 2009; 2012).

Por conseguinte, as intervenções incluem também o uso das tecnologias de comunicação para a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos em defesa da vida e da promoção da saúde. Assim a vigilância à saúde constituindo-se como um referencial para a implantação e reorganização de um conjunto de práticas e políticas com configurações específicas de acordo com cada território. De forma que o modelo de vigilância à saúde implica em arranjos tecnológicos que articulam tanto a dimensão gerencial quanto a dimensão técnica das práticas em saúde (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

De acordo com Paim (2012) podemos reunir o conjunto de características que compõem a vigilância da saúde, a saber:

Apoio da geografia, da epidemiologia crítica, do planejamento e das ciências sociais; toma como objeto danos, risco, necessidades e determinantes de saúde; tecnologia de comunicação, programação local e situacional e tecnologias médicos-sanitárias; agentes (equipe de saúde e cidadãos) respostas sociais; níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, riscos e danos); práticas sanitárias; ação intersetorial; reorganização das práticas em saúde no nível local (intervenção sobre problemas de saúde); ênfase em problemas que requer atenção e acompanhamento contínuo; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre as ações

promocionais, curativas e preventivas; ações sobre o território intervenção sob forma de operações (PAIM, 2012).

3.1.3.2. Clínica ampliada

Outro modelo alternativo de interesse deste estudo, o da clínica ampliada, configura-se como um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que possibilita uma atuação integrada entre distintas especialidades e profissões. É uma tentativa de reorganização da clínica AB com a proposta de trabalho conjunto entre equipes de referência e as equipes de apoio matricial (CUNHA e CAMPOS, 2010).

O apoio matricial oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Já as equipes de referência são as responsáveis pela coordenação e condução longitudinal do cuidado, seja ele destinado ao indivíduo, família ou comunidade. Tem por foco a intervenção na complexidade dos problemas de saúde, visando uma abordagem biopsicossocial que supera a lógica da fragmentação, estimulando nos profissionais a abordagem interdisciplinar e muitas vezes intersetorial, numa articulação conjunta com os usuários na construção do PTS (CUNHA e CAMPOS, 2011; TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2014).

Ainda, para Cunha e Campos (2011), o trabalho entre o apoio matricial e as equipes de referência apoia-se nos conceitos de campo e núcleo, de forma que o primeiro estaria ligado aos saberes e atribuições específicos de cada profissão, enquanto o segundo diz respeito aos conhecimentos e tarefas que podem ser compartilhados pelas categorias profissionais, assegurando resolutividade das ações e abordagem biopsicossocial do cuidado em saúde. Desta maneira, a clínica ampliada seria uma solução não apenas para a abordagem biomédica, mas também para trabalhar os limites de todas as disciplinas e saberes na área da saúde, buscando ações coletivas para a superação destes limites.

Na AB, o apoio matricial se operacionaliza a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são arranjos técnicos- assistências que têm por objetivo ampliar a capacidade de atuação das eSF, qualificando as suas ações no que tange a sua resolubilidade e abordagem integral do processo de saúde da população adscrita. São constituídos por equipes de diferentes profissionais e essa composição é definida pelos gestores municipais, em função dos critérios de prioridade que se organizam a partir do perfil epidemiológico do território, das necessidades de saúde da população, além das necessidades das equipes que serão apoiadas

(CAMPOS e DOMITTI 2007; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010; CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2008, 2014a).

Os trabalhos realizados entre a equipe NASF e a eSF se desenvolvem em interconsultas, discussão de temas, treinamento de habilidades estratégicas para atuação clínica, análise da situação de saúde, atividades em grupos, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), dentre outros. O PTS pode ser definido como um instrumento individualizado de organização do cuidado em saúde, construído em conjunto (usuário, equipe de saúde e família), considerando os diferentes envolvidos no processo saúde-doença-cuidado. A sua proposta abarca um conjunto de ações que se adequem as necessidades tanto objetivas, quanto subjetivas dos indivíduos (MIRANDA, COELHO e MORÉ, 2012).

A equipe do NASF pode até realizar atendimentos individuais, mas isto se configura em uma atuação reducionista, quando comparado à proposta da atuação matricial. O grande desafio do trabalho entre as duas equipes reside exatamente na compreensão deste amplo escopo de atuação, para que efetivamente haja contribuição nas mudanças de processo de trabalho e no modelo biomédico de atenção à saúde (CAMPOS e DOMITTI 2007; CUNHA e CAMPOS, 2011; CHIAVERINI, 2011).

Os referenciais teóricos dos modelos de atenção saúde relacionados nesse estudo associados aos elementos da teoria do processo de trabalho, permitiram ainda, a seleção de um conjunto de possíveis categorias analíticas e empíricas para compor uma proposta preliminar de investigação dos PI, apresentados no Quadro 1.

QUADRO 1- CATEGORIAS DE ANÁLISE PARA OS MODELOS DE ATENÇÃO

CATEGORIAS (Modelos de atenção à saúde)	SUBCATEGORIAS				CATEGORIAS EMPÍRICAS
	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização	
Médico-assistencial	Médico e os especialistas	Doença e o doente	Tecnologia médica individual	Encaminhamentos (ambulatório e hospitais)	Atuação do médico e especialistas; Abordagem biomédica; Intervenção centrada no doente ou na doença; Organização das ações via encaminhamento para rede de serviços especializada.
Sanitarista	Equipe de saúde e população organizada	Modos de transmissão e fatores de risco	Tecnologia sanitaria	Campanha sanitária e programas especiais	Sanitaristas como principais agentes; Abordagem biomédica Intervenção nos problemas e necessidades de saúde coletivos; Tecnologias sanitárias específicas para cada problema apresentado; Organização das ações centralizadas e verticalizadas;

Vigilância à saúde	Equipe de saúde e população organizada	Danos, risco, necessidade dos modos de vida e saúde da população; Território	Comunicação social; Educação em saúde; Planejamento e programação local; Tecnologia médico-sanitarista	Ações intersetoriais e interdisciplinares; Intervenções de promoção à saúde e prevenção de agravos; Atuação sobre problemas de grupos populacionais	Atuação da equipe de saúde e população organizada; Determinantes sociais em saúde; Abordagem biopsicossocial; Intervenção pautada na integralidade das ações; Tecnologias de educação em saúde, médico-sanitárias, Planejamento e programação local; Articulação intersetorial
Clínica Ampliada	Equipe de referência e equipe matricial	O usuário e sua singularidade	Educação em saúde, Apoio matricial; Projeto terapêutico singular Tecnologia médico-sanitarista	Ações intersetoriais e interdisciplinares; Intervenções de promoção à saúde e prevenção de agravos;	Atuação interdisciplinar; Articulação intersetorial; Abordagem biopsicossocial; Tecnologias leves; Coordenação de cuidado; Mudanças no processo de trabalho; Método Clínico Centrado na Pessoa.

Fonte: Paim (2003; 2009) adaptado.

3.2 DESENHO DE ESTUDO

Este estudo baseia-se na metodologia da pesquisa qualitativa de caráter exploratório, utilizando como estratégia o estudo de caso. A pesquisa qualitativa permite a análise de uma dada realidade, partindo da experiência e vivência dos atores envolvidos no ato social, se constituindo, desta forma, como a abordagem metodológica mais apropriada para aprofundar a compreensão de determinados grupos, cujo objetivo é interpretar a lógica interna e específica de atuação, sua visão dos problemas, que se expressam em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas (MINAYO e MINAYO-GÓMEZ, 2003). Já a estratégia de estudo de caso permite explorar as condições contextuais contemporâneas pertinentes ao fenômeno de estudo quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos (YIN, 2001).

3.3 SELEÇÃO DO CASO

O estudo foi realizado com a primeira turma curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase na Atenção Básica/Saúde da Família, realizado pela UNA-SUS/UFBA através da Net-escola do ISC/UFBA no período de abril de 2018 a abril de 2019.

Para esta turma de especialização foram ofertadas 1000 vagas e inicialmente 884 foram preenchidas. Porém apenas 710 médicos apresentaram documentação completa para a efetivação da matrícula, sendo este o número total de cursistas matriculados no curso (669 eram do PMM e 41 externos). Considerando a nacionalidade dos cursistas, havia o total de 297 cubanos, 405 brasileiros e 08 de outras nacionalidades (boliviano, guatemalteco, equatoriano, mexicano, colombiano, panamenho e português). Em função do rompimento do Acordo de Cooperação Técnica entre o MS e a OPAS, em novembro de 2018, houve a saída dos médicos intercambistas do país. Assim desistiram do curso 289 médicos cubanos permanecendo o número total 422 alunos matriculados na turma. Com estas saídas a coordenação do curso necessitou reorganizar as turmas. Ao final do curso foram aprovados 331 médicos (UFBA, 2019).

O curso, desenvolvido em 374 horas é uma parceria entre com a Faculdade de Medicina (FAMED) e o ISC, e possuía os seguintes objetivos:

Qualificar a prática médica na ESF; contribuir para o fortalecimento da Atenção em Saúde enquanto porta de entrada do sistema de saúde; fomentar a análise crítica da prática do profissional médico sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família; promover a consolidação de mudanças no processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, buscando qualificar a organização e o cuidado em saúde nos territórios de abrangência da SF; desenvolver a coordenação e gestão do cuidado dos usuários do sistema municipal de saúde; estimular o trabalho médico em rede, valorizando a interdisciplinaridade e o trabalho equipe, com vistas à integralidade do cuidado (UFBA, 2018a, p. 03).

Disponibilizado no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) moodle da UFBA, o curso dispunha de recursos audiovisuais e materiais estruturados de acordo com os seguintes componentes curriculares: introdução ao AVA; epidemiologia em saúde coletiva; política, planejamento e gestão I; vigilância e promoção da saúde III; saúde, doença e cuidado; módulo clínico VI. Para atender ao princípio da interdisciplinaridade, esses componentes foram trabalhados em cinco Unidades de Aprendizagem (UA): UA0) introdução ao AVA – ambientação no AVA do curso; UA1) saúde da criança e do adolescente; UA2) saúde da mulher; UA3) promoção da saúde do adulto e prevenção de doenças crônicas; UA4) atenção à saúde do idoso (UFBA, 2018a).

O conteúdo de cada UA foi organizado a partir de um caso complexo, elaborado de forma fictícia, tomando por base os elementos da prática cotidiana dos médicos na AB. Diversas estratégias pedagógicas foram utilizadas, visando a integralidade do cuidado na abordagem do caso e na construção da aprendizagem colaborativa. (RANGEL-S, *et al* 2019).

Dois componentes curriculares foram trabalhados paralelamente às demais UA: Tópicos Especiais de Saúde Coletiva (TESC) e a Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Os TESC foram componentes optativos oferecidos para que os alunos pudessem escolhê-los de acordo com as necessidades do seu contexto de trabalho, sendo que ao final do curso eles deveriam ter cumprido 85 horas deste componente curricular (UFBA, 2018b). Na tabela abaixo os TESC ofertados ao longo do curso.

TABELA 2 – TESC DISPONIBILIZADOS NO CURSO

1. Atenção à saúde da população negra
2. Violência Doméstica e possibilidades de intervenção
3. Doenças negligenciadas: Hanseníase e Tuberculose

4. Abordagem Familiar na Atenção Domiciliar
5. Uso nocivo de substâncias (Álcool)
6. Saúde da População Negra – ênfase no racismo institucional
7. Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias
8. Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica
9. Eventos Agudos em Saúde Mental
10. Dengue: Casos Clínicos para Atualização do Manejo
11. Atualização do Manejo Clínico da Influenza
12. Prevenção e Manejo de Pacientes Oncológicos na Atenção Primária a Saúde
13. Saúde do Trabalhador
14. Atenção às Pessoas com Doença Falciforme na Atenção Primária à Saúde
15. Promoção do aleitamento materno na Atenção Básica
16. Abordagem Familiar na Atenção Domiciliar,
17. Hemograma, Anemia e Linfadenopatia
18. Clínica da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde: Transtornos Mentais Comuns (TMC)
19. Esquistossomose: Manejo Clínico e Epidemiológico na Atenção Básica
20. Vacinação contra o HPV
21. Transtornos Mentais Graves e Persistentes – TMGPV
22. Atualização do Manejo Clínico da Pessoa com Chikungunya
23. Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
24. Introdução à Regulação no SUS
25. Regulação das Urgências
26. Morbimortalidade por causas externas da saúde do homem
27. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

28. Cuidadores e a Atenção Domiciliar
29. TELESSAÚDE

A metodologia do TCC foi desenvolvida em uma unidade especial trabalhada durante todo o curso. Possuía uma coordenação específica que tinha por objetivos principais selecionar os orientadores para as temáticas escolhidas pelos médicos e acompanhar pedagogicamente as ações de orientação. Para compor a equipe de orientadores foram priorizados os supervisores do PMM, os tutores EAD do curso e, posteriormente foram convidados outros profissionais. O orientador tinha por tarefa acompanhar a elaboração e o desenvolvimento do PI, avaliando o seu processo e o produto final (UFBA, 2018a).

O desenho pedagógico da orientação e elaboração do TCC foi desenvolvido seguindo 4 (quatro) etapas: Etapa 1- fase de planejamento, que envolveu a escolha do tema, a análise da viabilidade, revisão de literatura e a elaboração do projeto de intervenção; Etapa 2- fase da programação das ações, na qual os estudantes finalizavam o projeto de intervenção, definindo os indicadores e as possibilidades de monitoramento; Etapa 3- execução e monitoramento das ações com explicitação dos resultados; Etapa 4- escrita do TCC em formato de relato de experiência; nesta fase era possível realizar os ajustes finais da intervenção proposta, avaliando o seu alcance e as possibilidades de adequação (RANGEL-S *et al.*, 2019).

3.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da análise documental, utilizando como fontes de evidências: (a) TCC; (b) relação dos aprovados; (c) o relatório final do curso. A matriz de processamento de dados (ANEXO 1) foi utilizada como guia para a sistematização das informações a partir dos objetivos desta pesquisa, suas respectivas perguntas e as fontes de evidência.

Para análise dos PI foi utilizada a técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2001), entendida como um conjunto de técnicas de análise da comunicação que utiliza procedimentos sistematizados e objetivos, para o tratamento das informações contidas nas mensagens. Foram seguidas também as fases de análise propostas pelo autor: 1) pré-análise: leitura dos títulos dos PI e classificação temática; 2) codificação: definição das categorias

temática e indicadores previamente definidos no Quadro 1 tendo por base o referencial teórico dos modelos de atenção à saúde; 3) categorização: os PI selecionados na etapa 1 foram enumerados, lidos na íntegra e classificados de acordo com as categorias e indicadores da etapa 2; 4) inferência: apresentação da interpretação extraídas das informações presentes no PI acerca dos modelos de atenção à saúde.

Para a seleção dos TCC foram utilizados como critérios de inclusão os PI dos estudantes brasileiros que atuavam no PMM e que obtiveram aprovação no curso, sendo um total de 331 TCC. Após a caracterização dos temas e subtemas, foram selecionados para análise os TCC cujo subtema mais se repetiram entre os estudantes. Foram excluídos os TCC dos cursistas que não eram brasileiros, não atuavam diretamente no PMM e que não foram aprovados no curso. Após esta etapa foram analisados e lidos na íntegra 51 TCC.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa buscou assegurar os aspectos éticos contidos nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que discorrem sobre a pesquisa com seres humanos. Foi encaminhada ao colegiado do curso uma carta de solicitação de acesso aos dados e compromisso de confidencialidade acerca dos nomes dos cursistas e títulos do TCC (ANEXO 2).

Por se tratar de uma pesquisa de caráter documental com uso de fontes de dados secundários não foi necessária assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos cursistas.

Ao final do trabalho será encaminhado para as instituições envolvidas um relatório de pesquisa com as principais conclusões obtidas no desenvolvimento do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CATEGORIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS

Para a caracterização das temáticas foi realizada a leitura dos títulos dos 331 TCC aprovados. Os temas foram organizados em 11 categorias, em uma planilha no Excel, tomando por base algumas áreas estratégicas e programáticas já definidas pelo MS como escopo de atuação para a AB: saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, humanização do cuidado e acolhimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). As categorias: doenças infecciosas; doenças causadas por vetores; tabagismo, álcool e outras drogas foram criadas tomando por referência a categorização proposta por Coelho e colaboradores (2017).

A categoria denominada outros foi criada para abarcar temas que não foram possíveis de serem agrupados nas categorias previamente estipuladas, tanto no que tange a sua diversidade temática ou baixa frequência na sua repetição. A seguir a apresentação das categorias e a distribuição do quantitativo dos TCC.

TABELA 2 – TEMÁTICAS E QUANTITATIVOS DE PI

CATEGORIAS	QUANTITATIVO DE TCC
DCNT	112
Saúde da criança e do adolescente	51
Saúde da mulher	48
Saúde do idoso	40
Outros	22
Tabagismo, álcool e outras drogas	15
Saúde mental	14
Doenças infecciosas	13
Doenças causadas por vetores	07
Humanização do cuidado e acolhimento	06
Saúde do homem	04

Podemos identificar uma grande produção com a abordagem nas DCNT correspondendo a 34% das temáticas abordadas. Este dado corrobora com os achados de Coelho e outros (2017) e Araújo e colaboradores (2018) ao analisarem temáticas presentes em cursos de especialização em AB promovidos pela UNA-SUS. A segunda temática mais frequente foi a saúde da criança e do adolescente correspondendo a 14% das escolhas dos cursistas, seguidas pelos temas de saúde da mulher e saúde do idoso, com frequências 14% e 12% respectivamente. As demais temáticas obtiveram as seguintes frequências: outros 7%; tabagismo, álcool e outras drogas 5%; saúde mental e doenças infecciosas 4% respectivamente; doenças causadas por vetores e humanização do cuidado e acolhimento 2% cada uma, seguidas pela saúde do homem em 1% dos temas.

Ainda foi possível classificar um conjunto de subcategorias dentro das temáticas principais, apresentados na tabela a seguir.

TABELA 3 – SUBCATEGORIAS E QUANTITATIVO DOS PI

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	QUANTIDADE
DCNT	HAS	60
	DM	27
	HAS e DM	15
	AVC	2
	Obesidade	2
	Síndrome metabólica	2
	Doença osteomuscular	2
	Educação em saúde	2
	Educação permanente	1
	Terapia medicamentosa	1
Saúde da criança e do adolescente	Gravidez na adolescência	17
	Aleitamento materno	10
	Parasitose	7
	Sobrepeso e obesidade	5
	Saúde mental	3
	Alteração no desenvolvimento	2

	Violência	2
	Puericultura	2
	IVAS	1
	Qualidade de vida	1
	Sífilis congênita	1
Saúde da mulher	Gestação, parto e puerpério	23
	Câncer de colo/mama	9
	Planejamento familiar	6
	Violência	4
	Humanização do cuidado	2
	Infecção urinária	2
	Depressão	1
	Menopausa	1
Saúde do idoso	Promoção da saúde	8
	Humanização do cuidado	8
	Saúde mental	7
	Doença de Alzheimer e demências	3
	Envelhecimento Saudável	3
	Cuidado domiciliar	2
	Doenças osteoarticulares	2
	Prevenção de quedas	2
	Cuidado paliativo	1
	Idosos que moram só	1
	Síndrome metabólica	1
	Uso racional de medicamentos	1
	Adesão terapêutica	1
	Outros	Vacinação
Tratamento de úlcera		2
Saúde ocupacional		2
Promoção da saúde		2
Gestão do trabalho		2
PICS		1
Tratamento de H2O		1

	Sistema local de Saúde	1
	Dor crônica	1
	Urgências e emergências	1
	Anemia	1
	Assistência domiciliar	1
	Condições sensíveis a internação	1
	Educação permanente	1
	Triagem dermatológica	1
	Doença gástrica	1
Tabagismo, Álcool e outras drogas	Tratamento do tabagismo	12
	Uso abusivo de álcool	2
	Uso nocivo de substâncias	1
Saúde mental	Outros	6
	Psicotrópicos	6
	Psicofobia	1
	Transtorno de ansiedade	1
Doenças infecciosas	Hanseníase	5
	Tuberculose	2
	Diarreia aguda	2
Doenças causadas por vetores	Esquistossomose	7
	IST - Sífilis	5
	Leishmaniose, Chagas, Esquistossomose	1
Humanização do cuidado e acolhimento	Demanda espontânea	2
	Vínculo e acolhimento	2
	Sala de espera	1
	Contrarreferência	1
Saúde do homem	Câncer de próstata	2
	Prevenção de DCNT	1

Nesta subcategorização percebemos uma grande produção dos PI sobre a HAS (60 trabalhos) uma subcategoria das DCNT. De acordo com Coelho e outros (2017), a ênfase para a escolha dos PI sobre a HAS faz-se presente devido ao processo de morbimortalidade da população brasileira, em que essa patologia corresponde a 74% das causas de morte, além de

ser umas das causas sensíveis na AB, com potencial de reduzir internações hospitalares, e/ou sequelas, quando manejadas de forma resolutiva.

Corroborando com esta ideia, Araújo e colaboradores (2018) afirmam que as DCNT são as principais causas das buscas por atendimento nas UBS, sendo uma área estratégica de atuação, tanto com foco na promoção da saúde, quanto na prevenção de agravos e/ou na reabilitação. Os autores supracitados ponderam que, apesar dos dados epidemiológicos de morbimortalidade por HAS serem alarmantes, o grande quantitativo de escolhas nos temas dos TCC, ainda voltados para a doença, pode ser resquício do modelo educacional da graduação, cujo foco ainda se centra nas patologias.

Salientamos que, na categoria da saúde da criança e do adolescente, houve um número expressivo nas subcategorias de gravidez na adolescência e aleitamento materno, correspondendo ao total de 17 e 10 escolhas dos cursistas, respectivamente. Na categoria de saúde da mulher, a subcategoria de gestação, parto e puerpério foi encontrado um quantitativo de 23 trabalhos. Destacamos que, se estas subcategorias fossem somadas, teríamos 50 PI voltados para gestação, parto e puerpério, mas optamos por mantê-los separados, já que a gravidez na adolescência traz especificidades diferentes para o cuidado, por ser considerada uma gestação de alto risco, pela imaturidade fisiológica da adolescente, podendo ocasionar complicações maternas e neonatais, além da possível evasão escolar (CECAGNO *et al.*, 2020). Já os PI que abordavam aleitamento materno, apesar de fazer parte da díade mãe-bebê, tinham por foco de intervenção a manutenção da saúde da criança.

A baixa frequência na escolha do tema humanização do cuidado e acolhimento pode ser justificada mais pela sua pulverização nas demais subcategorias (saúde do idoso, saúde da mulher e saúde da criança e do adolescente), do que por evidenciar um problema resolvido nas unidades de lotação dos cursistas.

Os subtemas presentes na categoria da saúde do homem poderiam ter sido distribuídos nas DCNT, porém a sua manutenção é justificada pela sua presença nos títulos dos PI, o que pode evidenciar, mesmo que de forma incipiente, um olhar mais sensível para este público alvo, devido a articulação de campanhas de incentivo ao cuidado à saúde contida na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Destacamos que em outras publicações não houve evidência desta categoria.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Foram selecionados para análise, 60 TCC com o tema da HAS da subcategoria das DCNT. Após aplicação dos critérios de inclusão, obtivemos 51 PI que foram lidos na íntegra e analisados.

Dos 51 TCC selecionados, 13 trabalhos não apresentaram os dados da etapa 3 de elaboração do PI, referente à execução, ao monitoramento das ações e dos resultados, inviabilizando assim a sua análise. Um dos trabalhos não foi encontrado no AVA. Assim os dados apresentados nesta dissertação são referentes aos 37 TCC que apresentaram todas as quatro etapas da elaboração do PI, em acordo com o desenho pedagógico da coordenação de orientação. Todos os TCC foram analisados de acordo com os seus objetivos e intervenções realizadas, no que diz respeito ao objeto, meios de trabalho, formas de organização, profissionais envolvidos, além da escolha de abordagem em grupo, individual ou em uma estratégia combinada das duas modalidades.

Referente aos objetivos, 14 trabalhos visaram a adesão terapêutica; 06 tiveram por foco identificar e atuar nas dificuldades apresentadas pelos usuários referentes ao tratamento; 07 buscaram o controle dos níveis pressóricos; 05 atuaram para diminuir as complicações da HAS; 05 voltaram-se para a mudança de estilo de vida dos pacientes e 01 visou fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde e população.

Em 4 % (1) das intervenções a estratégia de abordagem foi realizada de forma individual, 41% (15) dos trabalhos utilizam a abordagem grupal e 55% (21) dos PI combinaram as duas abordagens realizando ações tanto individual quanto em grupo.

A intervenção realizada individualmente esteve pautada no controle da doença, utilizando como meios de trabalho as tecnologias biomédicas organizadas em forma de consultas ambulatoriais e visitas domiciliares, especialmente realizadas pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde (ACS). As orientações descritas possuíam caráter prescritivo, estavam voltadas para mudanças de estilo de vida e adesão medicamentosa. Ao final da intervenção não houve a continuidade das ações.

Dos PI que utilizaram a abordagem em grupo, 12 tiveram como objeto de intervenção a doença e o doente e 03 o sujeito e sua singularidade. Referente aos profissionais envolvidos 09 foram realizados pelas equipes de atenção básica, sendo que dois citam a participação da equipe de odontologia; 05 tiveram a participação das equipes de atenção básica em conjunto com o

NASF (educador físico, nutricionista, fisioterapeuta) e 01 deles contou apenas com a participação do médico como interventor. Os meios de trabalhos utilizados contaram com a educação em saúde como estratégia prioritária, mesclando tanto a abordagem biopsicossocial, quanto a abordagem biomédica. Como estratégia metodológica, 03 trabalhos realizaram palestras e 12 utilizaram recursos lúdicos e interativos, como roda de conversa, jogos de ação e dinâmicas de grupo. Apenas quatro trabalhos sinalizaram a continuidade das ações após a finalização do PI.

Para os TCC que utilizaram a estratégia combinada de intervenção grupal e individual suas ações organizaram-se em consultas, visitas domiciliares e atividades educativas. De acordo com o objeto das ações, 11 trabalhos estiveram pautados no doente e na doença e 10 apresentaram foco no sujeito e sua singularidade. Os meios de trabalho apresentaram diversificadas estratégias, baseadas nas tecnologias leves¹, na educação em saúde, mobilização social, interdisciplinaridade e coordenação de cuidado. Estiveram presentes tanto a abordagem biopsicossocial quanto a abordagem biomédica. Em relação aos interventores, 03 trabalhos foram realizados apenas pela equipe de AB, 14 trabalhos buscaram articulação com a equipe NASF (fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e/ou educador físico), em 04 PI foi sinalizada a articulação com a gestão. A continuidade das ações foi descrita em 13 PI.

Ademais, a análise dos PI apontou quatro categorias empíricas: tecnologias de educação em saúde, Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), atuação interdisciplinar e mudanças no processo de trabalho, apresentadas a seguir.

4.3 TECNOLOGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é um termo abrangente que vem sendo utilizado desde o início do século XXI, atrelado a diversas práticas e concepções. Envolve a articulação de processo político pedagógico aliado a um pensar crítico e reflexivo dos profissionais, que seja capaz de fomentar autonomia nos usuários dos serviços de saúde para propor e opinar sobre os seus

¹ O termo tecnologias leves refere-se às formas de agir entre trabalhadores da saúde e usuários do serviço que se expressam em vínculo, acolhimento, autonomia e corresponsabilização do sujeito na produção de cuidado (MERHY e FRANCO, 2003).

cuidados, de sua família e da sua coletividade (FALKENBERG *et al.*, 2014; VASCONCELOS, 2010; SILVA *et al.*, 2010).

As tecnologias de educação em saúde estiveram presentes em todos os PI sendo desenvolvidas a partir das atividades coletivas, consultas individuais ou visitas domiciliares. A importância da educação em saúde foi evidenciada pelos cursistas na melhoria do cuidado à saúde em geral, e no tratamento da HAS no que concernem as mudanças de estilo de vida e adesão medicamentosa. O foco abordado nas intervenções, tanto em grupos quanto individualmente, abrangeu a HAS e suas complicações; adesão terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, a exemplo da alimentação saudável, dieta hipossódica, prática regular de atividade física; e minimização dos fatores de estresse e ansiedade.

Nas atividades realizadas em grupos, os participantes ampliavam a sua compreensão sobre processo de adoecimento, tiravam dúvidas sobre a adesão terapêutica, tanto medicamentosa quanto não medicamentosa. Como resultados destas ações, os cursistas apontaram maior vínculo dos usuários com a equipe, melhoria de alguns marcadores importantes para os pacientes hipertensos, como redução de IMC, perda de peso, relatos de prática de atividade física, diminuição do consumo de sódio e mudanças na dieta. Abaixo alguns trechos do PI de intervenção que ilustram estes achados:

Os pacientes criaram vínculo com a unidade e modificaram a maneira de pensar e agir, dando uma importância maior ao tratamento e à prática de hábitos que levem a uma vida saudável (P9).

Até o momento, as ações tiveram resultados positivos em relação aos objetivos da intervenção, notando a conscientização dos usuários hipertensos sobre a importância do tratamento e a mudança de estilo de vida, onde o paciente deve incluir uma alimentação saudável e praticar alguma atividade física associada ao medicamento de uso contínuo para manter efetivamente o controle da hipertensão (P35).

Para Furlan e Campos (2010), os grupos em saúde são fundamentais para uma população que precise aprender a conviver e lidar com uma doença, tendo por principais objetivos: oportunizar um espaço para a troca de experiência dos usuários sobre seu adoecimento, condições de vida e a ações concretas do cotidiano de como lidar com as adversidades, além do fortalecimento do vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde. Isto pode facilitar uma melhor adesão terapêutica, pois é possível trabalhar coletivamente as dificuldades e necessidades dos usuários a partir de uma escuta ampliada e qualificada, que nem sempre ocorre nas consultas individuais (SAUER *et al.*, 2018).

O desenvolvimento das atividades coletivas não se limitou ao espaço físico das UBS. Foram utilizados outros equipamentos sociais disponíveis no território, como praças, quadras, escolas e igrejas. Realizou-se também articulação com parcerias locais, com líderes religiosos, com associação de moradores e com a rádio comunitária. O objetivo destas parcerias foi dar ampla divulgação das ações, ampliar a participação dos usuários, ter maior visibilidade das atividades propostas e aumentar a vinculação e aproximação da equipe de saúde com a comunidade.

Algumas parcerias foram muito importantes, como por exemplo, a parceria com o diretor e professores da escola existente no território (...). Outras parcerias também foram essenciais como a que foi feita com o presidente da associação de moradores que também disponibilizou o espaço da associação para a realização dos encontros. Além desses importantes atores sociais, foi solicitada a colaboração dos representantes religiosos, padre e pastores, que também contribuíram cedendo os locais para a realização das atividades (P7).

A atividade foi realizada em um Ginásio de Esportes. A opção por fazer o encontro neste espaço foi justamente permitir uma maior liberdade e descontração nas ações, o que poderia facilitar o aprendizado, dada a ludicidade da ação. Entende-se ainda que a utilização de aparelhos sociais como clubes, praças, escolas e igrejas são formas de aproximar a equipe de saúde com a comunidade (P12).

Em diversos grupos houve a participação dos familiares de usuários hipertensos, a convite dos cursistas. O objetivo era contar com a colaboração e parceria da família na adesão ao tratamento. Uma outra estratégia utilizada foi a implicação de todos os profissionais da unidade para o acolhimento as demandas deste público e até mesmo o envolvimento da comunidade na ação chamada de “adote um hipertenso”, que consistia na colaboração de um vizinho no auxílio dos cuidados com os usuários hipertensos com maior dificuldade em seguir ao plano de cuidados.

Foi proposta criação de 04 grupos de apoio, formados por cada agente comunitário de saúde, os quais são responsáveis pelos seus usuários cadastrados, neste grupo eles são responsáveis junto com os familiares e ou vizinhos para supervisão no uso dos medicamentos (P6).

Os familiares destes pacientes participaram integralmente de todas as etapas para também aprenderem mais um pouco sobre a doença e ajudarem seus familiares nas atividades (P36).

Em cada reunião era solicitado que cada participante trouxessem um acompanhante (familiar) para participar do grupo de adesão, bem como das palestras/ oficinas e explicações e orientações sobre adesão terapêutica (P38).

O envolvimento dos grupos com a comunidade propicia o estreitamento das relações e favorece a adesão as propostas terapêuticas seja no âmbito individual ou coletivo das ações, além possibilitar a elaboração de proposta de enfrentamento para problemas coletivos (FURLAN

e CAMPOS, 2010; SAUER *et al.*, 2018). O envolvimento da família no tratamento é outra estratégia importante no fortalecimento e elaboração do plano de cuidado aos usuários com DCNT.

As ações dos grupos educativos tiveram abordagens metodológicas diversas. Alguns projetos optaram por métodos lúdicos, a exemplo das dinâmicas de grupo e jogos de ação como bingos, mitos e verdades; oficinas para confecção de caixa para guarda de medicamentos; oficinas para leitura de rótulos de alimentos ou aprendizado de receitas culinárias saudáveis de fácil elaboração; rodas de conversa com perguntas disparadoras acerca do tema; práticas de relaxamento com musicoterapia, alívio de estresse; e realização de atividade física como alongamentos, circuitos e caminhadas. Vale ressaltar que estes métodos foram apontados como facilitadores de uma maior adesão e participação dos usuários.

Foram realizadas oficinas de confecção de organizador de medicamentos (para armazenamento) para cada paciente, tais como caixas organizadoras ou bolsas coloridas com 03 divisões em cores diferentes para cada horário (P6).

Foram selecionadas músicas relaxantes, colocados colchonetes e as luzes apagadas, com cartazes vedamos algumas janelas, para tornar o ambiente mais escuro. Proporcionando aos participantes a atenção ao sentido da audição. Durante esse momento, cada profissional lia frases reflexivas sobre a vida, sobre a necessidade de não ter tanta pressa com o tempo (P32).

Os projetos que utilizaram a proposta de palestra apresentaram maior dificuldade na sua execução, a exemplo da diminuição de participação dos usuários ao longo dos encontros e falta de participação nos debates propostos. A avaliação de sucesso destas ações estava pautada no quantitativo de usuários presente nas palestras. O uso do método de leitura de folder e/ou distribuição de material educativo, foi identificado como um entrave pelos médicos-cursistas, pois eles se deparam com o analfabetismo de alguns participantes. Isto propiciou reflexões sobre as propostas utilizadas, suscitando modificações e até mesmo recomendações para a escolha de outros métodos na execução das atividades de educação em saúde. Esta perspectiva revela um novo olhar sobre as práticas de saúde, conforme ilustração abaixo:

É importante que seja mencionado que tivemos que mudar nossas atividades, devido à grande dificuldade de trabalhar com as participantes, timidez, atrasos e dificuldades na leitura (P3).

Nessa nova proposta, havia espaço para três atividades que eram as seguintes: um relato de experiência que não ultrapassava 5 minutos, uma brincadeira dinâmica que gerava tanto divertimento, quanto a perda de calorías que durava 10 minutos e uma atividade de reflexão de 5 minutos. Era algo que eles deveriam levar para casa e refletir sobre o assunto até a próxima reunião (P25).

Diante dos resultados e como foram desenvolvidas as ações deste projeto de intervenção em saúde, aqui deixo uma recomendação sobre a abordagem, tendo como dificuldade a baixa escolaridade de alguns usuários, o que

significa dizer que o uso da oralidade é algo que se deve ser mais explorado (P35).

Estes achados possuem consonância com o que nos apresenta a literatura na recomendação do uso de métodos dialógicos para a condução dos grupos educativos, mesmo que estes tenham o objetivo de prevenção dos agravos ou controle da doença, como no caso dos PI aqui estudados, pois só assim é possível entender o modo como as pessoas vivem e cuidam da sua saúde e, a partir dessa compreensão, propor novas intervenções (FURLAN e CAMPOS, 2010; SAUER *et al.*, 2018). Ainda endossando esta recomendação, Furlan e Campos (2010) apontam que quando as práticas do grupo são prescritivas e impositivas, do tipo palestra, menos as pessoas aderem às orientações ou comparecem aos encontros subsequentes.

Alguns cursistas citaram a cultura local e a inexistência da rede de atenção à saúde no município como dificultadores na execução das ações educativas. Outras intervenções assemelharam-se a mutirão de serviços ou feira de saúde com a oferta de diversas ações, conforme se vê nos trechos a seguir:

Foram administrados imunobiológicos, houve oferta de exames laboratoriais (cedidos pela SMS), aferição da pressão arterial, medida da circunferência abdominal, teste da glicemia capilar, realização de testes rápidos, distribuição de brindes para sorteio, folhetos sobre alimentação saudável (disponibilizado pela Coordenação de Atenção Básica), aplicação de flúor (feita pela equipe de saúde bucal) (P14).

Um dos principais fatores limitantes neste projeto foi a baixa adesão dos pacientes por desinteresse decorrente da cultura local e, principalmente, das condições da Rede de Saúde do Município (P27).

Esta estratégia foi utilizada como uma aproximação inicial entre equipe de saúde e a comunidade, mas não analisou o seu efeito, longitudinalmente, no cuidado aos pacientes hipertensos. E, apesar de atender a uma necessidade de saúde da população, como por exemplo, a realização de exames e cuidados a saúde bucal, as ações não possibilitam outras intervenções a partir das dificuldades ou facilidades dos usuários na adesão ao tratamento.

Foi possível identificar nos PI resultados não esperados, a exemplo de sentimento de pertencimento e vinculação aos grupos criados, maior bem-estar e qualidade de vida na percepção dos usuários. Além disso, foram criados grupos virtuais para a manutenção do contato e vínculo, além de grupos permanentes para realização de atividade física.

A receptividade foi tanta, que o grupo recebeu o nome de “vida ativa”, e virou também grupo no aplicativo de comunicação WhatsApp, onde pacientes e equipe postam dúvidas, respostas, vídeos e conteúdo de áudio apenas referente às temáticas de saúde, em especial a hipertensão arterial (P9).

Percebemos que o grupo passou também a ser um momento de cura mental, visto que sempre diziam que saíam de lá mais leves, felizes. Risos e gaitadas era uma realidade de todos os grupos (P25).

Ainda que os grupos educativos não tenham objetivos terapêuticos, neles ocorrem trocas afetivas no compartilhar das experiências, hábitos, história de vida, dificuldades, estratégia de superação dos problemas e com isto pode-se criar a possibilidade de formação de uma rede social e de suporte para além grupo. Consequentemente, isso pode resultar no aumento da participação, no sentimento de pertencimento e vinculação entre os usuários, extrapolando os objetivos iniciais do grupo (FURLAM e CAMPOS, 2010). Perspectiva esta identificada nos PI aqui analisados, ainda que de forma incipiente.

4.4 MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA (MCCP)

Nas consultas individuais e visitas domiciliares, alguns trabalhos utilizaram elementos do MCCP, no qual o cursista buscou a compreensão do paciente sobre o seu processo de adoecimento, bem como as suas crenças sobre o tratamento da HAS.

O MCCP se constitui em uma estratégia que tem por objetivo facilitar a compreensão e a execução das competências do médico de família para a abordagem integral à saúde, no qual passa a existir a partilha de poder na relação médico-paciente. O uso deste método clínico tem crescido nas últimas décadas e é operacionalizado a partir de quatro componentes: 1) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença, 2) entendendo a pessoa como um todo (o indivíduo, a família e o contexto, 3) elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; 4) intensificando a relação entre a pessoa e o médico. Estes componentes estão interligados entre si podendo ser acionados a qualquer momento pelo médico, não havendo, portanto, hierarquia entre eles (LOPES e DIAS, 2019; STEWART *et al.*, 2017).

Foi possível identificar o MCCP nos PI na construção de anamneses que tinham por objetivo traçar o perfil de cada usuário, investigando: os aspectos subjetivos e psicossociais relacionados ao adoecer, crenças religiosas associadas a patologia e a adesão ao tratamento, além de realizar a estratificação de risco cardiovascular. Em posse destas informações, o médico elaborava um plano de cuidado de acordo com a anuência e necessidades de cada paciente. Segundo Lopes e Dias (2019), realizar acordos comuns na estratégia de cuidado é importante em qualquer situação, se tornando imprescindível na adesão terapêutica a pessoas com DCNT.

Os cursistas exploravam o vínculo estabelecido na relação com o usuário e a negociação na pactuação de metas, apontados como elementos facilitadores na adesão das propostas terapêuticas. Ferramentas importantes das tecnologias leves como corresponsabilização, autonomia do sujeito, acolhimento e vínculo estiveram presentes nestes trabalhos evidenciando o quarto componente do MCCP, conforme destacamos no trecho abaixo:

A criação do vínculo com o paciente é uma ferramenta que poderá estimular as práticas de autocuidado e na continuidade da assistência como consequência dos laços de confiança que serão gerados, para potencializar o engajamento e adesão ao tratamento por parte desse usuário, e o compartilhamento da responsabilidade pelos cuidados com a saúde. A escuta e o estímulo ao relato dos pacientes sobre a adesão deve ser uma constante no cotidiano dos serviços de saúde incluindo atendimento com toda a equipe (P22).

Outra estratégia adotada para fortalecer o cuidado e atender à necessidade dos usuários foi adequar a terapêutica medicamentosa aos fármacos disponíveis na farmácia básica da unidade. Para tal, os médicos verificavam quais medicações anti-hipertensivas estavam disponíveis antes de propor a intervenção medicamentosa. Essa sensível e importante ação foi empreendida pelos médicos na amplificação do cuidado ao paciente assegurando o acesso na dispensação do medicamento.

As medicações preferencialmente foram escolhidas, tendo como base as ofertadas pela Rede Municipal de Saúde. Esta medida visou a diminuir as chances de o paciente não conseguir ter acesso à terapia farmacológica (P10).

Para Lopes e Dias (2019), compreender a pessoa como um todo é buscar o significado de como o sistema familiar, as crenças culturais e as próprias atitudes da pessoa influenciam o seu cuidado. Ancorando nesta premissa, alguns cursistas identificaram dificuldade na adesão ao tratamento devido a crenças religiosas, explicitadas no consumo de chás e realização de orações para a cura da HAS, em detrimento do uso da medicação. Foram levantados também outros problemas ligados a não adesão ao tratamento, tais como: questões emocionais, alto índice de analfabetismo e/ou o analfabetismo funcional, que implicava diretamente na compreensão das prescrições, fossem elas dispostas em receitas, dietas ou fornecidas por meio de folder.

A identificação destes obstáculos levou os estudantes-médicos a lançarem mão de estratégias que fortalecessem a adesão ao tratamento, tais como a inclusão da dimensão religiosa e uso das práticas integrativas e complementares, a exemplo de orientações de técnicas de relaxamento e manejo do estresse. Outra ação implementada foi a utilização de receitas e orientações pictográficas, distribuição de caixa organizadora para as medicações, tipificadas

por horário, além de solicitar a participação de familiares, tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares, corresponsabilizando-os nos cuidados ao paciente hipertenso.

Os pacientes hipertensos possuíam muitos transtornos de ansiedade e uma excessiva crença religiosa que os fazia abandonar o tratamento medicamentoso por acreditarem que apenas orações e fitoterápicos fossem suficientes para combater qualquer tipo de doença, principalmente HAS. Na prática profissional, o debate sobre a fé e sua relação com a saúde é um fenômeno resultante, principalmente, da demanda dos usuários ao invocarem um cuidado que contemple a sua saúde em dimensões mais amplas, inclusive religiosas e espirituais (P19).

Outra medida interessante foi convidar para as consultas um parente que pudesse se comprometer em auxiliar o paciente quanto ao tratamento. Enfatizamos a implantação das cartelas de medicamentos através de uma linguagem não verbal com símbolos, gestos, figuras como: o sol indicando que é pela manhã, pôr do sol tarde e a lua indicando noite, exploramos também as cores para indicarmos os horários das medicações, fatores estes que facilitaram e aumentaram o índice da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, notória nas novas visitas domiciliares e consultas, além do entusiasmo por estarem conseguindo realizar aquilo que lhe foi indicado (P26).

Vale ressaltar que os PI que utilizaram o MCCP tiveram como resultados, apontados pelos médicos, melhorias na adesão ao tratamento da HAS e maior vinculação do profissional tanto com o paciente quanto com a família. A medicina centrada na pessoa vai na contramão da medicina centrada na doença, pois considera os aspectos psicossociais do adoecer num equilíbrio dinâmico entre o subjetivo e o objetivo, a distribuição de poder na relação médico-paciente favorecendo o alinhamento de expectativas e adesão ao tratamento (STEWART *et al.*, 2017).

4.5 ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Diversas intervenções realizadas pelos cursistas envolveram a equipe NASF demonstrando a busca pela abordagem biopsicossocial e superação da lógica de fragmentação. As parcerias foram firmadas para as realizações das atividades de educação em saúde, interconsultas ou encaminhamento para consultas individuais. Destacamos a construção coletiva da elaboração de questionário biopsicossocial para uso nas consultas médicas e nas consultas de enfermagem.

Este ponto corrobora com o que nos traz Chiaverini (2011), ao afirmar que o processo de trabalho interdisciplinar das equipes NASF envolvem práticas de intercâmbio e construção do

conhecimento coletivo, onde cada profissional pode contribuir com o seu saber na perspectiva de ampliar a compreensão e a capacidade de intervenção das eSF.

As categorias profissionais que mais apareceram nos PI foram o nutricionista, o educador físico e o fisioterapeuta, justificadas pelo objetivo das intervenções estarem ligadas as mudanças de estilo de vida dos usuários hipertensos. Além delas, foi possível detectar também ações dos fonoaudiólogos e psicólogos. Os primeiros ligados a propiciar a manutenção da autonomia das atividades de vida diária em pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em decorrência de problemas com o descontrole hipertensivo. E os segundos, pelo reconhecimento e compreensão dos cursistas da influência dos fatores emocionais ligados a HAS.

A nutricionista e psicóloga, realizaram orientações sobre hábitos de vida saudáveis, alimentos, técnicas de meditação e orientações para reduzir a ansiedade que leva à compulsão alimentar (P19).

Para concretização das reuniões do grupo terapêutico, contamos com o apoio/colaboração de nutricionista, educador físico e fisioterapeuta do NASF que somaram seus saberes e contribuíram para que nossas oficinas fossem ricas em conhecimento (P38).

Algumas das participações dos profissionais do NASF ocorreram de forma pontual, com as ações voltadas apenas ao seu saber específico, sem explorar todas as nuances do matriciamento, no que tange o apoio pedagógico para o treinamento de habilidades. Percebemos ainda a fragilidade de atuação no conceito de campo, no qual o médico ampliaria sua capacidade de atuação a partir de tarefas e habilidades compartilhadas por outras categorias. Esta fragilidade pode estar relacionada ao desafio a ser superado, apontado por Chiaverini (2011), da formação e capacitação disciplinar dos profissionais que aprendem a atuar, cada um, nas suas “caixinhas”, isto é, com o foco exclusivo no seu campo disciplinar.

Entretanto, ainda assim, foi possível identificar a amplificação do cuidado na parceria entre as equipes NASF e eSF, no uso das tecnologias leves, além dos efeitos positivos destas ações, principalmente, no que tange a adesão das mudanças no estilo de vida:

Com o trabalho realizado com uma equipe multiprofissional em todas as áreas adscritas foi perceptível a adesão dos usuários e também do cuidado ampliado aos mesmos por parte de toda a equipe presente (P19).

Os profissionais do NASF deram ênfase nas suas respectivas áreas de atuação, abordando temas como alimentação saudável, com degustação de alimentos e a importância da atividade física no tratamento não-medicamentoso da HAS (...) (P24).

Os estudantes-médicos apontaram a dificuldade na execução das algumas ações em parceria com a equipe NASF por indisponibilidade do profissional no dia agendado, mudança

na composição da equipe ou pela ausência da equipe no município. Visando resolver o problema, os cursistas buscaram parcerias com profissionais que atuaram de forma voluntária, outros levaram a dificuldade às respectivas secretarias municipais de saúde, conseguindo profissionais cedidos para realizar as atividades e até mesmo resultando em contratação de equipe NASF para o município.

A educadora física foi indicada por um dos ACS, aceitando de forma voluntária na participação nas atividades o que engrandeceu muito a nossa intervenção (P17).

A presença do NASF em sua plenitude poderia enriquecer ainda mais as abordagens realizadas, a impossibilidade da atuação da nutricionista, bem como, as mudanças profissionais nesta equipe durante o trabalho dificultou ações importantes no contexto da HAS em idosos acarretando em sobrecarga dos demais membros da unidade de saúde (P31).

Nesta perspectiva, podemos afirmar que os médicos foram protagonistas na resolução das suas necessidades de aprendizagem, bem como para atender à necessidade de saúde da população, buscando articulações com outras categorias profissionais de forma a ampliar seu escopo de atuação com as equipes NASF.

Nas intervenções estudadas não foi possível identificar outras ações de matriciamento da equipe NASF, a exemplo da discussão compartilhada de casos, discussão pedagógicas ou construção de PTS. Para Cunha e Campos (2010), o PTS é um importante instrumento de construção entre as duas equipes na superação da fragmentação do cuidado e da abordagem biomédica, pois materializa o diálogo entre as disciplinas em uma proposta terapêutica única.

Muito embora o desenho interdisciplinar apresentado nos PI não tenha contemplado todo o escopo de atuação do matriciamento, as intervenções buscaram superar a prática tradicional disciplinar, bem como a hegemonia do saber biomédico, havendo por parte dos cursistas o reconhecimento da contribuição de outras categorias profissionais para uma atuação ampliada no cuidado a HAS.

4.6 MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO

Nos PI, foram apontadas mudanças no processo de trabalho das equipes, a partir da maior adesão dos usuários a consultas médicas e de enfermagem, maior qualificação das visitas domiciliares, aumento no número de reuniões, além da criação de grupos de estudo sobre a temática da HAS, organizados pelos próprios profissionais. Houve também a reorganização no

planejamento das ações, a partir da melhor distribuição de responsabilidades e autonomia da equipe para a oferta de cuidado aos pacientes hipertensos. Os ACS foram apontados como um pilar fundamental na execução das ações, no acompanhamento e monitoramento dos progressos terapêuticos dos pacientes hipertensos.

Este projeto de intervenção foi crucial para a sensibilização da equipe quanto à importância do trabalho multidisciplinar, os momentos de integração da equipe para as discussões em grupo derrubaram algumas barreiras entre os profissionais e despertou a relevância da articulação de saberes para a oferta de uma assistência de qualidade (P7).

Todos participaram da reunião, inclusive os agentes comunitários, que foram importantes nesse trabalho de intervenção no rastreio dos pacientes com HAS. Esses encontros se deram com base na integralidade e a complexidade do objeto de intervenção e intersubjetividade (P29).

Foi pontuada também maior integração entre os membros da equipe, no que se refere às ações colaborativas, corresponsabilização do cuidado e melhorias no processo de comunicação. Como uma possível consequência desta integração entre a equipe, foi relatado nos PI maior vínculo entre os usuários e a equipe, fortalecendo a adesão ao tratamento da HAS.

Durante o planejamento e execução das intervenções foi possível consolidar não apenas o vínculo entre a equipe de saúde e a população, mas também entre os próprios profissionais (P16).

Dentre as potencialidades observamos a aceitação dos usuários em participar das ações, também o forte vínculo entre equipe e pacientes o que contribuiu de forma positiva com a interação dos participantes nas palestras e rodas de conversas, debatendo o tema esclarecendo dúvidas e apresentando o seu conhecimento prévio e adquirido acerca da hipertensão (P38).

Esses achados corroboram com o trabalho Mattos e colaboradores (2015), que apontaram que as mudanças e reflexões no processo de trabalho das equipes a partir da inserção de alguns trabalhadores em um curso de especialização na AB. As mudanças foram detectadas em um maior entrosamento entre a equipe, a partir da reorganização das reuniões e das agendas, além de uma maior compreensão sobre o trabalho da eSF.

Para Dias e Nogueira (2019), quando há integração na equipe, fica evidente a relação de interdependência entre os seus integrantes, na qual as habilidades de todos são complementares na execução de um projeto de ação, de forma que as responsabilidades são bem partilhadas, os produtos avaliados e todos trabalham na execução de um objetivo comum.

Os processos de mudança se deram também com a tentativa de maior articulação com a gestão de saúde municipal. Esta articulação foi apresentada de forma ambígua, contendo tanto aspectos positivos quanto negativos. Os aspectos positivos foram identificados na ampliação das equipes NASF, com a contratação de novos profissionais (nutricionista e educador físico

na sua maioria), garantia de insumos básicos para as consultas médicas e de enfermagem, disponibilização de espaço físico para realização de atividades, implantação de agendamento de consultas via telefone para usuários da população rural (com dificuldade de deambulação ou acamados), produção de material educativo e em um novo fluxo na dispensação de medicamentos anti-hipertensivos, com a sua disponibilização nas unidades. Tais evidências são ilustradas a seguir:

Os agendamentos poderão ser realizados também por meio de telefone, garantindo também facilidades para idosos em regime domiciliar, em que cuidadores e familiares não podem se deslocar até a USF para fazer o agendamento (P16).

Com o auxílio do coordenador da AB e o trabalho junto a farmácia do município, conseguimos trazer algumas medicações para serem distribuídas na unidade (...) apesar do número limitado que nos foi ofertado e da pouca variedade das medicações, é um grande avanço para auxiliar a adesão terapêutica dos usuários que fazem uso de tais medicações, e certamente terá um impacto positivo em um futuro próximo (P24).

Os pontos negativos significaram entrave na execução de algumas as ações, a exemplo da ausência de carro para a realização de visitas domiciliares a população da zona rural, falta de medicamentos para a HAS, indisponibilidade de alguns exames na rede para a estratificação do risco de doenças cardiovasculares, ou até mesmo na confecção e distribuição de material educativo a população.

Alguns cursistas criaram estratégias para enfrentamento destes problemas utilizando recursos próprios para garantir a visita domiciliar (usando carro particular), confeccionar os materiais educativos ou realizar as oficinas. Um outro fator limitante sinalizado em alguns trabalhos diz respeito à sobrecarga de trabalho e ao número reduzido de profissionais na equipe. Isto inviabilizou uma maior inclusão de usuários nas intervenções propostas. Abaixo alguns trechos dos PI que apresentam tais situações:

(...) apesar do apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação de Atenção Básica, a dispensação pontual de medicamentos ainda não aconteceu e tem sido identificada uma dificuldade para marcação de exames cardiológicos e consulta com especialistas (P14).

As visitas tiveram como fator limitador a dificuldade na obtenção do veículo do município para a realização das ações, de modo que visitei os doentes em carro particular com a presença do ACS (P31).

O número reduzido de profissionais e a sobrecarga de trabalho pela equipe da USF são eventos internos que limitam, ficando inviável a realização de um grupo de adesão com todos os hipertensos adscritos. O financiamento das intervenções, também foi um fator limitante, já que todo o projeto foi custeado pela médica organizadora do projeto (P38).

Podemos correlacionar estes achados ao que nos alerta Teixeira (2006) no que diz respeito à importância da articulação entre as três dimensões (gerencial, organizativa e técnico-assistencial) para a mudança dos modelos de atenção à saúde. Isto foi evidenciado pelos cursistas nas tentativas de vincularem as intervenções propostas e a organização do trabalho em parcerias com a gestão local.

Os cursistas apontaram inúmeros aprendizados na realização do PI que impactaram significativamente nas mudanças dos processos de trabalho, a exemplo de uma visão mais crítica sobre a produtividade e o fomento do uso das tecnologias leves de cuidado. Esta percepção sobre as mudanças da prática foi evidenciada no estudo de Mattos e outros (2016) correlacionando-a ao processo de formação da EPS.

Alguns cursistas, em acordo com as equipes, optaram pela manutenção em caráter permanente dos PI e, mesmo aqueles que não deram continuidade, reconheceram a importância das intervenções na vida dos usuários e na contribuição da sua formação profissional no que diz respeito a EPS. Os seguintes trechos identificam estas reflexões e aprendizados dos médicos-estudantes:

Pretendemos dar continuidade às ações do projeto de intervenção, mesmo com a finalização do curso de especialização, por meio do trabalho em equipe, com a capacitação permanente sobre a temática, avaliação e monitoramento das ações, e a continuidade dos grupos de educação em saúde (P17).

Estávamos tão focados nos atendimentos clínicos, em vencermos a agenda semanal que estávamos apenas seguindo protocolos nos grupos, com pouca empatia, escuta e muita preocupação com as outras atividades que poderiam estar sendo realizadas naquele momento. Essa mudança do comportamento e visão da equipe foi benéfica (P25).

Este projeto fez com que eu percebesse o quanto foi importante a sua realização no âmbito de território, como na individualidade de cada paciente. Vivenciei momentos de euforia quando se via aquela população que seguia as orientações muitas vezes já dita em uma consulta ambulatorial e sendo repassa pelo próprio paciente o sucesso de seus resultados para as outras pessoas que ali estavam participando do projeto. Ao transitar no território e ver aquele público que estava nas ações praticando sua atividade física com frequência. (P34).

Estes achados apontam para a potência dos PI como trabalho de conclusão dos cursos de especialização na AB, para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho das equipes da AB e fortalecimento da integralidade do cuidado.

Ademais, os resultados deste estudo apontam para uma mescla de combinações entre os objetos, meios de trabalho, sujeitos interventores e formas de organização nos processos de

trabalho tanto na evidência dos modelos hegemônicos quanto dos modelos alternativos de atenção à saúde selecionados para a análise dos PI.

O próprio recorte de análise desta pesquisa tendo a seleção dos PI voltados para HAS aponta para ações voltadas para a prevenção de agravos, sendo as equipes de AB as principais responsáveis pelo controle e prevenção desta patologia (Brasil, 2014b). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) a HAS é uma patologia multifatorial que se caracteriza por elevação sustentada dos níveis de pressão com valor ≥ 140 e/ou 90 mmHg. A HAS em conjunto com a DM é responsável por diversas complicações vasculares, renais e por Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), tendo um impacto na perda da produtividade do trabalho, da renda familiar e na qualidade de vida da população. Estima-se uma alta prevalência na população brasileira atingindo em média 32,6% dos adultos, podendo chegar a mais de 50% para pessoas idosas. Apesar de uma discreta diminuição de mortalidade nos últimos anos ainda têm sido a principal causa de morte no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; BRASIL, 2014b).

Estes dados por si só apontam para a importância de intervenções voltadas para o controle da HAS na AB, além das ações estratégicas já definidas e pactuadas no Programa de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA (BRASIL, 2014b). Desta forma nos cursos de especialização em AB e Saúde da Família, ofertados pela UNASUS os alunos já se debruçam nos protocolos clínicos de HAS e DM para os cuidados necessários e adequados para a prevenção, diagnóstico, monitorização e controle destas patologias (CUNHA *et al.*, 2019).

Muito embora, havendo a pactuação de metas e ações já definidas verticalmente pelo programa HIPERDIA (que não apareceu de forma direta nos PI) uma das características dos programas especiais do modelo sanitário, foi possível aos cursistas imprimirem uma qualificação as intervenções que englobaram aproximações ao modelo de clínica ampliada, com foco na pessoa, na singularidade dos usuários, preservação da autonomia e corresponsabilização do cuidado entre profissional e usuários. Além da busca pela compreensão nas dificuldades de adesão ao tratamento e intervenção sobre estes obstáculos na maioria das intervenções. Isso sugere mudanças na relação entre os médicos-cursistas e os usuários do serviço no que tange também a dimensão técnico-assistencial ou operativa dos modelos de atenção à saúde, expressos no uso do MCCP, nas tecnologias de educação em saúde e nas tecnologias leves.

Para Teixeira (2006) estas relações sociais têm uma dimensão técnica, dimensão ética, política e cultural, cuja importância nem sempre é percebida pelos envolvidos. A autora justifica

esta ausência de percepção pelo imenso valor dado a dimensão tecnológica das práticas de saúde.

Ainda sobre a relevância na mudança das relações interpessoais para o cuidado, Paim (2012) afirma que isto pode expressar um outro olhar sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos e uma compreensão das condições e obstáculos que se apresentam aos usuários no seu cuidado à saúde.

Nossa análise indica também que própria organização do curso de especialização cuja ênfase foi dada na análise de situação de saúde a partir do território-população e uso do PES na construção dos PI aproximou os cursistas para um escopo de práticas em saúde correspondentes ao modelo de vigilância à saúde. Entretanto, apesar deste esforço, as intervenções realizadas pelos cursistas em alguns momentos se distanciaram desta proposta, pois deixaram de fora elementos substanciais deste modelo, a exemplo, dos DSS, da intersetorialidade e do controle social.

Segundo Teixeira (2006) a mudança efetiva nos modelos perpassa por tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes e condicionantes, cuja intervenção abarcaria as causas (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos grupos sociais. Isso implicaria também na mudança dos sujeitos da intervenção, em uma articulação com a população organizada no exercício pleno do controle social, e com a pactuação das intervenções em função dos seus problemas prioritários em saúde, o que por sua vez exige uma atuação intersetorial. Perspectiva esta que não foi contemplada nos PI aqui analisados.

A promoção da saúde aparece numa perspectiva individualizada com a estimulação a mudança de estilo de vida. Como citado anteriormente, o próprio objeto das intervenções pautado na patologia da HAS nos remete a pensar ações individualizadas para o controle e prevenção dos agravos. Porém o modelo de vigilância à saúde prevê uma atuação na promoção a saúde com foco no modo como vivem e trabalham a população de cada território objetivando ampliar a perspectiva de qualidade de vida a partir da intersetorialidade. Segundo Buss e Pellegrini-Filho (2007) a mudança de estilo de vida é fortemente influenciada pelos DSS sendo difícil sustentar uma mudança nos comportamentos de risco apenas com atuação apenas a nível individual, sem que haja uma mudança a nível cultural dos fatores que o influenciam. Por isso os autores ressaltam a importância em alicerçar as intervenções a outros programas e políticas públicas intersetoriais.

Vale ressaltar que estas mudanças não dependem apenas dos médicos ou profissionais de saúde, conforme nos sinaliza Teixeira (2006) ao abordar que as transformações dos modelos de atenção à saúde necessitam também do desenvolvimento de processos político-gerenciais que conduzam inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e conseqüentemente também no âmbito das práticas em saúde.

Destacamos a atuação interdisciplinar contidas nos PI como um dos elementos essenciais da integralidade do cuidado, no que diz respeito à abordagem biopsicossocial. Ainda que não tenha sido possível a construção do PTS compartilhado com a equipe do NASF, podemos inferir que o acionamento desta equipe e o reconhecimento da sua importância de outras categorias profissionais na articulação das intervenções indica uma mudança na lógica de pensar o modelo médico-assistencial que possui no seu cerne de atuação centrada na abordagem biomédica.

As mudanças no processo de trabalho pontuadas pelos médicos-cursistas como uma maior integração e responsabilização do cuidado entre os membros da equipe nos fala sobre uma possível melhoria nos resultados e metas definidos pela AB com vista a integralidade e longitudinalidade do cuidado, conforme nos aponta Dias e Nogueira (2019) que os ajustes produzidos pela própria equipe no seu processo de trabalho podem impactar na satisfação, alinhamento de expectativas e maior autonomia nas ações de cuidado.

Desta maneira, nossos achados apontam para a combinação de elementos das práticas em saúde tanto dos modelos hegemônicos quanto modelos alternativos selecionados para estudo dos PI. E conforme nos afirma Paim (2012) os esforços atuais sobre os modelos de atenção à saúde devem se concentrar no desafio de investigar: “qual a combinação tecnológica e abordagem mais adequada para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos e para o atendimento integral de necessidades em saúde, individuais e coletivas, nos diversos territórios do país”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo analisar os PI dos médicos inseridos no PMM verificando as possíveis contribuições nas mudanças do modelo hegemônico de atenção à saúde.

Foi possível identificar nos PI arranjos tecnológicos mistos entre os modelos de atenção hegemônicos e os modelos alternativos, considerados neste trabalho, com fortalecimento dos últimos, identificado nas tecnologias de educação em saúde, tecnologias relacionais, no MCCP e na articulação interdisciplinar com a equipe NASF. Estas estratégias amplificaram o cuidado para uma abordagem biopsicossocial e qualificaram as práticas dos profissionais médicos do PMM.

Destacamos a presença de alguns elementos embrionários da intersetorialidade e do controle social, como as parcerias com equipamentos sociais (a exemplo de escolas, associação de moradores, rádio comunitária e igrejas), porém, sem uma proposta de articulação entre os DSS e a promoção da saúde, conforme preconizado no modelo de vigilância à saúde. Ressaltamos que este arranjo não depende exclusivamente da iniciativa dos médicos, sendo necessária a articulação entre as três dimensões dos modelos de atenção à saúde, conforme proposta apresentada por Teixeira (2006).

O trabalho em conjunto com a equipe NASF aponta o reconhecimento e a importância da interdisciplinaridade pelos médicos-cursistas nas intervenções propostas, ainda que de forma incipiente, já que não foi explorado todo o potencial do apoio matricial como uma ferramenta na abordagem integral ao usuário. As intervenções foram pontuais, com poucos trabalhos citando as interconsultas ou com baixa descrição do seu desenvolvimento, além da ausência na construção PTS com ações comuns para ambas as equipes.

Destacamos que as mudanças no processo de trabalho das equipes, a continuidade da maioria intervenções e a percepção dos médicos sobre a importância dos PI para a qualidade de vida dos usuários foi, sem dúvida, uma evidência da contribuição do curso de especialização na longitudinalidade e integralidade do cuidado, que pode se refletir na mudança dos modelos de atenção à saúde, no que tange o aspecto técnico-assistencial, embora isso não tenha sido objetivo desta pesquisa.

Ademais, sabemos que, por ter foco na HAS, os PI analisados estiveram mais voltados para a prevenção de agravos do que para a promoção da saúde. Diante disso é necessário

considerar que a alocação dos médicos do PMM em regiões que estavam com grande carência destes profissionais, e, conseqüentemente, com demanda reprimida por atenção à saúde, provavelmente se refletiu nesses achados. Ainda, é provável que as demandas para resolução da clínica de casos de hipertensão fossem mais imediatas do que outras, despertando o interesse dos médicos para a importância de uma atuação mais resolutiva e abrangente frente à alta morbimortalidade que afeta grande parte da população brasileira.

Podemos apontar que este recorte de análise com temas que mais se repetiram, como um dos limites deste trabalho tendo em vista a diversidade das temáticas que não puderam ser analisadas, também pela limitação do tempo para a finalização deste trabalho.

Diante do exposto, os resultados obtidos neste estudo indicam que nos PI analisados coexistiram práticas em saúde tanto que combinaram elementos da teoria das práticas em saúde tanto dos modelos hegemônicos quanto dos modelos alternativos de atenção, com um significativo fortalecimento nas tecnologias que indicam os modelos alternativos.

Assim, faz-se necessário que outros estudos sejam realizados a fim de conhecer as potencialidades e fragilidades dos PI dos cursos de especialização na AB, incluindo outras abordagens metodológicas na apreensão do objeto, para aprimoramento das estratégias da EPS, rumo ao fortalecimento dos modelos alternativos de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ACIOLE, G. G. O Projeto Mais Médicos para o Brasil e a construção de mitos: Uma leitura bartheana. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1157-68. 2017.
- AGUIAR, R. A.T.; ALMEIDA, J. D. L. Programa Mais Médicos no Brasil: estratégias de análise categórica em um estudo qualitativo. *Rev. bras. promoção. saúde*, v. 31, n. supl.1, p. 1-8. 2018.
- AGUIAR, R. A. T; MACEDO, E H. M. Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, n° supl.1, p.1-12. 2019.
- ALENCAR, A. A *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, v.10, n.26, p. 1290-1301. 2016.
- ALENCAR, V. P.; GUIMARÃES, M. S. A.; MUCARI, T. B. Imersão na realidade: O Sistema Único de Saúde e a organização do Programa Mais Médicos em São Paulo, Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v.21, n. supl.1, p. 1315-24. 2017.
- ALESSIO, M. M; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1143-56. 2017.
- ALESSIO, M. M; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 633-667. 2016.
- ALMEIDA, E. R. *et al* Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da supervisão acadêmica. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v.21, n° supl.1, p. 1291–1300. 2017.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Rev. bras. med. fam. Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1-16. 2019.
- ARAÚJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para o Mais Médicos em 2016. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1217–1228. 2017
- ARÁUJO *et al.* Perfil dos trabalhos de conclusão de curso em especialização em saúde da família, UFMG faculdade de medicina, núcleo de educação em saúde coletiva, 2013/2017. IN: Barral-Netto *et al.*, ORG. Práticas inovadoras da Rede UNA-SUS: tecnologias e estratégias pedagógicas para a promoção da Educação Permanente em Saúde. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2018.
- ARENHART, C. G. M. *et al.* Programa mais médicos em município de fronteira internacional e os desafios da gestão em saúde. *Trab. educ. saúde* 17, n° 3, p. 1-15. 2019.

- ARRUDA, C. A. M. *et al.* Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1269–80.2017.
- BARBOSA, A. C. Q. *et al.* Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Rev. panam. salud pública*, v. 42, p. 1-8. 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2001. p. 93-143.
- BENEVIDES, P. M. *et al.* Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: avaliação por modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*, v.36, n.10, p. 1-15. 2020.
- BERTÃO, I. R. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus Actas de saúde coletiva*, v. 9, n. 4, p.217-224 .2015.
- BOLSON, M. A.; FRONZA, D.; SAKURADA, R. Uma avaliação quantitativa entre os Programas Mais Médicos para o Brasil e o programa de valorização dos profissionais da atenção básica. *Revista Thêma et Scientia*, v. 7, n° 1, p. 187-193. (2017).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 12.871 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.145, de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento e regulação da provisão de profissionais de saúde: Programa Mais Médicos. Brasília: 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 9, Brasília: 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- BRASIL. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção

Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI-FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 17, p. 77-93, 2007.

CAETANO, R. C.; VARGAS, D. de S.; MOURA, S. A. Programa Mais Médicos: esquadrinhando uma política de saúde que viraliza. *Liinc em Revista*, v.13, n.2, p. 343-356. 2017.

CAMPOS, G. W. DE S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n. 9, p. 2663–2655. 2016

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*, vol.23, n.2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, E.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações de em saúde. 2ª edição. Belo Horizonte: NESCON, 2010. p. 21-30.

CARNEIRO, V. B *et al.* Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o programa mais médicos, no Marajó-Pará-Brasil. *Saúde Redes*, vol. 2, n. 4, p. 360-271. 2016.

CARNEIRO, V. B. *et al.* Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da Atenção Primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.7, p. 2413–22. 2018.

CARRER, A *et al.* Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, nº 9, p. 2849–60. 2016.

CARRYL, J. A. M.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. *Revista Diálogos Interdisciplinares* v. 5 n. 2, p. 1-7. 2016.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.9, p. 2773-2784. 2016.

CECAGNO, S. et a. Fatores obstétricos relevantes na adolescência: uma revisão integrativa no contexto nacional e internacional. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 24, n. 3, p. 197-202. 2020.

CEZAR, D. M. *et al.* Percepções do médico sobre educação a distância e a contribuição da especialização em saúde da família. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, nº supl.1, p.1-15. 2019.

CHIAVERINI, D. (*org.*) Guia prático de referência em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília: 2011. p. 15-38.

COELHO, E. B. S. *et al.* Análise dos Projetos de Intervenção do Programa Mais Médicos nos Estados do Pará e Santa Catarina. IN: CAMPOS, F. *et al.* (org). Experiências exitosas da Rede UNA-SUS: trajetórias de fortalecimento e consolidação da Educação Permanente em Saúde no Brasil. São Luís: EDUFMA, 2017. p. 249-266.

COLLAR, J. M.; NETO, J. B. DE 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, p. 43-56. 2015.

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2749–59. 2016a.

COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2729–38. 2016b.

COSTA, S. M. *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos como política de fortalecimento da atenção básica. *Revista saúde.com* v.13, n. 2, p. 902-909 .2017.

COUTO, M. P.; SALGADO, E. D.; PEREIRA, A. E. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.9, n. 4, p. 97-113. 2015.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc.* [online], vol.20, n.4, p. 961-970. 2011.

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*, vol.23, n.2, p. 399-407. 2007.

CUNHA, I. P. *et al.* Projeto de intervenção: uma ferramenta para qualificação do Programa HIPERDIA. In: DALTRO, G.D (org). Práticas inovadoras da rede UNA-SUS: experiências e desafios para a educação permanente dos trabalhadores do SUS. Salvador: EDUFBA, 2019, p. 97-111.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. IN: Czeresnia, D.; FREITAS, M.C. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. V. 9, Brasília: 2009. p. 39-58.

DIAS, R.B; NOGUEIRA, F.P.S. Trabalho em equipe. IN: Gusso, G. *et al.* (org). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática* [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DI JORGE, F. M. “Estudo jurídico do Programa Mais Médicos”. *Acta Jus*, V. 1, n. 1, p. 24-34. 2013.

EMERICH, T. B. *et al.* O jornal Folha de S. Paulo no contexto das indústrias culturais e midiáticas: um olhar para as manchetes sobre o Programa Mais Médicos. *Rev. bras. pesq. saúde*, v. 20, n. 2, p. 16-24. 2018.

ENGSTROM, E. M. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus Actas de saúde coletiva*, v. 10, n. 1, p. 241-252. 2016.

FALCÃO, J. T. R.; BARAUD, M. ACIOLY-RÉGINIER, N. A psicologia do trabalho que reflete sobre seu próprio percurso de pesquisa: o caso da interdição de entrevista dos médicos cubanos atuando no Programa Mais Médicos – Brasil. *Psicologia em revista*, v. 23, n. 1, p. 442-453. 2017.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.3, p.847-852. 2014.

FARIA, M. A. *et al.* Programa Mais Médicos e sua repercussão na mídia: o que informar e para quem? *RECIIS*, v. 12, n. 1, p. 14-25. 2018.

FARIA, M. A.; PAULA, M.P.; ROCHA, C.M.F. Apontamentos sobre o módulo de acolhimento e avaliação do Programa Mais Médicos. *Rev. bras. educ. méd.* v. 40, n. 3, p. 332–36. 2016.

FERLA, A. A. *et al.* Ideias, imagens e crenças na produção de políticas públicas: O caso do Programa Mais Médicos. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1129-1149. (2017).

FERREIRA, N. M.; CUNHA, G. T.; DIAS, N. G. N. O desafio da mudança: a transformação curricular de um programa de residência de medicina de família e comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v.13, n.4, p. 1-12. 2018.

FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação, comunicação e saúde*, v.21, n. supl.1, p.1169–1180. 2017.

FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 9, p. 1-14. 2018.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latinoam. de Enfermagem*, n. 26, v. 3018, p. 01-08. 2018a.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da educação interprofissional. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. supl. 2, p. 1613-21. 2018b.

FURLAN, P; CAMPOS W. Os grupos na atenção básica. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica. Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 105-116.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.9, p. 2697-2708, 2016.

GIRARDI, S. N. *et al.* Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2739–48. 2016.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2675–84. 2016.

GONÇALVES, R. F. *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2815–24. 2016.

GUSSO, G. D. F. Programa Mais Médicos: análise dos potenciais riscos e benefícios a partir da experiência como supervisor no município de Jandira. *Rev. bras. med. fam. comunidade* v.12, n. 39, p. 1-9. 2017.

HERVAL, Á. M; RODRIGUES, E. T. Ampliação do acesso e mudança de modelo: experiência a partir do Programa Mais Médicos. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, nº supl.1, p. 1325-32. 2017.

JESUS, R. A.; MEDINA, M. G.; PRADO, N. M. B. L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação, comunicação e saúde*, v.21, n. supl.1, p. 1241-1255. 2017.

KAMIKAWA, G. K; Motta, I. D. Direito à saúde e estudo da política pública do Programa ‘Mais Médicos’. *Rev. juríd. Cesumar*, v. 14, n. 2, p. 341-67. 2014.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n° 9, p. 2785–96. 2016.

KEMPER, E. S. *et al.* Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil”. *Revista Pan-americana de salud pública*, n. 42, p.1-5. 2018.

LANDIM, I. C. Um estudo sobre a relação entre a democracia digital e a participação política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano*, n. 3, p. 538–61. 2013.

LEMO, C. L. S. A concepção de educação na Política Nacional de Educação Permanente. 2010. Tese (Doutorado em educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2010.

- LEMOS, F. A. *et al.* O desafio da oferta de cursos de especialização em Atenção Básica na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde aos profissionais do programa de provimento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n.1, p. 136 -146. 2019.
- LEVY, D. R; SANTOS, C. E. G. O Programa Mais Médicos e os impactos na saúde da população brasileira. *Revista Brasileira de Previdência*, v. 4, p. 1-19. 2015.
- LIMA, R. de C. *et al.* Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v.9, n. 4, p. 67-80. 2015.
- LIMA, J. C. Uso público da razão e argumentação: análise dos debates sobre o Programa Mais Médicos”. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v.21, n. supl.1, p. 1115–27. 2017.
- LIMA, R. T. S. *et al.* A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2685–96. 2016
- LIMA, R.C. G. S. *et al.* Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2797–2805. 2016.
- LIMA, S. V. M. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Gestão & sociedade*, v.11, n. 30, p. 1963-75. 2017.
- LIZ, R. G.; LIMA, R. de C. G. S. L. Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: um estudo de caso. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1281-90. 2017.
- LOPES, A. C.A explosão numérica das escolas médicas brasileiras. *Educ. med. (Ed. impr.)*, v. 19, n. 1, p. 19-24. 2018.
- LOPES, M. A. C. P. *et al.* Percepção de usuários do Sistema Único de Saúde acerca do Programa Mais Médicos em um município do interior do Ceará. *Revista Brasileira Pesquisa e Saúde*, v.19, n 4, p. 50-57. 2017.
- LOPES, J.M.C; DIAS, L. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. IN: Gusso, G. *et al* (org). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática* [recurso eletrônico]. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. DA S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2761–72. 2016.
- LUNA, W. F. *et al.* Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, n^o supl.1, p. 1-14. 2019.
- MACIEL-LIMA, S, M.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T.; RASIA, J. M. Programa Mais Médicos: limites e potencialidades. *Revista de Direito Brasileira*, v. 17, n. 7, p. 291-305. 2017.

MAGNO, L. D.; PAIM, J. S. Dos clamores das ruas aos rumores no congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *RECIIS*, v.9 n. 5, p. 1-12. 2015.

MARQUEZAN, R. F; GIRALDIN, O. A Interface, comunicação, saúde, educação entre saúde indígena e o Programa Mais Médicos para o Brasil no Tocantins: uma análise a partir do povo Xerente. *Amazônica: Revista de Antropologia*, v. 9, n. 2, p. 832 – 854. 2017.

MATTOS, L.; DAHMER, A.; MAGALHÃES, R. C. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. *ABCS Health Sci.*, v, 40, n. 3 p.184-189, 2015.

MARTINS, A. C. P. et al. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. *Rev. bras. promoç. saúde . Rev. Bras. Promoç. Saúde*, v.30, n. 4, p. 1-14, 2017.

MEDINA, M. G. *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde Debate*, v. 42, n. esp.1, p. 346-60. 2018.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, v.27, n. 65 p. 1-13. 2003.

MELO, C. DE F.; COSTA, M. C.; MAGALHÃES, B. J. Escala de avaliação das percepções sobre o Programa Mais Médicos. *Psico-USF* v. 22, n. 3, p. 501-513. 2017.

MELO, L. P. *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande Do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. supl.1, p. 1333–43. 2017

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Rev. bras. med. fam. Comunidade*, v. 14, n. 41 p.1-9. 2019

MENDONÇA, C.S.; DIERCKS, M.S.; KOPITTKE, L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Ciência & saúde coletiva* v.21, n.º 9, p. 2871-2878. 2016.

MEDEIROS, L.C.M. *et al.* A construção integrativa e reflexiva do trabalho de conclusão do curso lato sensu UNA-SUS/UFPI. In: Barral-Netto *et al.*, (org). *Práticas inovadoras da Rede UNA-SUS: tecnologias e estratégias pedagógicas para a promoção da Educação Permanente em Saúde*. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2018.p. 167-178.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, A.M.H. (org). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-142.

MIRANDA, F.A.C.; COELHO, E.B.S; MORÉ, C. L. O.O. Projeto terapêutico singular. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. p.11-17.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. *Trab. educ. saúde*, v.15, n. 1, p. 131-144. 2017.

MIRANDA, A. S.; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.21, n.9, p. 2837-2848. 2016.

MOLINA, J.; TASCA, R.; SUÁREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.9, p. 2925-2933.2016.

MORAIS, J. R. M. *et al.* Economia do setor público: uma análise do programa mais médicos. *Revice - Revista de Ciências do Estado*, v.3, n.1, p. 123-146. 2018.

MOTA, R. G; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n° 9, p. 2879–88.2016.

MOURÃO NETTO, J. J *et al.* Contribuições do Projeto de Intervenção como ferramenta educativa no Programa Mais Médicos. *Rev. enferm. UFPI*, v. 5, n. 4, p.75-79. 2016.

MOURÃO NETTO, J. J *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev. panam. salud pública*, v. 42, p.1-7. 2018.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, vol.34, n.1, p.92-96. 2010.

NET-ESCOLA. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. (2020). Disponível em <http://www.net-escola.ufba.br/>. Acesso em 12.03.2020.

NOGUEIRA, P. T. A *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9p. 2889–98. 2016.

OLIVEIRA, V. A. *et al.* A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS): avanços até o momento. In: Gusmão, C. M. G. (org). *Relatos do uso de Tecnologias Educacionais na Educação permanente de profissionais da saúde no Sistema Universidade Aberta do SUS*. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2014. p.311-328.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação* v. 23, nº supl.1, p. 1-16. 2019a.

OLIVEIRA, F. P *et al.* O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014”. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, nº supl.1, p. 1-17. 2019b.

OLIVEIRA, F. P *et al.* “Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional”. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n.54, p. 623–34. 2015.

OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa Mais Médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trab. educ. saúde*, v 17, n.1, p.1-19. 2019.

OLIVEIRA J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21 n. 9, p. 2719-2727, 2016.

OLIVEIRA, H; ALMEIDA, J. Desdobramentos da noção de memória discursiva: o caso Mais Médicos. *Discurso & Sociedade*, v. 12, n. 3, p. 536-550. 2018.

OLIVEIRA, M.A.; GONÇALVES. H. B. Programa mais médicos: a regulamentação das atividades e os fundamentos legais. *Ciências Humanas e Sociais*, v. 4, n.1, p. 97-112. 2017. |

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e Sistema de Saúde no Brasil [recurso eletrônico]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.473-487.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, M.C. (*org*). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de janeiro: Fiocruz, 2009. p. 165-182.

PAULA, J. B; WESTPHAL M. F. Sistemas de saúde, cooperação horizontal e o programa Mais Médicos no Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.31, n. 4, p.1-9. 2018.

PEDROSA, J. I. S. Implantação e desenvolvimento do curso de medicina em Paraíba a partir do PMM. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, n. supl.1, p.1-15. (2019).

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região Amazônica, Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação, comunicação e saúde*, v.21, n. supl.1, p.1181-1192. 2017.

PENHA, R.C. *et al.* A gestão da supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil por instituições de educação superior. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação, comunicação e saúde*, v.23, n. supl.1, p. 1-11. 2019.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg. saúde debate*, n. 51 p. 105-120. 2014.

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação, comunicação e saúde*, v..21, n. supl.1, p.1087-1101. 2017.

PRANDI, D; E MENEZES, H. Z. Cooperação Estruturante em Saúde e o potencial da cooperação Sul-Sul: os casos do Mais Médicos para o Brasil e da Sociedade Moçambicana de Medicamentos. *Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais*, v. 3, nº 1, p. 75-99. 2018.

RAMOS, R. M. Programa Mais Médicos: aversão e preconceito: uma análise na perspectiva do pensamento de Frantz Fanon. *CSONline: Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, n. 24, p. 1-17.2017.

RANGEL-S, M. L.; RAMOS, N.; QUEIROZ, G.S. Educação permanente em saúde no Brasil na modalidade EAD: produção científica em periódicos. *Revista EDaPECI*, v.17. n. 3, p. 61-75 . 2017

RANGEL-S, L. M. *et al.* Curso de Especialização em Saúde da Coletiva, concentração em Atenção Básica – Saúde da Família (EaD): uma experiência de inovação frente ao desafio da complexidade. *RESDITE*, v. 4, n. especial II, p.14- 25. 2019.

RANGEL-S, M.L. *et al.* Desafios da orientação dos Trabalhos de Conclusão de Curso de especialização em saúde coletiva na modalidade a distância. In: RANGEL-S, M.L; RICCIO, N. C.R.; GUIMARÃES, J.M.M. Educação a Distância em Saúde Coletiva: interfaces na formação profissional. Salvador: EDUFBA, 2016. p.175- 203.

RECH, M.R.A *et al.* Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Publica*, vol. 42, n.16, p. 1-11. 2018.

RIBEIRO, A. E. “Questões de multimodalidade e produção de sentidos em charges sobre o programa Mais Médicos”. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras*, v. 26, n. 52, p. 49-71. 2016

RIBEIRO, D. D; PELEGRINI, T; RODRIGUES, C. T. Implementação e prospecções do Programa Mais Médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon. *Revista Espacios*, vol. 38, n. 38, p. 17-32. 2017.

RIBEIRO, M. T.A.M.; *et al.* Implantação das políticas públicas de provimento e fixação de médicos no Ceará. *Revista cadernos especiais do Ceará*, v.12, n.92, p. 92-104. 2018.

RIOS, D.R.S; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde Soc*, vol. 27, nº 3, p.794–808. 2018.

RODRIGUES, K. M. de A. “O Programa Mais Médicos do Governo Federal: um aporte pedagógico na saúde para a construção da cidadania”. *Tempus Actas de saúde coletiva*, v. 9, n. 4. 2015.

SAUER, A. B. *et al.* Trabalhando com grupos na Atenção Básica à Saúde [recurso eletrônico]. Florianópolis: UFSC, 2018. 38p.

SAINT-EXUPERY, A. O pequeno príncipe. Rio de Janeiro: Agir, 2005.

SANTOS, B. F. *et al.* Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saúde Soc*, v. 25, n. 4, p. 1003- 1016. 2016.

SANTOS, W. Y. C. *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde debate*, v. 43, n. 120, p. 256-268. 2019.

- SCHWEICKARD, J. C. *et al.* O Programa Mais Médicos e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. *Saúde Redes*, v. 2, n. 3, p. 328-41. 2016.
- SILVA, B. P *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n° 9, p. 2899–2906. 2016.
- SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2539-2550.2010
- SILVA, H; BAIA, P. Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Saúde Soc.* V. 27, n. 2, p. 614-631.2018.
- SILVA, M, N.; FREITAS, M.A. L. Saúde básica em Pernambuco: antes e depois do Programa Mais Médicos. *Revista Sociais & Humanas*, v. 30, n. 1, p. 10-20. 2017.
- SILVA, M.P; PARAÍSO, M.A. Um currículo na integração ensino-serviço do Programa Mais Médicos e possíveis efeitos culturais. *Trab. educ. saúde*, v.17, n° 3, p.1-18. 2019.
- SILVA, Q. T. A; CECÍLIO, L. C. de O. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). *Saúde debate*, v. 43, n. 121, p. 559–75. 2019.
- SILVA, T. R. B.; SILVA, J. V. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 21, n° 9, p. 2861–2869. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1-5. 2016.
- SOARES, NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, V. 21, n° 9, p. 2709–2818. 2016.
- SOUZA, J.S.; RICCIO, N.C.R.; RANGEL-S, M.L; Educação a Distância numa perspectiva cibercultural: a proposta da Net-Escola. In: RANGEL-S, M.L; RICCIO, N. C.R.; GUIMARÃES. Educação a Distância em Saúde Coletiva: Interface na formação profissional. Salvador: EDUFBA, 2016. p.33-53.
- STEWART, M. *et al.* Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico [recurso eletrônico]. 3ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2017.
- STORTI, M.M.T; OLIVEIRA, F.P. XAVIER, A.L. A Expansão de Vagas de Residência de Medicina de Família e Comunidade Por Municípios e o Programa Mais Médicos”. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n° supl.1, p. 1301-13. 2017.
- TEIXERA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J.P. Modelos de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. p.18-58.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira, C. (org). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: Paim, J.S. e Almeida-Filho, N. de. Saúde Coletiva: Teoria e Prática, Rio de Janeiro: MedBook. 2014. p. 287 a 301.

TERRA, S.L.V *et al.* Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2825–36. 2016.

THUMÉ, E. *et al.* Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.9, p. 2807-2814. 2016.

Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Regimento interno do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica - Saúde da Família. Salvador: UFBA, 2018a.

Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Projeto Político Pedagógico do curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica - Saúde da Família. Salvador: UFBA, 2018b.

Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Relatório final do curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica - Saúde da Família. Salvador: UFBA, 2019.

UNA-SUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Institucional. 2020. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus> . Acesso em 20/04/2000.

VARGAS, A.F.M. *et al.* Programa Mais Médicos e as Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina: uma análise comparativa entre instituições de ensino superior. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação* v. 23, n. supl.1, p.1-15. 2019.

VALDES, I. N. F.; SANTOS, E. O.; PRADO, E. V. Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*, V. 20, n. 3, P. 403–13.2017.

VASCONCELOS, E. Educação popular: instrumentos da gestão participativa dos serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da saúde. Caderno de educação popular e saúde. 1edição Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.18-30

VILLA REAL, G. G. *et al.* Estudantes e Professores da Área da Saúde Conhecem o Programa Mais Médicos?. *Revista Brasileira de educação médica*, v. 41, n.1, p.110 – 116. 2017.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

XAVIER, S.S. *et al.* Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico. *Divulgação em saúde para debate*, n. 58, p. 285-295. 2018.

ANEXO 1- MATRIZ PARA PROCESSAMENTO DE DADOS

OBJETIVO	PERGUNTAS	DOCUMENTOS	INFORMAÇÃO A SER PRODUZIDA
<p>Analisar os PI dos médicos inseridos no PMM, participantes do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Atenção Básica-Saúde da Família, no Estado da Bahia, verificando as possíveis contribuições nas mudanças do modelo hegemônico de atenção à saúde.</p>	<p>- O que os trabalhos de conclusão de curso (TCC) sob a forma de projeto de intervenção apresentam como evidências?</p> <p>- O que o TCC pode evidenciar nas mudanças dos modelos de intervenção?</p>	<p>- Relatório final - Banco de TCC - AVA</p>	<p>Análise completa: a dissertação</p>
<p>Identificar e caracterizar as temáticas abordadas nos TCC.</p>	<p>- Quais temáticas estão presentes nos TCC? - Quais os principais problemas/necessidades de saúde são abordados? Os temas estão voltados para uma perspectiva de atuação clínica de resolução de problemas imediatos ou voltam-se para a integralidade das ações?</p>	<p>- Relatório final</p>	<p>Caracterização das temáticas</p>
<p>Verificar possíveis aproximações e distanciamentos dos TCC aos modelos de atenção.</p>	<p>- Quais modelos de atenção estão presentes no TCC? - É possível identificar os modelos alternativos de atenção à saúde? A intervenções restringe-se ao modelo de atenção hegemônicos ou extrapola os limites desse modelo, englobando ações de promoção da saúde?</p>	<p>- Banco de TCC</p>	<p>Análise do conteúdo dos TCC</p>

ANEXO 2 -TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Elisabete Souza Ferreira, aluna do programa de mestrado acadêmico do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), solicito acesso os dados (ficha de inscrição dos alunos, relação dos profissionais por município, Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), relação dos aprovados e relatório final do curso) referente a 1ª turma do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Concentração em Atenção Básica - Saúde da Família.

Estes dados serão utilizados para compor a pesquisa intitulada por “ Análise de Projetos de Intervenção em TCC em um curso do Programa Mais Médicos: mudanças ou manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde? ” A pesquisa, sob a orientação da prof.^a Dr.^a Maria Lígia Rangel Santos e coorientação da prof.^a Dr.^a Marcele Carneiro Paim, tem por objetivo geral analisar os TCC dos médicos-cursistas inseridos no Programa Mais Médicos participantes da 1ª turma do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Concentração em Atenção Básica - Saúde da Família, no Estado da Bahia.

Comprometo-me em manter a confidencialidade dos dados e dos indivíduos no que diz respeito ao nome e a privacidade dos estudantes e aos títulos dos TCC. Também é minha responsabilidade não repassar os dados a pessoas não envolvidas na pesquisa. Por fim, responsabilizo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações solicitadas apenas para o cumprimento dos objetivos previsto na referida pesquisa.

Salvador, 31 de maio de 2020.

Elisabete Souza Ferreira