



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA

**PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE OS PROBLEMAS E
DESAFIOS DO PROJETO “MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” NO CENÁRIO
DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO EM UM
MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA**

Salvador – Bahia

2021

LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA

**PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE OS PROBLEMAS E
DESAFIOS DO PROJETO “MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” NO CENÁRIO
DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO EM UM
MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistema de Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carmen Fontes Teixeira

Salvador – Bahia

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S586p Silva, Larissa Pimentel Costa Menezes.

Percepção de gestores e profissionais sobre os problemas e desafios do projeto "Mais Médicos para o Brasil" no cenário de pandemia do coronavírus: um estudo de caso em um município do Sul da Bahia / Larissa Pimentel Costa Menezes Silva. – Salvador: L.P.C.M. Silva, 2021.

96 f.

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

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

1. Atenção Primária de Saúde. 2. Processo de Trabalho Médico. 3. Programa Mais Médicos. I. Título.

CDU 614.2



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

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva

Percepção de Gestores e Profissionais sobre os Problemas e Desafios do Projeto “Mais Médicos para o Brasil” no Cenário de Pandemia do Coronavírus: Um Estudo de Caso em um Município do Sul da Bahia.

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: 12 de agosto de 2021

Banca Examinadora:

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira –
ISC/UFBA

Profa. Ednir Assis Souza – EE/UFBA

Profa. Catharina Leite Matos Soares – ISC/UFBA

**Salvador – BA
2021**

Dedicatória

À minha querida família, meu esposo Alan e meus filhos Guilherme e Mariana, que tanto amo, dedico o resultado do esforço realizado ao longo deste percurso.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao **Senhor e Salvador** da minha vida, **Jesus Cristo**, pelo amor incondicional para com à minha vida, por ter me feito acreditar que tudo é possível ao que crê.

Ao meu esposo **Alan** que me incentivou a continuar nos momentos mais difíceis desta longa trajetória.

Aos meus filhos **Guilherme e Mariana** que souberam dividir o tempo de forma que pudessem me apoiar neste processo.

Aos meus pais **Rosevaldo e Vera**, que não mediram esforços para estarem ao meu lado me apoiando com palavras encorajadoras durante toda essa trajetória.

Ao meu pastor e pastora, **Hermevaldo e Gláucia** pelas orações e palavras de fé.

Também expresso a minha eterna gratidão à querida Professora **Carmen Teixeira** que teve muita paciência em compreender minhas limitações, problemas pessoais e me impulsionou a não desistir no momento mais difícil da minha vida.

Às queridas professoras **Liliana e Isabela** por me incentivar a romper os meus limites. À minha querida amiga e colega **Cely** por todo apoio dispensado durante o mestrado.

Aos **gestores do município de Ilhéus** e aos **médicos participantes do Projeto Mais Médicos** por contribuir com o desenvolvimento da pesquisa e o fortalecimento da SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- ATENÇÃO BÁSICA

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

ADAPS- AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

CADHI - CENTRO DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO HIPERTENSO E IDOSO

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS – AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGRAS

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE

CGPROP – COORDENAÇÃO GERAL DE PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA - CGPROP

CLT - CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DE TRABALHO

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

DESF – DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ENSP – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

ESF- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMILIA

ESPIN – EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL

FGTS- FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

FIOCRUZ- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF – NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICANA DA SAÚDE

PACS – PPROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE

PMM- PROGRAMA MAIS MÉDICOS

PMMB – PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
PMPB- PROGRAMA MAIS MEDICOS PELO BRASIL
PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS- UNIDADE BASICA DE SAÚDE
UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB sobre os desafios do provimento e da reorganização do processo de trabalho médico frente ao cenário de pandemia do Coronavírus no município de Ilhéus/BA em 2020. Trata-se de um estudo de caso da inserção e atuação nas unidades de atenção básica dos médicos contratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil no município de Ilhéus/BA. A produção de dados foi feita através de revisão documental e entrevistas aos gestores de saúde do município e a quatro profissionais médicos contratados pelo programa. A análise dos resultados contemplou a percepção dos gestores acerca do provimento médico no município bem como as ações de monitoramento, supervisão e avaliação do desempenho dos profissionais realizada pela coordenação da atenção básica. A análise do processo de trabalho médico, por sua vez, tomou como referencial a teoria do processo de trabalho em saúde, buscando-se, identificar se houve mudanças nos objetos, meios de trabalho utilizados pelos profissionais e formas de organização do trabalho no cotidiano de sua prática, antes e durante a eclosão da pandemia da Covid-19. As conclusões apontam que apesar do número de vagas ser insuficiente para atender as necessidades do município, no que se refere ao aumento da cobertura da Atenção Básica, o provimento e fixação de médicos por meio do PMMB, apresenta avanços importantes no que concerne ao acesso da população à rede e à humanização do cuidado e ao atendimento de necessidades de saúde relacionadas com as precárias condições socioeconômicas e o perfil epidemiológico da população, caracterizado pela alta prevalência de doenças crônicas, desnutrição, violência doméstica e, mais recentemente, com a eclosão da pandemia da Covid-19.

Palavras -chave: Atenção primária de saúde; Processo de trabalho médico; Programa mais médicos;

ABSTRACTS

The objective of this work is to analyze the perception of managers and professionals involved in the Mais Médicos Project about the challenges of providing and reorganizing the medical work process in light of the Coronavirus pandemic scenario in the city of Ilhéus/BA in 2020. This is a case study of insertion and performance in primary care units of doctors hired by the Mais Médicos program in the city. Data production was carried out through document review and interviews with municipal health managers and four medical professionals hired by the program. The analysis of the results included the perception of managers about the medical provision in the city, as well as the actions of monitoring, supervision and evaluation of the performance of professionals carried out by the coordination of primary care. The analysis of the medical work process, in turn, took as a reference the theory of the health work process, seeking to identify if there were changes in the objects, means of work used by professionals and forms of work organization in the daily life of practice before and during the outbreak of the Covid-19 pandemic. The conclusions point out that despite the number of places being insufficient to meet the needs of the city, with regard to the increase in the coverage of Primary Care, the provision and retention of doctors through the PMMB, presents important advances in terms of access to the population to the network and humanization of care and meeting health needs related to precarious socioeconomic conditions and the epidemiological profile of the population, characterized by the high prevalence of chronic diseases, malnutrition, domestic violence and, more recently, with the outbreak of the pandemic of Covid-19.

Key words: Primary health care; medical work process; Programa Mais Médicos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
	1.1 - O Programa Mais Médicos - PMM	14
	1.2 - O Programa Médicos pelo Brasil - PMpB	19
2	OBJETIVOS	21
	2.1 – Objetivo Geral	21
	2.2 – Objetivos Específicos	21
3	JUSTIFICATIVA	22
4	ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	22
	4.1 – Referencial teórico	22
	4.2 – Desenho do estudo	25
	4.3 – Cenário do estudo	26
	4.4 – Sujeitos da pesquisa	27
	4.5 – Procedimentos e técnicas de produção de dados	28
	4.6 – Plano de análise	30
	4.7 – Aspectos éticos	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
	5.1 - Percepção dos gestores de saúde sobre provimento dos médicos pelo PMMB em Ilhéus	32
	5.2 - Avaliação geral do PMMB e mudanças observadas na APS com a adesão ao PMMB	36
	5.3 - Percepção dos gestores acerca do processo de trabalho dos médicos do PMMB	38
	5.4 - Monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB	41
	5.5 - Percepção dos médicos sobre a finalidade do trabalho realizado na unidade	43
	5.6 - Principais problemas e necessidades de saúde das pessoas atendidas.	45

5.7 - Conhecimentos e instrumentos utilizados no cotidiano do trabalho como médico	46
5.8 - Rotina assistencial da unidade antes da pandemia e mudança no processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19	47
6 COMENTÁRIOS FINAIS	51
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	58
Apêndice 1 - Lista dos sujeitos entrevistados por cargo/função	59
Apêndice 2 - Matriz de análise documental	59
Apêndice 3 - Perfil dos participantes da pesquisa – gestores	60
Apêndice 4 - Perfil dos participantes da pesquisa – médicos	60
Apêndice 5A - Roteiro para entrevista – gestores de saúde	61
Apêndice 5B - Roteiro para entrevista – Médicos	62
Apêndice 6 – Termo de consentimento livre esclarecido	63
Apêndice 7A – Matriz de análise das entrevistas com os gestores	65
Apêndice 7B – Matriz de análise das entrevistas com os médicos	76
Apêndice 8 – Parecer de aprovação CEP	93

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988, com base nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização e participação popular. Está organizado em três níveis assistenciais: primário, secundário e terciário, organizados a partir do grau de densidade tecnológica necessário à resolução dos problemas e atendimento das necessidades de saúde da população (Paim, 2009).

No que se refere ao nível primário de atenção, conhecido internacionalmente como Atenção Primária de Saúde (APS), desde o início do século XX existiram, no Brasil, experiências isoladas de implantação de serviços de saúde voltados para os cuidados primários em saúde (Giovannella, 2008).

Nos anos 70 do século passado, em função do debate internacional sobre a importância desse nível de atenção, que culminou com a realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, foi implantado o Programa de Interiorização das ações e saúde e saneamento – PIASS, especialmente na região Nordeste do Brasil. Este programa contemplava a implantação de unidades básicas de saúde que contavam com uma equipe mínima, composta por médico, enfermeira, visitadora sanitária e atendentes rurais (Donnangelo, 1983).

Entretanto, somente com o processo, posterior, de luta pela Reforma Sanitária Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988 e da aprovação da legislação orgânica do SUS (Leis 8080 e 8142), intensificou-se o debate sobre a necessidade de se reorganizar o sistema, o que exigia a implantação e expansão de serviços de saúde que compõem o nível primário de atenção (Paiva e Teixeira, 2014).

Assim, no contexto do enfrentamento da epidemia de cólera, no início dos anos 90, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ampliado posteriormente com a criação do Programa de Saúde da Família -PSF, em 1994, que representou um avanço na implantação de unidades básicas de saúde que passaram a contar com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde. (Teixeira e Vilasboas, 2014)

Este programa foi transformado, alguns anos depois, na Estratégia de Saúde da Família – ESF, processo que denota a importância que ganhou, no âmbito decisório do Ministério da Saúde na época, a implementação de uma “política” de atenção básica, que,

todavia, somente foi oficializada enquanto Política em 2006, no contexto do debate em torno da aprovação dos Pactos pela Saúde (Aquino et al., 2009).

Esta primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica, (PNAB) atribuiu à APS um papel central na organização do sistema de saúde, na medida em que ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização pre-dominante – UBS com ou sem ESF (Melo. et.al, 2018).

Em 2011 esta Política foi reformulada, de modo a reforçar a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008, ampliando-se o espectro de profissionais que atuam na Atenção Primária com objetivo de aumentar as possibilidades de intervenção sobre determinantes sociais e subjetivos do processo de saúde-doença, buscando, em decorrência, aumentar a capacidade da APS resolver problemas de saúde da população (Brasil, 2011). Além disto, foi ampliado o conceito de rede de Atenção Primária do SUS, considerando-se não apenas equipes estruturadas segundo os critérios da Estratégia Saúde da Família, mas também Unidades Básicas, denominadas de tradicionais, organizadas, em geral, segundo lógica da Programação em Saúde ou do Pronto Atendimento (Campos, et.al, 2016).

Mais recentemente, em 2017, após as mudanças que ocorreram no governo federal, um dos principais debates sobre APS resultou na elaboração de uma proposta de reformulação da PNAB. Após o anúncio de que a política seria revisada e da divulgação das mudanças propostas, diversas entidades vinculadas ao SUS e ao Movimento da Reforma Sanitária posicionaram-se alertando os riscos para uma atenção primária de qualidade no SUS. Em nota publicada pela Abrasco, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp- Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz), apontavam-se críticas às mudanças no papel dos Agentes Comunitários de Saúde, à implantação de modo reducionista de uma relação de serviços essenciais e estratégicos na APS e nas mudanças nas formas de financiamento da ESF e de equipes tradicionais de atenção básica, com fim da prioridade para o modelo assistencial da ESF (Abrasco, 2017).

Após esses questionamentos, em julho de 2017, o MS lançou uma Consulta Pública, abrindo para a população um espaço de avaliações ao texto proposto. Assim, esta política, (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB), foi formalizada através da Portaria nº

2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando que:

A Atenção Básica é o 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, desenvolvida 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. Além disso, complementa, que a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

Segundo Campos (2016), estas novas formulações da Política Nacional de Atenção Básica não alteraram a abordagem de planejamento e de gestão do Ministério da Saúde, que prosseguiu com mecanismos pouco potentes de indução e de estímulo aos municípios e estados. Dito isto, um dos elementos importantes a estudar em uma política são os problemas reconhecidos e enfrentados por ela. No caso em questão, poderiam ser um conjunto de desafios e nós críticos da AB, tais como a insuficiente legitimidade social, o baixo grau de coordenação de cuidado e integração com os demais serviços das redes de atenção, a necessidade de melhorar o acesso e os modos de cuidar nas unidades de saúde, a necessidade de formar, prover e fixar bons profissionais na APS, a superação do subfinanciamento, entre outros (Melo et. al 2018).

Segundo Giovanella (2012), um dos nós críticos para o sucesso da ESF são os vazios assistenciais, locais que não conseguem prover e fixar profissionais de saúde na atenção básica, em especial médicos, não garantindo acesso aos serviços básicos de saúde pela população. A rotatividade de profissionais, principalmente médicos, coloca-se como entrave ao desenvolvimento de atenção integral à saúde, o que potencializa a necessidade de ações no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde.

1.1. O Programa Mais Médicos

O esforço de garantir o provimento e fixação de médicos em áreas remotas, especialmente em municípios de pequeno porte no interior do país e nas periferias das grandes cidades, tem sido, assim, objeto de vários estudos e pesquisas (Rios e Teixeira, 2018) que apontam a carência relativa desse profissional porquanto observa-se, uma

concentração de profissionais nas regiões, estados e municípios mais desenvolvidos econômica e socialmente

De fato, segundo o Conselho Federal de Medicina, em 2010, havia no Brasil 388.015 médicos e uma população de 193.867.971 habitantes (com razão de 2,00 médicos/1000 hab.) Destes, 66.532 (17%) estavam registrados no Nordeste, com razão de 1,18 médicos/1000 hab. Segundo o Ministério da Saúde, os quatro estados com piores indicadores de distribuição de médicos antes do PMM no Nordeste, na relação médicos/1000 hab. eram: Bahia (1,09), Ceará (1,05 médico/1000 hab.), Piauí (0,92) e Maranhão (0,58). O estado de Pernambuco se situava como o de maior indicador de distribuição no NE (1,39) (Nogueira. et.al, 2016)

O cenário de dessassistência médica no Brasil entre 2011 e 2013, segundo o Ministério da Saúde (Oliveira et. al, 2017) , apresentava os seguintes aspectos: Número de médicos por habitantes abaixo da média de países com padrão similar de desenvolvimento ao do Brasil, aos países com sistemas universais de saúde e aos 34 países da Organização para Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), médicos concentrados nas regiões metropolitanas e de maior renda mesmo nas grandes cidades, ausentes nas áreas de maior vulnerabilidade, mais de 1.900 municípios possuíam menos de 1 médico para cada 3.000 habitantes na atenção básica e o Brasil precisaria de 168.424 médicos, de acordo com a população atual, para alcançar o índice de países com maior cobertura assistencial pública (a exemplo do Reino Unido, do Canadá, da Austrália).

Nesse contexto de escassez de médicos, rotatividade e concentração destes profissionais nos grandes centros, em 4 de fevereiro de 2013, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP), lançou a campanha “Cadê o médico?” e organizou uma petição reivindicando do Governo Federal medidas necessárias para a provisão de médicos nas diversas regiões do país. Entre as propostas deste segmento, destaca-se a flexibilização de regras para a entrada de médicos estrangeiros para atuarem na atenção básica. Essa petição foi assinada por mais de 2.500 prefeitos, com 4.600 assinaturas e adesões de dezenas de entidades municipalistas de todo o país (Frente Nacional dos Prefeitos, 2013).

Mobilizado por essa questão, em 2013, o Governo Federal criou o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei Nº 12.871, de outubro desse mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional. Com a finalidade de alocar médicos nos vazios assistenciais e enfrentar os problemas de acesso da população vulnerável às ações e serviços de saúde com qualidade, esse programa foi estruturado em três eixos de ação: 1-

investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde, por meio do Programa Requalifica UBS. 2 - ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país; 3- o terceiro, intitulado “Projeto Mais Médicos para o Brasil” (PMMB), contemplou a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis que, cuja intencionalidade é ampliar a oferta de atenção médica na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS.

Objeto deste estudo, o PMMB é a expressão de uma política pública que tem por finalidade inserir profissionais médicos na atenção primária, em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço, nos termos do art. 14 da Lei nº 12.871/2013, e do art. 2º da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC/2013 e do art. 2º da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC/2013. (Brasil 2013).

Confira-se, a propósito, o que diz a legislação: os objetivos principais do PMM contemplavam: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica; aprimorar a formação médica, com o aumento da quantidade de campos de prática; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente, com a integração educação-serviço, por meio da supervisão acadêmica; promover a troca de experiências entre os médicos brasileiros e os estrangeiros; estimular pesquisas voltadas ao SUS; aperfeiçoar os médicos para atuação em políticas públicas de saúde (Brasil, 2013) .

No que diz respeito à seleção e contratação, o programa propunha como prioridade que o preenchimento de vagas se desse através da seleção e contratação de médicos brasileiros formados em instituições brasileiras, estando em segundo lugar brasileiros formados em instituições estrangeiras e, por último, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior.

Diante do não preenchimento das vagas¹, visto que os chamamentos públicos, inicialmente, não tiveram expressivas adesões de médicos brasileiros principalmente em regiões vulneráveis de difícil acesso, foi feita, em larga escala, a contratação de médicos estrangeiros formados em Cuba, opção que foi incansavelmente criticada, principalmente

¹ Segundo dados do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), em 2013 o contingente de médicos brasileiros e intercambistas era de 1.280 profissionais.

por parte da elite dirigente da categoria médica brasileira (Rios e Teixeira, 2018.) Um dos argumentos utilizados pelos críticos dizia respeito ao fato da seleção e contratação desses profissionais ter sido diferente da dos demais, tendo em vista que não se exigia, a revalidação do diploma dos médicos cubanos, e a contratação era feita por meio de acordo entre o governo brasileiro e o cubano com a intermediação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), enquanto que para os demais estrangeiros ou brasileiros formados no exterior exigia-se o exame intitulado “Revalida”, sendo a contratação feita diretamente com cada profissional.

Apesar das críticas o PMM foi implementado e consolidado no período 2013-2015, sendo que, no período inicial de implementação nos municípios, técnicos do Ministério da Saúde, refeririam a ocorrência de uma mudança significativa, porquanto, os municípios que contavam com médicos contratados pelo município (provimento próprio) tinham médicos nas equipes que não cumpriam a carga horária, que se restringiam ao atendimento individual e ambulatorial e comumente vivenciavam a situação de aceitar imposições de médicos, ainda que contrariando normas, sob pena de deixar a população sem assistência médica no município. Com a chegada dos profissionais médicos participantes do Projeto, passou-se a ver profissionais médicos cumprindo a carga horária e participando ativamente do planejamento e execução das atividades da equipe, na realização de visitas domiciliares, ações educativas, participação em reuniões de equipes, entre outros. Aliado a isso, o acompanhamento permitiu observar o empoderamento dos gestores municipais que passaram a exigir de médicos com vínculos próprios ações e participação semelhantes aos médicos do Projeto. (Referências Estaduais da Bahia/MS, 2017).

Pesquisa realizada por Rios (2017) aponta que os resultados da avaliação do PMM indicam que o Projeto reduziu iniquidades em saúde, aumentando a proporção médico/habitante e melhorando a qualidade da relação médico-paciente, propiciando atendimentos mais humanizados, ao tempo em que favoreceu a integração das práticas dos diferentes profissionais das equipes de saúde, aumentando a efetividade das ações nas UBS. O autor, com base em revisão de literatura, considera que o PMM conseguiu desencadear um processo de mudança nos modelos de atenção vigentes no SUS, por incidir em vários dos aspectos que determinam e condicionam o processo de reprodução dos modelos vigentes, contribuindo para a introdução de mudanças significativas no mercado de trabalho médico e na formação dos recursos humanos para a saúde.

Um dos elementos que possivelmente contribuiu para explicar os resultados favoráveis do PMM, nos primeiros anos de implementação, foi o fato da maior parte dos

médicos participantes serem oriundos do Acordo de Cooperação Internacional entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) com o Governo de Cuba, os chamados médicos intercambistas cooperados, o que possivelmente favoreceu às mudanças de práticas citadas acima, visto que faz parte da cultura estabelecida entre estes profissionais. De fato, o contingente de médicos cooperados era de 5.400 profissionais em 2013, tendo alcançado o patamar máximo de 11.429 em 2015 e, em maio de 2017, esse número era de 8.671 profissionais. Já o contingente de médicos brasileiros e intercambistas que era de 1.280 profissionais em 2013, passou, posteriormente, em maio de 2017, a 9.569 profissionais, sendo insuficiente para o total de 18.240 vagas do Programa.

Durante o ano de 2018, entretanto, acirraram-se as críticas à contratação e permanência dos médicos cubanos no Programa, principalmente por parte de um dos candidatos à presidência da República, no contexto do processo eleitoral, o que motivou o Governo de Cuba, em resposta às ameaças do referido candidato, eleito em novembro, romper o Acordo de Cooperação Internacional, e ordenar o regresso de cerca de 8 mil médicos cubanos ao seu país. (Agência Brasil, 2018)

A partir deste cenário o MS precisou reajustar novas estratégias de provimento para substituição destes profissionais com o objetivo de minimizar o impacto da saída dos médicos cooperados na assistência à população. Assim, foi lançado, em novembro e dezembro de 2018, editais para chamamento de médicos brasileiros formados no Brasil e no exterior. Com isso, o Programa passou a contar, em sua grande maioria, com médicos brasileiros, com algumas exceções, sendo que, apesar do interesse crescente dos médicos “CRM Brasil” por vincular-se ao programa a partir de 2015, como apontamos anteriormente, em maio de 2017, o contingente desse perfil era de 9.569 profissionais, sendo insuficiente para o total de 18.240 vagas do Programa. (Técnicos Estaduais Bahia, 2019). Assim, apesar do aumento considerável da adesão de médicos “CRM Brasil”, a ocupação de vagas em municípios de maior vulnerabilidade e difícil acesso permaneceu muito baixa, cabendo ressaltar que o tempo de permanência dos médicos nestes municípios é inferior a 90 dias. (Técnicos Estaduais Bahia, 2019).

1.2. O Programa Médicos pelo Brasil – PMpB

O Governo atual lançou, em agosto de 2019, o Programa Médicos pelo Brasil - PMpB em substituição ao PMMB. Criado por meio da Medida Provisória 890/2019, e instituído por meio da lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, este programa tem o objetivo de redirecionar os médicos vinculados ao Projeto para os locais com maior dificuldade de acesso e vulnerabilidade, além de formá-los em especialistas em Medicina da Família e Comunidade (Brasil, 2019).

Alguns aspectos da lei do PMpB diferem do instituído pela lei do PMMB, na medida em que só são admitidos médicos com inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina, que tenham seus diplomas legalizados - formados em universidades brasileiras ou que tenham feito o Revalida, caso possua o diploma no exterior. Além disso, os profissionais inscritos precisam obrigatoriamente passar por uma formação de 2 anos em Medicina de Família e Comunidade, sendo que, para concluírem a especialização os profissionais terão de apresentar, como Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, uma análise da saúde local no lugar onde estão atuando. A contratação só será feita após a obtenção do certificado de especialista em Medicina de Família e Comunidade, pelo regime CLT (com direito a FGTS, férias e 13º)².

Segundo Heleno Corrêa Filho, médico e diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes o **Programa Médicos pelo Brasil** em substituição ao Programa Mais Médicos, criado no governo Dilma, “tem bons aspectos” quando trata da formação médica e “corrige defeitos do programa anterior”, afirma. De outro lado, pontua, que a nova proposta “restringe a população assistida, restringe as áreas populacionais que seriam cobertas pela proposta, restringe o financiamento e tem uma proposta muito ruim acoplada, que é a criação de agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS³)”. (Filho, 2019)

² O PMM pagava uma bolsa de R\$11.800 + ajuda de custo, sem vínculo empregatício, e por tempo determinado.

³ Ponto mais criticado e controverso do documento, a criação da ADAPS é, para a Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, a “porta para o setor privado na APS do SUS”. Em nota, a rede destaca que a abrangência de suas atribuições ultrapassa a gestão do Programa Médicos pelo Brasil e passa pelo desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, prestação de serviços de APS e articulação com órgãos e entidades públicas e privadas para cumprimento de seus objetivos. As críticas se direcionam principalmente à previsão de contratação direta dos planos e operadoras para prestação de serviços de Atenção primária mediante contrato de gestão com o poder público, o que significa a transferência direta de recursos públicos para o setor privado; e a composição do Conselho Deliberativo da ADAPS, com representante do setor privado, além de integrantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Independente das fases do **Projeto Mais Médicos para o Brasil** e quais foram os reais fatores de mudanças de prática, tem-se que proporcionou a ampliação do acesso à saúde e a redução de internações por causas evitáveis, em especial nas regiões mais remotas do país (Gonçalves, 2016). Assim, a implementação da política de provimento e atuação dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil na Atenção Primária à Saúde devem ser considerados um importante pilar para o enfrentamento de quaisquer problemas em saúde pública que levem a garantir os princípios fundamentais ditos pela Constituição Federal (acesso universal, integral e equânime) à população.

Nesse sentido, cabe destacar o desafio que este projeto enfrenta no momento atual (2020) marcado pela emergência de uma crise sanitária sem precedência, de ampla proporção e disseminação, qual seja, a pandemia da COVID-19, declarada, em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e, a partir de 3 de fevereiro de 2020, como Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pelo Ministério da Saúde no Brasil .

Neste cenário, o MS estabeleceu o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), cujas medidas contemplam os seguintes eixos: a) vigilância; b) suporte laboratorial; c) medidas de controle da infecção; d) assistência; e) assistência farmacêutica; f) vigilância sanitária; g) comunicação de risco; e, h) gestão.

Dentre as ações constantes do **eixo da assistência**, encontra-se a promoção e organização para atendimento aos casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave, bem como a garantia de acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos pelo novo Coronavírus.

Diante disso, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), vinculada ao Ministério da Saúde, criou e disponibilizou o "Protocolo de Manejo Clínico do COVID-19 na Atenção Primária à Saúde", com o objetivo de definir o papel dos serviços de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF) no manejo e controle da infecção COVID-19, assim como disponibilizar os instrumentos de orientação clínica para os profissionais que atuam na porta de entrada do SUS a partir da transmissão comunitária do novo coronavírus no Brasil.

e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e nenhuma menção à participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). (<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/24/>)

Segundo a Rede de Pesquisa em APS, o fortalecimento da Atenção Primária e do SUS no enfrentamento da pandemia facilita a atenção e a orientação de toda população do país. A coordenação proativa das ações de APS/ESF no território tem elevado potencial de reduzir a disseminação do vírus na população e a gravidade clínica dos casos. Essa coordenação será mais efetiva e eficiente se valorizar os pilares básicos do modelo de ESF desenvolvido com bons resultados por mais de duas décadas no país, conforme atesta a produção científica da academia e dos serviços de saúde (Facchini, 2018):

Diante do exposto, mediante o cenário atual de pandemia, em um momento, que a organização do sistema é essencial no enfrentamento desta doença, bem como, reconhecendo as limitações sobre estudos direcionados a atuação dos profissionais médicos na APS, este projeto partiu do pressuposto que a reorganização dos **processos de produção de serviços** e de **gestão do trabalho em saúde** no âmbito da APS é essencial para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Assim, consideramos relevante investigar a **percepção dos gestores de saúde e profissionais médicos sobre o processo de implementação do PMMB no contexto de pandemia.**

Este estudo, portanto, tem o objeto de pesquisa a Política de Provimento do MS, especificamente o Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB, e buscou analisar, por meio da percepção dos gestores de saúde e profissionais médicos, os possíveis desafios e impactos da implementação desta política frente ao cenário de pandemia (Coronavírus) como contribuição para o fortalecimento da atenção primária e para a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no Projeto Mais Médicos sobre os desafios do provimento e da reorganização do processo de trabalho médico frente ao cenário de pandemia do Coronavírus no município de Ilhéus/BA em 2020.

2.1 Objetivos Específicos

2.2.1 Caracterizar o perfil dos gestores de saúde e dos profissionais médicos participantes do PMMB no município de Ilhéus;

2.2.2 Descrever e analisar a percepção dos gestores municipais de saúde do

município de Ilhéus referente ao provimento e atuação dos médicos do PMMB frente ao cenário de pandemia;

2.2.3 Descrever e analisar a percepção dos médicos do PMMB sobre o processo de trabalho nas unidades básicas de saúde de Ilhéus frente ao cenário de pandemia.

1. JUSTIFICATIVA

Consideramos necessário produzir um conhecimento cientificamente fundamentado acerca do entendimento que os gestores municipais estão tendo sobre os limites e possibilidades de atuação do sistema de saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19, especialmente no que diz respeito à reorganização das ações de Atenção Básica para garantir a vigilância epidemiológica e a detecção precoce de casos suspeitos que possam ser atendidos adequadamente e encaminhados a outros níveis de atenção, se necessário. Nesse sentido, é fundamental conhecer que medidas estão sendo tomadas com relação ao provimento e a organização do processo de trabalho médico nas unidades de saúde, especialmente levando em conta a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nesse contexto. Além disso, o estudo é factível por ser descritivo e exploratório, em um município selecionado da região sul da Bahia, ao qual tenho acesso facilitado por conta da inserção da pesquisadora como consultora técnica da Coordenação Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária à Saúde – CGPROP/MS sendo responsável, especificamente por acompanhar a implementação do PMM nos municípios da Bahia.

4. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1. Referencial teórico

A sistematização do referencial teórico desse estudo toma como ponto de partida a noção de **processo de trabalho médico**, desenvolvida por Mendes Gonçalves (1979, 1992; 2017) a partir da teoria marxista do trabalho no campo da saúde. Segundo Marx (1994), no processo de trabalho a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim.

Tendo em vista que o processo de trabalho em saúde é a forma como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços (Farias, et. al, 2009), Mendes Gonçalves (1979) identifica neste processo os seguintes componentes: os agentes do processo de trabalho, a finalidade e o objeto do trabalho, os instrumentos de trabalho e as relações estabelecidas entre os agentes com seus objetos e instrumentos e dos agentes entre si. Além disso, Mendes Gonçalves destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

Nessa perspectiva, o estudo do processo de trabalho dos médicos do PMMB, levou em conta os seguintes elementos:

- a) os **agentes do processo de trabalho**, ou seja, os médicos propriamente ditos, dos quais será necessário caracterizar o “perfil” demográfico e profissional", incluindo sexo/gênero, idade, raça/cor//etnia, estado civil, ano de graduação no curso médico, especialização (por área e curso, ou seja, se cursou residência em alguma especialidade), tempo de atuação no PMMB, e unidade de saúde em que está lotado, carga horária e valor da bolsa-formação.
- b) A **finalidade** do trabalho por eles realizada nas unidades de atenção básica, definida a partir das normas e diretrizes estabelecidas no PMMB, que podem incluir ações de promoção da saúde, e prevenção de riscos, através de ações comunitárias de educação vigilância em saúde e assistências médica (visitas domiciliares, consultas e encaminhamentos) para atendimento das necessidades de saúde da população que demanda as unidades de atenção primária onde os médicos estão lotados, necessidades estas que quais constituem o **objeto de trabalho médico**;
- c) Os **instrumentos - materiais e não-materiais - de trabalho médico**. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os conhecimentos utilizados pelo médico no exercício de suas atividades, quer sejam conhecimentos derivados da clínica, quer da epidemiológica e demais áreas do conhecimento em saúde que fundamentam a dimensão intelectual do trabalho, ou seja, a atenção médica, em seus aspectos promocionais, preventivos e curativos (Peduzzi, 2003).

- d) O **processo de trabalho médico** propriamente dito, ou seja, as atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho na unidade básica de saúde (consulta, visita domiciliar, tele consulta, utilização de fluxos e protocolos no período anterior e durante a eclosão da pandemia da COVID-19 no município de Ilhéus, e a percepção (subjetiva) sobre as condições de trabalho e sobre o trabalho realizado.

Além dos aspectos mais operacionais, relativos ao processo de trabalho desenvolvido nas unidades, o referencial teórico incorpora a noção de **Gestão do trabalho em saúde** (Pinto, et.al. 2017) para a compreensão e análise da percepção dos gestores municipais acerca do PMMB. Nesse sentido, cabe enfatizar que este termo foi incorporado aos estudos acadêmicos e ao processo de formulação de políticas de saúde no Brasil a partir da crítica à noção de “recursos humanos em saúde”, na medida em que se considera os trabalhadores do setor como sujeitos e não apenas como um “recurso” a ser administrado a semelhança dos recursos materiais, físicos e financeiros utilizados na implementação dos serviços de saúde (Pinto, 2017).

Nessa perspectiva, a escassez e a má distribuição dos trabalhadores de saúde, a inadequação dos perfis profissionais às necessidades dos serviços, bem como a precarização das relações de trabalho no setor, e ausência de compromisso de grande parte dos profissionais e trabalhadores de saúde para com o SUS são considerados um dos "nós críticos" do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país (Pinto, 2017).

O enfrentamento dessas dificuldades vem gerando a elaboração de várias propostas de soluções e arranjos para a gestão dos trabalhadores da saúde, a exemplo da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (Brasil, 2009) que trata das relações de trabalho a partir do pressuposto de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde.

Assim o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e

educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

Sob a égide desta Política, vem sendo implementadas propostas de aperfeiçoamento da Gestão do trabalho em saúde no âmbito estadual e municipal, por conta do processo de descentralização. Se, por um lado, isso facilita a definição de propostas mais adequadas à problemática regional e local, por outro, tem evidenciado a existência de problemas estruturais e conjunturais, que repercutem na capacidade de gestão de muitas secretarias de estado e municípios na área de gestão do trabalho e da educação em saúde, ressalta a autora.

Com base nesse referencial, esse estudo pretendeu abordar, a dupla dimensão – assistencial e gerencial do processo de trabalho dos médicos do PMPB no município de Ilhéus-Ba, partindo da análise da percepção dos gestores acerca do processo de implantação do PMMB no município, incluindo a definição das necessidades de médicos para o município, se estas necessidades foram atendidas com o provimento médico fornecido pelo PMPB, em número e tipo, ou seja, em termos quantitativos (número de médicos solicitados), e perfil profissional dos médicos (clínicos gerais, pediatras, especialistas de outras especialidades, etc...), bem como as características dos agentes (médicos) e do processo de trabalho que desenvolvem nas unidades básicas do município, analisado sua percepção acerca da finalidade do trabalho, do objeto, instrumentos e atividades que realizam.

Estes conceitos-chave, ou seja, os conceitos de processo de trabalho médico e gestão do trabalho em saúde, foram, portanto, o ponto de partida para a definição das questões que compuseram a entrevista semiestruturada aplicada aos gestores e profissionais médicos do PMMB lotados no município de Ilhéus, como se detalha a seguir.

4.2 - Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, em que se busca analisar a percepção dos gestores de saúde e profissionais médicos sobre o provimento e atuação dos médicos inseridos na AB frente à pandemia do Coronavírus. Para Minayo (1979) é a modalidade de estudo que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado e possibilita a apreensão e a análise da realidade que, dada sua dinâmica e complexidade, não se deve limitar à quantificação dos eventos. Além disso,

o estudo exploratório possibilita ao pesquisador captar conhecimentos e comprovações teóricas, a partir de investigação de determinadas hipóteses avaliadas dentro de uma realidade específica, podendo proporcionar o levantamento de possíveis problemas ou o desenvolvimento posterior de uma pesquisa descritiva ou ainda experimental (Triviños, 1987).

4.3 – Cenário do Estudo

O estado da Bahia em seu Plano Diretor de Regionalização - PDR está dividido em **9** Núcleos Regionais de Saúde - NRS, possui **417** municípios, **396** aderidos ao PMMB, **1738** vagas do PMM e **1576** médicos ativos, atualmente. A região sul do Estado é composta por **67** municípios e possui **60** entes federativos aderidos ao PMMB. Com relação ao cenário frente as vagas ofertadas pelo PMM, possui o total de **225** vagas e **200** médicos ativos. O município de Ilhéus/BA, cenário deste estudo, possui o total de **7 médicos ativos do PMMB**.

O município de Ilhéus localiza-se na micro-região Cacaueira, a região Sul do Estado da Bahia a cerca de 462Km de Salvador, possui extensão territorial de 1.584,693Km²e uma densidade demográfica de 104,67 hab/Km². Foi fundada em 1536 como "Vila de São Jorge dos ilheos", e elevada a cidade em 1881. É conhecida por ambientar os romances de Jorge Amado, famoso escritor baiano, como Gabriela, Cravo e Canela e Terras do Sem Fim.

Está entre as sete cidades mais populosas da Bahia (após Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Camaçari, Juazeiro e Itabuna). Possui um produto interno bruto *per capita* que ultrapassa os 21.000 reais. Abriga um importante polo de informática do Estado, além de ser centro regional de serviços junto com Itabuna. Sedia o Aeroporto Jorge Amado, que é portão de entrada para destinos muito procurados, como Itacaré, Canavieiras, Ilha de Comandatuba, Itabuna e a própria cidade de Ilhéus.

De acordo com os dados do censo de 2019, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Ilhéus era de 162.327 habitantes. A área urbana Ilhéus é dividida em quatro partes: Zona Norte, Zona Oeste, Centro e Zona Sul. Esta última, concentrando cerca de 40 por cento da população urbana de Ilhéus.

Em 2018, o salário médio mensal era de 2.5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 21.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 19 de 417 e 16 de 417, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 602 de 5570 e 1172 de 5570,

respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 40.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 401 de 417 dentre as cidades do estado e na posição 2689 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Apresenta 65.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 49.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 23.1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 18.36% para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 137 de 417 e 205 de 417, respectivamente.

O município de Ilhéus apresenta cobertura da Estratégia Saúde da Família de 43,00%, e de Atenção Básica de 54,18%. Possui 22 Equipes de Saúde da Família, 202 Agentes Comunitários de Saúde e 02 NASF implantados. Com relação a Equipes de Saúde Bucal o município apresenta cobertura de 23,67 %. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de 23,23 %. Os Centros de Saúde disponíveis no município funcionam na lógica da assistência à saúde tradicional com equipes compostas por médicos clínicos, ginecologistas, pediatras, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e pessoal administrativo. Algumas dessas unidades são também compostas por equipes de saúde bucal.

Com relação aos serviços de atenção à saúde secundária possui em sua Rede de Atenção Psicossocial o CAPS II, CAPS AD e CAPS; Rede de Atenção Especializada CADHI (Centro De Atenção Ao Diabético Hipertenso e Idoso), CMAE (Centro De Atenção Médica Especializada), Policlínica e Programa Melhor em Casa. A Rede de Urgência é composta pelo SAMU 192, UPA e Rede Hospitalar (Hospital do Cacau de gestão do Estado e Hospital Maternidade Luís Viana Filho de gestão municipal), além da Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus.

4.4 – Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa são os gestores envolvidos na implantação e implementação das Políticas de Provimento do Ministério da Saúde, mais especificamente com a formulação do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB e os médicos participantes do

Programa. A escolha dos sujeitos da pesquisa se justifica devido a seu grande envolvimento com a implementação e acompanhamento do PMMB. Assim, os sujeitos alvo da pesquisa são os gestores de saúde do município de Ilhéus, a saber, secretário de saúde, diretora da atenção básica, diretora de planejamento e médicos participantes do PMM. Todos os sujeitos estão envolvidos diretamente na formulação de estratégias para o enfrentamento ao Coronavírus e na assistência, no caso dos médicos. (Apêndice 1).

Para averiguação dos sujeitos que preencheriam os critérios de inclusão da pesquisa foi realizado contato pessoal, via telefone e/ou e-mail com a Secretaria Municipal de Saúde e/ou com o Coordenador da Atenção Básica esclarecendo sobre a proposta da pesquisa e da liberação do Comitê de Ética e Pesquisa.

Logo após o levantamento das informações foi verificado que 3 gestores selecionados e 4 médicos participantes do PMMB no município de Ilhéus aceitaram participar da pesquisa, 2 médicos recusaram-se a participar e 1 tinha pedido desligamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O agendamento do dia, hora e local para as entrevistas ocorreu diante da autorização dos gestores municipais e dos médicos participantes que preenchiam os critérios de inclusão. Neste dia foi efetuada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e logo depois realizado a entrevista com uso de gravador. O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi preservado durante a transcrição das gravações onde os participantes receberam identificação por siglas e números ao qual pertencia o gestor e médico, assim como segue o exemplo: Gestor 1 = G 1, Gestor 2 = G 2, Gestor 3 = G 3, Médico 1 = M 1, Médico 2 = M 2, Médico 3 = M 3 e Médico 4 = M 4.

4.5 – Procedimentos e técnicas de produção de dados

A produção de dados foi feita com base em análise documental (dados secundários) e entrevistas (dados primários) aos sujeitos da pesquisa, acima indicados. O levantamento de documentos incluiu o Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento ao Coronavírus, Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento ao Coronavírus, fluxogramas para atendimento dos casos suspeitos de Covid-19, atas de reuniões, notas técnicas, relatórios de ações contra o Coronavírus, relatórios de supervisão aos médicos participantes do PMM, legislações específicas do PMMB (Lei nº 12.871 e Portaria Interministerial nº [1.369/MS/MEC](#), de 8 de julho de 2013) e a Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos Pelo Brasil – PMMB.

Estes documentos foram processados em uma Matriz de análise documental (Apêndice 2), na qual foram inseridas as informações extraídas dos documentos relativas as características gerais do PMMB e as características específicas do processo de implementação desse programa no município de Ilhéus-Ba, Paralelamente, as informações específicas sobre as ações de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus em Ilhéus foram processadas à parte, para constuir a descrição do cenário em que ocorreu a reorganização das ações de atenção básica nas quais se insere os profissionais médicos do PMMB no município.

Foram realizadas 07 (sete) entrevistas semiestruturadas, sendo 04 (quatro) com profissionais médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB e 03 (três) com gestores de saúde do município de Ilhéus/BA. Com relação aos gestores somente 01 (um) possuía o vínculo estável por concurso público, sendo os outros 02 (dois) cargos comissionados. A idade dos gestores variou de 49 anos a 59 anos, e quanto à formação profissional todos tem nível superior e especialização na área de saúde. O tempo de atuação dos gestores no cargo público variou de 1 ano a acima de 3 anos (Apêndice 3). Os profissionais médicos, por sua vez, tinham idades entre 32 anos e 57 anos e todos com curso de especialização na área de Saúde da Família, sendo que 1 (um) possuía mestrado em genética. O tempo de atuação dos médicos participantes do PMMB no município de Ilhéus variou de 1 ano a acima de 5 anos. Quanto à unidade de lotação, dois estão lotados em Unidade de Saúde na zona urbana e dois em Unidade de Saúde na zona rural (Apêndice 4).

Para a entrevista, foi empregado um roteiro (Apêndice 5), que contemplou perguntas gerais sobre a trajetória profissional dos gestores de saúde e profissionais médicos, perguntas específicas sobre o PMMB e o sobre o enfrentamento ao Coronavírus e Covid-19. As entrevistas foram realizadas a partir da construção do roteiro semiestuturado e aplicadas entre as datas de 19 de maio a 28 de maio de 2021, sendo gravadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 6).

Cabe ressaltar que, de modo geral os gestores de saúde e os profissionais médicos mostraram-se receptivos, acolhedores e comunicativos no processo de agendamento e coleta das entrevistas. Demonstraram ainda uniformidade no conhecimento da implantação do PMMB e do provimento médico no município de Ilhéus, além da expertise com relação ao acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais participantes do projeto.

4.6 – Plano de Análise

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), respeitando-se as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Nesse sentido, foram desenvolvidos, inicialmente dois momentos: a) análise documental por meio de uma matriz de dados, preenchida de acordo com a extração de informações relativas ao PMMB – objetivos gerais e estratégias de implantação -, bem como informações relativas ao processo de implantação desse programa no município de Ilhéus Bahia, no ano de 2020; b) análise das respostas das entrevistas com base em uma Matriz (Apêndice 7) contendo os trechos das respostas dos entrevistados às perguntas efetuadas, destacando-se os “nucleos de sentido” que continham as informações relevantes acerca do processo de implantação do PMMB no município de em Ilhéus.

Posto isso, tratou-se de organizar os resultados em dois momentos, correspondentes à:

a) Percepção dos gestores acerca do provimento médico proporcionado pelo PMMB no município de Ilhéus em 2020 em termos quantitativos (suficiente/insuficiente) e qualitativos (adequado/inadequado em função do perfil dos profissionais) e a percepção dos gestores entrevistados acerca dos mecanismos de gestão do trabalho acionados para o monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB no município de Ilhéus, antes e durante a pandemia da COVID-19.

b) Percepção dos médicos do PMMB entrevistados acerca da sua atuação (processo de trabalho) nas unidades básicas do município de Ilhéus em 2020 (antes e durante a pandemia da COVID-19, buscando-se descrever a percepção dos entrevistados acerca de cada um dos elementos do processo de trabalho indicados no referencial teórico – finalidade, objeto, instrumentos, atividades desenvolvidas e relações estabelecidas com outros profissionais e trabalhadores de saúde da APS, levando-se em conta o período anterior à pandemia e as mudanças que podem ter ocorrido na organização do processo de trabalho no contexto da pandemia.

4.7 - Aspectos éticos

Este projeto de estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CEP-ISC), em acordo com a Resolução CNS n° 466, de 12 de dezembro de 2012, tendo sido aprovado sob o parecer número 4.680.896 (Apêndice 8). Uma cópia do projeto foi enviada para a Secretaria de Saúde do Município em estudo, solicitando-se autorização para o levantamento documental.

Após aprovação do Comitê de Ética e do Secretário de Saúde foi solicitada a autorização dos sujeitos. De posse das autorizações e pareceres favoráveis, se iniciou a coleta de dados. O levantamento documental obteve a autorização institucional e para a realização das entrevistas foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visando esclarecer o participante acerca dos objetivos da pesquisa e do uso das informações levantadas nas entrevistas. Os sujeitos da pesquisa conheceram formalmente a apresentação do projeto, a explicação dos objetivos, a orientação quanto ao caráter voluntário e da forma de participação, enfatizando a garantia de sigilo e privacidade. Também foram informados sobre a existência de risco mínimo atribuído ao tempo de entrevista com os participantes do estudo, assim como os benefícios diretos e indiretos. Por fim se esclareceu a possibilidade de deixar de participar do mesmo em qualquer momento da pesquisa.

Seguindo a Resolução n° 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), os resultados foram analisados e serão publicados mantendo o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das informações prestadas pelos sujeitos da pesquisa, os quais são identificados, no produto final, por números ou códigos alfanuméricos M1, M2... ou G1, G2).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e análise das informações obtidas dos documentos e das entrevistas foi organizada segundo categorias específicas a partir da percepção dos gestores e dos médicos. Nesse sentido, descrevemos inicialmente a percepção dos gestores com relação ao provimento e a fixação de médicos na Atenção Básica por meio do PMMB, em seguida, sua visão acerca da atuação desses profissionais na Atenção Básica. Já com relação aos

médicos, descrevemos sua percepção acerca do trabalho realizado, buscamos caracterizar cada um dos elementos do processo de trabalho relatado, levando em conta o referencial teórico e a legislação do PMMB.

5.1 – Percepção dos gestores de saúde sobre provimento dos médicos pelo PMMB em Ilhéus

O provimento de profissionais médicos no SUS foi regulamentado, a partir da criação do Programa Mais médicos, através da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que dispõe sobre a finalidade do PMM, definindo, entre outras, as seguintes ações:

I - Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País;

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Brasil. 2013).

No que se refere a ação III, a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do PMMB, detalha que a seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil devem observar a seguinte ordem de prioridade: I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados; II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

De modo geral, a Lei de criação do PMM e a Portaria Interministerial citada descrevem as condições para o desenvolvimento do processo de convocação (através de edital), seleção, contratação e inserção dos médicos no âmbito municipal, processo conduzido pela coordenação do Programa no âmbito federal, contando-se com o monitoramento e acompanhamento de referências regionalizadas estaduais, lotados na Coordenação Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária – CGPROP do Departamento de Saúde da Família - DESF do Ministério da Saúde.

Com relação aos critérios de classificação para os Municípios participantes e teto de vagas do PMMB disponível, o PMM classificou os entes federativos com base em maior ou menor vulnerabilidade. A metodologia para distribuição das vagas no Programa encontra-se disciplinada pela **Resolução nº 1, de 2 de outubro de 2015**, exarada pela Coordenação do Projeto Mais Médicos (Brasil, 2015).

A resolução descreve que os entes federativos elegíveis a participar do PMMB, mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso, são aqueles que possuem áreas em uma das situações elencadas na portaria 1369/2013, a saber:

I - Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);

II – Município incluído entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

III – Município situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde;

IV – Município localizado nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios,

A resolução nº 01/2015 estabelece ainda que a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do PMMB, deve obedecer os seguintes critérios para estabelecimento do teto de vagas: I - Estimativa da população que necessita ser coberta pela atenção básica por base municipal, realizada a partir da população municipal estimada pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União; II - Estimativa da população com maior prioridade de cobertura pela atenção básica por base municipal a ser alcançada conforme etapa do projeto, verificada através do cálculo da diferença entre a população total e a população atendida pelos planos de saúde, em cada município brasileiro e no Distrito Federal, com base na população estimada pelo IBGE e a beneficiada em cada território por plano de saúde suplementar, conforme relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar; III - Estimativa da quantidade de equipes de atenção básica necessárias para atendimento de 100% da população com maior prioridade; IV - Número de pessoas já cobertas pela oferta de atenção básica do município, considerando a oferta de serviços de atenção básica já existente no município ou no Distrito Federal, considerando as Equipes Equivalentes; V - Quantidade de Equipes de Atenção Básica (equipes da Estratégia de

Saúde da Família + Equipes Equivalentes) nas Unidades Básicas de Saúde fora de equipes, com base nos dados do SCNES/MS e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; VI - Necessidade de médicos para cobrir 100% da população com maior prioridade; VII - Teto de financiamento do Ministério da Saúde para Equipes de Saúde da Família; VIII - Infraestrutura física das unidades básicas de saúde avaliadas durante o 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB (Brasil, 2015).

Sendo assim, a oferta de vagas para os municípios e o Distrito Federal deve considerar a classificação de vulnerabilidade de cada ente federativo, atendendo ao disposto na Portaria Interministerial nº 1369, de 8 de Julho de 2013, com os seguintes perfis de vulnerabilidade: **PERFIL 1:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; **PERFIL 2:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; **PERFIL 3:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); **PERFIL 4:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; **PERFIL 5:** municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; **PERFIL 6:** áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis; **PERFIL 7:** Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate

à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi; e PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

Dito isso, cumpre destacar que a partir da análise do quantitativo de equipes de atenção primária, de acordo com os critérios supracitados, o município de Ilhéus/BA, foi classificado com **Perfil 5** - municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes e faz jus a um teto de 07 vagas pelo PMMB.

As entrevistas com os gestores permitiram identificar, através das repetições de trechos semelhantes nas respostas, que, de um modo geral, o processo de implantação do PMMB no município de Ilhéus se deu por meio de manifestação de interesse do ente federativo através de celebração de termo de adesão e compromisso junto ao Ministério da Saúde. Ainda que não detalhem como se deu, de fato, esse processo, os trechos das falas colocados abaixo, confirmam a participação da SMS de Ilhéus, atendendo à chamada do Edital publicado pelo MS:

“A implantação do Mais Médicos no município de Ilhéus se deu pelas portarias do Ministério da Saúde” (GESTOR 1).

“Então assim, os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil se deram através de chamada pelo edital da Secretaria de APS, do ano vigente” (GESTOR 2).

Observou-se também que o gestor, à época, não pode decidir pelo quantitativo de provimento tendo em vista que o Programa estabeleceu critérios de vagas conforme disposições das legislações. Nesse sentido, os gestores atuais apontam que o número de médicos alocados no município pelo PMMB é insuficiente para garantir a expansão da cobertura da Atenção Básica, especialmente na zona rural do município, conforme evidenciado nos trechos das respostas colocados a seguir:

“Na verdade, nós precisaríamos de uma quantidade maior! Porque assim, nós contamos hoje apenas com 6 médicos do Programa Mais Médicos ativos. Então ainda é pouco para o município de Ilhéus” (GESTOR 1)

“O município precisa de mais médicos para ter a cobertura, pelo menos parcial da sua população, hoje a gente tem uma cobertura na estratégia de saúde da família beirando 40%, na atenção básica como um todo quase que 75%, mas se falando de ESF com o perfil que o programa oferta, como eu falei é um perfil diferenciado, nós precisaríamos de uma

cobertura maior, principalmente para a população que reside em comunidades tanto urbanas como rurais de difícil acesso” (GESTOR 2)

“A gente gostaria de dobrar o número, principalmente nas zonas rurais onde tem algumas unidades mais distantes, a gente sente uma necessidade (GESTOR 3).

A partir dos trechos das falas nota-se que o quantitativo de vagas disponibilizadas, atualmente, pelo PMMB para o município de Ilhéus, não é suficiente para atender as necessidades do município, evidenciando a permanência de um problema crônico de escassez de profissionais médicos na rede básica dos municípios de médio porte do interior do Estado da Bahia, problema ainda mais grave nos pequenos municípios, não só na Bahia, mas no Brasil como um todo.

Dessa forma, entende-se que o Programa de Provimento de Médicos para Atenção Primária do Ministério da Saúde, através do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou outros projetos similares, deve buscar estratégias para diminuir as desigualdades de acesso ao atendimento médico nestas localidades. Sendo que, a sustentabilidade da garantia desse direito atrela-se às medidas estruturantes do PMM, tais como ampliação de vagas e criação de novos cursos de Medicina, políticas de cargos, carreira e salários para profissionais da saúde, melhorias na infraestrutura das unidades de saúde em cumprimento das diretrizes e estratégias contidas na PNAB (Arruda et. al, 2017).

5.2 - Avaliação geral do PMMB e mudanças observadas na APS com a adesão ao PMMB

Apesar da insuficiência quantitativa de médicos alocados no município de Ilhéus pelo PMMB, as falas dos gestores entrevistados são unânimes em reconhecer a importância do programa e especialmente da atuação dos profissionais para a melhoria da atenção à saúde da população nas áreas cobertas. Observa-se, assim, uma avaliação positiva do trabalho desses profissionais, especialmente no que se refere ao acolhimento, humanização e estabelecimento de vínculo com a população assistida, como se evidencia no trecho da entrevista reproduzido abaixo:

“O Programa Mais Médicos para o município de Ilhéus realmente tem grande valia. Principalmente pela qualidade do programa, porque assim, nas supervisões que tenho feito nas áreas, percebo a felicidade da comunidade. A questão do acolhimento, da humanização, de o médico estar mais próximo do paciente através das atividades que são desenvolvidas no próprio Programa Mais Médicos” (GESTOR 1).

. Chama a atenção inclusive, o destaque que é dado, na fala de alguns dos gestores entrevistados, ao cumprimento da carga horária por parte dos médicos do programa, situação não observada em outros médicos inseridos nas unidades básicas a partir da implementação da Estratégia Saúde da Família, que, como se sabe, está sob responsabilidade direta do município, através da coordenação das ações de AB.

” Acredito que o programa Mais Médicos dentro de Ilhéus é um divisor de águas, de posturas, de ações e serviços, porque é justamente aquilo que falei a continuidade do cuidado e a longitudinalidade do cuidado, a comunidade cria um vínculo com o profissional e ela tem não só a confiança, mas ela tem esse profissional com um membro próximo da família uma vez que se reportam o tempo todo e quando a gente vai na comunidade, vai fazer a supervisão você observa pelos relatos que são só elogios, então existe um vínculo não só do médico com a comunidade, mas do médico com a equipe que são coisa que a gente não observa no cotidiano dos profissionais que atuam fora do programa.” (GESTOR 2)

“Porque apesar de ser 40 horas a estratégia de saúde da família pela realidade da ausência de profissional na região dificilmente o profissional faz 40 horas dentro da estratégia, e mais dificilmente ainda ele cria vínculos com a comunidade e com a equipe e o diferencial do profissional mais médico é exatamente isso” (GESTOR 3)

Com isso, percebeu-se, durante as entrevistas, em falas semelhantes pelos gestores que a alocação dos profissionais médicos participantes do PMMB foi essencial para a reorganização da Atenção Básica no município.

“O impacto foi grande, doutora. Na verdade, foi um impacto que nós tivemos logo de imediato. Primeiro nós tínhamos Unidades que não conheciam esse Programa. Várias comunidades. Com a chegada do Mais Médicos, a gente percebe que houve mais uma questão de segurança no atendimento. E a Atenção Básica, por ela ser a porta de entrada do usuário, e um dos grandes objetivos da Atenção Primária é filtrar os fluxos, mais leve e o mais grave para serem encaminhados para alta e média complexidade, isso dignificou muito o trabalho do Mais Médicos dentro das comunidades.” (GESTOR 1)

“Impactou na elevação dos nossos indicadores tanto de pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino, quanto na solicitação bilateral para a população específica determinada pelo Ministério da Saúde, na imunização das crianças uma vez que, eu acho que historicamente dentro do município de Ilhéus a estratégia de saúde da família não atende pediatria, ela referência geralmente para o pediatra. E no programa os médicos inseridos vai de pediatria até a geriatria, eles fazem todo o ciclo da vida da população” (GESTOR 2)

“(…) então eu acho que os mais médicos “puxa para cima” a qualidade do atendimento da atenção básica, eu acho que é uma referência para nós

cobrarmos dos outros médicos cobrar um atendimento melhor na atenção básica”. (GESTOR 3)

Observou-se também que os gestores reconhecem a necessidade de várias melhorias que a gestão precisa oferecer para a qualidade dos serviços prestados ao usuário através da Atenção Básica e que têm o PMMB como um aliado na implementação das ações propostas pela Política Nacional de Atenção Básica.

“Nós sabemos que nós temos que avançar muito mais ainda, porque tem as dificuldades, como a senhora mesmo sabe. Que é a questão de estrutura, de distância, enfim, de várias outras coisas que devem ser alinhadas nessa caminhada e durante a questão do Programa” (GESTOR 1)

Pelo exposto, parece haver, na percepção dos gestores do município, um forte entendimento da importância e relevância do PMMB para a implementação do processo de trabalho médico no âmbito da Atenção Básica que se coaduna com os princípios e diretrizes que fundamentam as propostas de mudança no modelo de atenção à saúde no SUS, especialmente no que se refere à melhoria da qualidade da atenção básica, em termos de acolhimento, qualidade e humanização do cuidado prestado à população. (Paim, 2006; Teixeira, 2006; Peduzzi, 2007; Teixeira e Vilasboas, 2014).

Além disso, as falas dos gestores entrevistados apontam um aspecto da gestão do trabalho em saúde, que merece destaque, na medida em que evidencia a compreensão desses gestores acerca das características desejadas nas práticas de saúde que deveriam ser realizadas pelas equipes de saúde da família, e, aparentemente, não são. Nesse sentido, a atuação dos profissionais médicos do PMMB parece estar contribuindo para o próprio aperfeiçoamento do monitoramento e supervisão do trabalho das equipes de saúde da família, na medida em que estabelecem um parâmetro de comparação e avaliação da qualidade da Atenção Básica no município.

5.3. Percepção dos gestores acerca do processo de trabalho dos médicos do PMMB

A percepção geral dos gestores acerca do processo de trabalho do médico do PMMB na APS aponta a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários em todos os ciclos de vida, com destaque para a visita domiciliar. Segundo os entrevistados, o fato dos profissionais do PMMB se envolverem diretamente com as visitas domiciliares, representou um diferencial na qualidade do trabalho desses profissionais e estimulou a organização do

trabalho da equipe de saúde das unidades onde estão alocados. Nesse sentido, chamam a atenção para o fato de a atitude dos médicos do programa ter provocado uma mudança na relação com a equipe, tanto por sua autonomia em realizar visitas domiciliares, quanto por compartilhar os encaminhamentos e resultados das visitas com os demais membros da equipe de saúde, como evidenciam vários dos trechos das falas, reproduzidos a seguir:

“O Processo de trabalho destes médicos é uma junção da teoria e a prática do Programa, e vivenciada dentro das comunidades” (GESTOR 1).

*“(…)quando não se tem esse olhar coletivo, profissional médico, enfermeiro, técnico todos voltados com o cuidado e a continuidade desse cuidado na comunidade aquele **cuidado básico mais continuado da saúde da família** “Vamos ver a família tal, vamos fazer visita familiar” “Dona fulana não fez o preventivo esse ano, cadê a criança que não vacinou?”, e **quando o médico vai com a equipe fazer essa visita, supervisão, vai com esse olhar diferenciado**, isso direta ou indiretamente vai impactar nos indicadores de saúde da comunidade. Então a gente observa que nossos indicadores eles aumentam com a permanência do profissional do programa mais médicos inseridos na equipe por conta desse **olhar diferenciado e cuidado diferenciado.**” (GESTOR 2)*

*A visita domiciliar, por exemplo, serviu até de referência quando a gente passou a fazer reunião com os médicos que não eram do programa porque eles achavam que eles sempre tinham que fazer a visita com a equipe toda, médico, enfermeiro, técnico, todo mundo. E o **médico do programa Mais Médicos não, ele trouxe esse olhar diferenciado**, ele vai fazer a visita como membro da equipe ou não, o agente comunitário vai sempre, mas não precisa ir mais de um membro da equipe, ele tem essa autonomia essa vivência com a comunidade, o fato de ser o médico da família, de ser bem recebido, de ter a porta aberta e ter o olhar diferenciado para cada família que ele visita, então serviu de base inclusive para a gente na época fazer a reunião com os médicos que não eram inseridos dentro do programa para explicar que a visita domiciliar pode ser feita independente dos outros membros da equipe (GESTOR 3).*

“(…)em toda visita domiciliar tem que ter um retorno da equipe, geralmente o médico faz a visita e não dá o retorno para a equipe e o profissional inserido no programa ele retornava e dava o feedback para a equipe” (GESTOR 2).

Os gestores também relataram que mesmo no contexto de pandemia do novo coronavírus os profissionais do PMMB mantiveram o compromisso e responsabilidade com a comunidade e se envolveram diretamente na execução de atividades de atenção aos casos suspeitos e confirmados de covid-19. Um dos gestores entrevistados, inclusive, destaca a

atuação desses profissionais nos centros comunitários de atendimento à Covid-19, como descrito a seguir:

“Apesar de estarmos em um momento crítico no início do ano passado, em abril do ano passado, eles foram presentes a todo o momento, inclusive se implantou os centros comunitários de atendimento a COVID e centro de atendimentos para o combate ao COVID na atenção primária.” (GESTOR 1).

“(...)durante a pandemia eles não se omitiram em nenhum momento de fazer a assistência, se desse para fazer a assistência duas vezes na semana, eles iam duas vezes na semana e tinha um canal de comunicação”. (GESTOR 1).

Apesar disso, os gestores entrevistados também apontaram as dificuldades que enfrentaram para reorganizar e adaptar a rede de serviços ao contexto da pandemia, considerando que, ao mesmo tempo em que tinham que prestar atendimento aos suspeitos e casos de Covid-19, precisavam prevenir a contaminação dos profissionais e trabalhadores de saúde e ademais, manter, em paralelo, os demais serviços de rotina, o que significou um desafio para as Equipes de Saúde da Família e para os gestores municipais.

Entre os desafios enfrentados, citam a dificuldade de acesso dos profissionais às unidades da zona rural, bem como a redução das visitas domiciliares, por conta da adoção das medidas de distanciamento social.

“(...)esse vírus chegou de uma forma agressiva dentro da comunidade e até mesmo inesperada, porque nós não conhecíamos, não tínhamos ciência do que é o COVID-19. Então assim, houve alguns entraves em relação a visita domiciliar: não adentrar, na casa da família; manter um distanciamento entre todos de 1 metro e meio a 2 metros, mas não ficou sem ir à localidade.” (GESTOR 2).

“(...) houve uma redução da frequência desses médicos nas unidades com difícil acesso (zona rural) por causa do transporte público...” (GESTOR 2)

” (...) a gente teve baixa de motorista, baixa de enfermeiro, foi uma loucura aqui dentro da secretaria também, eles tiveram uma redução da sua frequência lá naquele interior.” (GESTOR 2)

Apesar disso, outros entrevistados comentaram que foi feito um esforço de se manter o atendimento nas unidades da zona rural e, nas unidades da zona urbana, a mudança mais significativa foi a redução do horário de atendimento.

“quando nós fomos fazer a supervisão da secretaria no mês de outubro, a pandemia começou em abril, em setembro/outubro a gente foi fazer uma

supervisão no interior, e assim, a população muito agradecida pelo fato de nunca ter tido presente nessas localidades de difícil acesso e que mesmo durante a pandemia era o socorro que eles tinham.” (GESTOR 1)

(...) eles fizeram a assistência integral, uma estratégia que eu achei interessante que a atenção básica criou foi fazer o atendimento de algumas especialidades básicas aproveitando a ida do profissional do programa até aquela localidade” (GESTOR 2.)

“Aqui na cidade continuou do mesmo jeito, com horário reduzido por conta de transporte público mesmo estando inserido no território, as vezes a pessoa em um local um pouco mais distante do que a unidade, e como a orientação era quase que um Lockdown mesmo, então houve uma redução na frequência da população na unidade, mas o profissional estava lá, na zona urbana ele ficou todos os dias lá também. (GESTOR 1)

Constata-se, portanto, que apesar da participação ativa dos profissionais médicos no contexto pandêmico, houve mudanças consideráveis na rotina das equipes de saúde da família provocado pela redução de transporte público, redução de carga horária, baixa procura da população aos serviços da AB e redução de recursos humanos, principalmente nas Unidades de Saúde da Zona Rural. Já com relação as unidades localizadas na zona urbana, apesar da presencialidade dos médicos, houve redução da procura pela população no momento estabelecido pelo “lockdown”.

5.4. Monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB

A lei de criação do PMM estabelece diretrizes e normas para o monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do programa, quais sejam: a) o médico participante será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado; b) o supervisor deverá ser um profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; c) o tutor acadêmico, docente médico, será responsável pela orientação acadêmica, sendo que a supervisão e tutoria são de responsabilidade do Ministério da Educação – MEC através das instituições públicas de educação superior brasileira, escolas de saúde pública e outras entidades privadas participantes do Projeto.

Este documento também estabelece que os supervisores deverão cumprir, no mínimo, as seguintes atribuições: a) realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes; b) estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e "internet"; c) aplicar instrumentos de avaliação; e d) exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-

serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes.

As respostas dos gestores entrevistados acerca do monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB apontaram mudanças do processo antes e durante a pandemia, no entanto, foi unânime o reconhecimento da importância do acompanhamento e monitoramento tanto pelo município como pela supervisão do MEC.

Nessa perspectiva, as falas relativas ao período anterior à pandemia ressaltam a frequência com que eram feitos as supervisões e os encaminhamentos delas resultantes destacado a supervisão realizada pelo município através das coordenadoras de módulos assistenciais responsáveis pelos territórios e pela diretoria de atenção básica. Além disso, citaram a supervisão realizada pelos tutores e supervisores do Ministério da Educação que são médicos que acompanham o desenvolvimento das atividades de ensino serviços dos profissionais participantes.

:

“Eu sempre faço supervisão, eu vou nas localidades, ouço...” (GESTOR 1.) E também tem as coordenadoras de zona, que fazem isso” (GESTOR 1).

“Antes a supervisão era mais frequente, era mais efetiva, inclusive durante a supervisão tinha um momento com o município, com os coordenadores, com as pessoas ligadas até mesmo com os gestores, tinha esse momento de avaliação para que pudesse ter uma percepção do que os supervisores regionais tinham visto.” (GESTOR 2)

“Inclusive algumas citações de melhoria, seja na assistência, estrutura física do local, alguma coisa que pudesse melhorar, dava um feedback também para o município e cobrava do município as participações que ele sabe que tem que fazer, mas algumas vezes há falhas.” (GESTOR 2)

Já no contexto da pandemia, as respostas dos entrevistados ressaltam as dificuldades para se manter a prática de supervisão, sem, no entanto, explicitarem os obstáculos administrativos ou de infraestrutura de transporte que determinaram a redução e mesmo paralisação das atividades de monitoramento do programa.

“Durante a pandemia não houve mais essa supervisão e depois da pandemia também e eu confesso que eu sinto falta, eu acho que a supervisão caiu muito nos dois sentidos, tanto a supervisão regional, como a supervisão do município, eu acho que isso impacta na qualidade. (GESTOR 2)

Um aspecto que chama a atenção, ainda no que se refere à supervisão dos médicos do PMMB, foi a demanda dos gestores pelo compartilhamento dos relatórios produzidos durante as supervisões do MEC com o secretário de saúde:

“Agora, uma coisa que eu sinto é que a avaliação desses médicos o secretário não tem o retorno, eu digo que o responsável não tem, mas eu sinto que falta um relatório para que a gente possa trocar figurinhas, ninguém sabe mais que o outro, mas é aquele negócio, a gente gostaria até para talvez interferir no processo, só sinto essa falta dos relatórios que precisaria ter nomes, mas eu acho que assim de forma sucinta poderia ser compartilhado com o secretário.” (GESTOR 3.)

Nesse sentido, percebe-se que, pelo menos esse gestor, tem consciência de que esse compartilhamento dos relatórios poderia conduzir à criação de um ambiente mais suscetível à reflexão e troca de experiência (Borges, 2014) e contribuir para a melhoria da gestão municipal do trabalho dos profissionais do programa.

5.5 – Percepção dos médicos sobre a finalidade do trabalho realizado na unidade

Conforme o referencial teórico adotado nesta pesquisa, 000000000, tal como reconhecida pelos profissionais do PMMB entrevistados. Nesse sentido, é importante resgatar a definição, mas geral do que deve ser a prestação de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica, conforme definido pela política vigente (Brasil, 2017), bem como a definição do papel do médico nesse nível de atenção, de forma a cotejar tais definições com as respostas dos médicos entrevistados.

Segundo o MS, a Atenção Básica deve ser o primeiro lugar de cuidado e atenção às necessidades do usuário e pode resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população, mas para isso deve estar centrada no usuário, de modo que o atendimento eficiente possa minimizar retornos constantes do cliente à unidade de saúde, longas esperas por marcações de consultas e até mesmo busca por serviços particulares (Brasil, 2012).

Com relação especificamente ao papel do médico, a nova PNAB (2017), estabelece que cabe a este profissional realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais

da profissão; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito; Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

A análise do conteúdo das respostas dos médicos entrevistados, evidencia uma visão bastante restrita da finalidade do seu trabalho, sendo que, a maioria dos trechos que se referem a esse aspecto trazem formulações genéricas, que apesar de ressaltar a importância do trabalho na AB, fazem alusão às características da população assistida (pobres), à natureza do trabalho (prevenção, tratamento e educação da população), ou ainda especificam as atividades a serem realizadas, particularmente na área de saúde da criança, da mulher e do idoso:

“A minha percepção é que assim: é um trabalho necessário, um trabalho fundamental porque é uma população extremamente esquecida, desassistida, né” (MÉDICO 1)

“Então, eu vejo nosso trabalho como um trabalho de extrema importância. Por mais que a gente não consiga fazer da forma que a gente gostaria, porque enquanto especialista eu percebo que há distância” (MÉDICO 2.)

“Eu acho que meu principal papel ali é realmente prevenção e tratamento do perfil de população bem humilde, que foi carente de tudo, de educação, de saúde, de saneamento básico (MÉDICO 3)”.

“...eu acho que esse é o principal papel da gente ali. Prevenção, tratamento e educação da população.” (MÉDICO 2)

“A finalidade do meu trabalho no projeto é desenvolver toda atividade prevista no programa como é todas que nós conhecemos, o programa da Estratégia da Saúde da Família sobre todos fundamental, a atenção à mulher, atenção à grávida, atenção a idosos, a criança, hiperdia, pré-natal, consulta de desenvolvimento, toda aquela consulta compartilhada com a equipe, a visita domiciliar de saúde, o programa de saúde na escola, todas aquelas atividades que são fundamentais no programa.” (MÉDICO 4).

Como se pode constatar pelos trechos acima reproduzidos, a percepção dos profissionais entrevistados restringe-se, no máximo às atividades de atenção à demanda definida pelos programas prioritários implantadas nas unidades da rede básica, chamando a atenção, inclusive, a consciência de que participam de um nível de atenção voltada para atendimento à população “humilde”, reproduzindo, assim, a percepção acerca da AB como parte do chamado “SUS para pobres” (Paim, 2009).

5.6 – Principais problemas e necessidades de saúde das pessoas atendidas.

O objeto de trabalho dos médicos do PMMB, segundo a percepção apontada pelos entrevistados, abarca um conjunto de problemas e necessidades de saúde apresentadas pela população atendida nas unidades básicas onde eles atuam. Assim, fazem referências aos problemas mais comuns e, apontam o que poderíamos considerar como determinantes destes problemas, relacionados com as condições de vida, especialmente as carências em termos socioeconômicos, a falta de saneamento básico, precárias condições de moradia, e mesmo problemas sociais, a exemplo da violência doméstica.

“Os mais comuns seriam as doenças crônicas, que seria o nosso dia a dia. Hipertensão, diabetes, é o mais corriqueiro né. Aquela coisa básica, que eu já com 10 anos de formada não encontrava muito que é a desnutrição, eu tenho encontrado. Verminose, uma grande quantidade, imensa, de verminose para estar tratando. Agora a desnutrição e a gestação na adolescência também, que é uma coisa que me deixa um pouco tensa. Violência doméstica, eu tive um caso de feminicídio o ano passado” (MÉDICO 1)

“Necessidades, então, é uma população que é muito carente de informação. Então, no início os principais problemas enfrentados são sobre orientação de higiene, sobre o uso de água filtrada, fervia água antes de consumir diretamente da torneira, importância de a mãe fazer o pré-natal com a gente, sobre adolescentes fazer o uso do preservativo, mais essa questão educacional mesmo.” (MÉDICO 1)

De forma geral, portanto, os problemas de saúde e necessidades da população relatados pelos médicos, seguem o perfil epidemiológico da população ao nível nacional, com alta prevalência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além da alta incidência de gravidez na adolescência, violência doméstica, chamando atenção também a referência aos índices de desnutrição infantil, indicador da permanência da pobreza e das causas de doenças a ela associadas. (Brasil, 2012).

Além dos problemas socioeconômicos da população que influenciam negativamente as condições de saúde dos usuários, também foi destacado pelos profissionais a dificuldade enfrentada pelos pacientes no acesso e continuidade do cuidado (consultas e acesso a medicamentos) além da insuficiência de recursos humanos, especialmente o reduzido número de Agentes Comunitários de Saúde.

“Hoje acho que o maior problema que a gente vem enfrentando é a dificuldade dos pacientes de conseguirem algumas consultas com especialistas, dificuldade em conseguir acesso aos medicamentos que vem faltando, acho que esses são os principais problemas. (MÉDICO 2)

Muitas áreas também descobertas, sem agentes de saúde, a gente tem muitas áreas que não tem agente de saúde cobrindo, então é muito paciente acamado que a gente não tem muita informação, tem que se virar pra tentar ajudar, a gente tem pouco recurso humano da nossa unidade.” (MÉDICO 2)

A percepção dos profissionais acerca das deficiências de infraestrutura da própria rede de serviços para atender as necessidades de saúde da população, e garantir a continuidade do cuidado é reiterada pelos gestores, que reconhecem os desafios que precisam superar para a melhoria e estruturação dos serviços oferecidos pela AB:

Nós sabemos que nós temos que avançar muito mais ainda, porque tem as dificuldades, que é a questão de estrutura, de distância, enfim, de várias outras coisas que devem ser alinhadas nessa caminhada” (GESTOR 1)

5.7 – Conhecimentos e instrumentos utilizados no cotidiano do trabalho como médico

Seguindo a análise dos elementos que compõem o processo de trabalho médico, tratamos de caracterizar a percepção dos profissionais entrevistados sobre os meios de trabalho, isto é, os conhecimentos e instrumentos que utilizam no cotidiano dos serviços. Novamente encontramos uma percepção bastante genérica, com referências restritas à “formação em saúde da família”, aos “cadernos da Atenção Básica”, e, muito superficialmente, uma menção ao trabalho em equipe e outra ao “apoio” do Agente Comunitário.

“O principal instrumento é a minha anamnese, minha especialização em psiquiatria me ajudou muito” (MÉDICO 2).

“Além dos conhecimentos da boa formação em saúde da família, a gente traz essa bagagem de acompanhamento longitudinal, lá por ser uma comunidade menor eu até consigo fazer um bom trabalho nesse sentido, de dar esse acompanhamento longitudinal.”(MÉDICO 4)

Os cadernos da Atenção Básica também, eu gosto bastante daqueles caderninhos, as diretrizes da Atenção Básica. (MÉDICO 1)

“Mas temos também o agente comunitário de saúde com quem nós apoiamos muito e falamos sobre a questão de, como eles estão mais em contato com a população, nos apoiarem mais, fazendo algum tipo de atualização das distintas formas de como prevenir e como promover saúde” (MÉDICO 4)

“...é fundamental a inter-relação entre nós para poder dobrar o nosso objetivo” (MÉDICO 4)

Do ponto de vista dos recursos tecnológicos utilizadas no processo de trabalho, aparece apenas uma menção à “falta de acesso à internet”, sem haver referência a outros instrumentos necessários ao processo diagnóstico, nem menção às condições materiais (espaço físico, mobiliário, equipamentos, material descartável, transporte, etc.) porventura utilizados no cotidiano do trabalho.

“Bom, eu, na verdade, lá a gente não tem internet até hoje. Então eu não tenho nem acesso, a nenhum de apoio né, que eu poderia demandar algum apoio para fazer pesquisas online que a gente utiliza bastante, lá eu não consigo ter.” (MÉDICO 1)

Apesar da limitação das respostas, é importante destacar que, além do conhecimento adquirido na formação acadêmica, os entrevistados citaram como “instrumento” utilizado no cotidiano do trabalho dos profissionais o vínculo estabelecido entre os profissionais (inter-relação) e com os usuários, o que pode estar evidenciando, inclusive, a valorização do diálogo como uma “tecnologia leve” acionada na organização do trabalho da equipe e para o acolhimento e melhoria da qualidade do atendimento prestado à população.

5.8 - Rotina assistencial da unidade antes da pandemia e mudança no processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19.

A pandemia do novo coronavírus (COVID-19) tem pressionado os sistemas de saúde mundialmente, aumentando a demanda de forma rápida. Não obstante, o vírus

(SARS-CoV-2) apresenta alto potencial de transmissibilidade com letalidade dependente de fatores de risco, como a idade, presença de uma ou mais comorbidades e imunidade do indivíduo (Zhu et. al., 2020).

Na perspectiva de contenção da epidemia, Teixeira et. al. (2020) destacam que um dos mecanismos cruciais é a implementação de ações de vigilância com o objetivo de detectar o maior número possível de casos, rastreamento dos contatos, implementação de ações de controle e acompanhamento dos casos leves, como também ações de educação para saúde na perspectiva do autocuidado. Tais ações são de responsabilidade da APS, por ter maior chance de êxito quando orientadas por alguém próximo à comunidade.

Considerando que a pandemia, e seu enfrentamento impacta diretamente o processo de trabalho das equipes da AB, tratamos de inquirir os médicos entrevistados acerca da rotina anterior à pandemia e as mudanças que ocorreram em seu processo de trabalho no contexto pandêmico. As respostas relativas ao período anterior apontam o seguinte:

“Antes era agendado, tinha um certo agendamento e um número específico para demanda espontânea. Deixava sempre um número específico de agendamento e o restante seria para essa demanda espontânea.” (MÉDICO 1)

“Como que era a rotina: normalmente eu chegava no posto, sempre fazia a sala de visitas, eu escolhia algum tema, deixava um cronograma de temas que eu achava importante naquela semana e fazia a sala de visitas enquanto estava sendo organizado as fichas, tudo, aí eu fazia uma meia horinha de conversa com a população. E aí eu iniciava o atendimento e era dessa forma, era o dia todo, o atendimento o atendimento todo variado a população.” (MÉDICO 4)

“Então, antes da pandemia era dividido por programa, a gente tinha um dia que era hiperdia, outro dia a gente tinha saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, tinha um dia para visita domiciliar, tinha um dia que a gente não marcava nada era fluxo livre, demanda espontânea a gente fala. Sempre doze pacientes agendados por turno e quatro consultas para urgências e emergências, e visita domiciliar a gente colocava entre quatro a seis por semana, isso antes da pandemia.” (MÉDICO 3)

Com base nos relatos dos profissionais médicos podemos dizer que antes da pandemia existia uma rotina assistencial característica da ESF, com a organização do processo de trabalho por demanda agendada e demanda espontânea, sala de espera temática e visita domiciliar.

“A gente reunia inicialmente, por exemplo, novembro azul, outubro rosa, no mês de combate ao suicídio, sempre a temática mensal, a gente fazia uma apresentação coletiva com a comunidade.” (MÉDICO 3)

A pandemia da Covid-19, entretanto, tem exigido a rápida reorganização dos serviços de saúde e a estruturação de fluxos de atenção (Sales et. al., 2020). O acompanhamento dos casos com responsabilidade territorial e priorização do cuidado e do acompanhamento contínuo se constituiu numa necessidade prioritária de reorganização da rede de serviços de base territorial, ampliando as intervenções, ao colocar o cotidiano da população como ponto central do cuidado em relação a Covid-19.

No âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde disponibilizou o primeiro “Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária”, que se encontra na sexta versão atualizada (Brasil, 2020). O documento refere a importância da atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada deste paciente no SUS, uma vez que a APS seja tomada como ordenadora da atenção, os demais níveis de assistência não ficarão superlotados e conseguirão lidar com as demandas de casos graves.

Nesse contexto, os relatos dos médicos entrevistados, colocados a seguir, evidenciam que as equipes da ESF de Ilhéus, tiveram que adotar rotinas assistenciais e processo de trabalho diferentes do “normal”.

“O que mudou: durante a pandemia, no início, como foram suspensos todos os atendimentos eletivos a gente ficou mais com as urgências, né, o atendimento das urgências. E aí pouco tempo depois a gente já começou a atender as gestantes, e aí passou só as gestantes permaneceram com agendamento como é até hoje.” (MÉDICO 4)

“Naquele momento eu tive duas situações. Uma foi que, como fechou todo o transporte público, a gente ficou meio sem, quase sem condições de trabalho.” (MÉDICO 1)

“Após a pandemia, foram suspensas as visitas domiciliares, desconfigurou um pouquinho essa questão de dividir por classificar o dia de atendimento, então era sempre demanda espontânea. (MÉDICO 3)

“Depois da pandemia a gente suspendeu as atividades coletivas e diminuiu a aglomeração”(MÉDICO 2)

“Nossas atividades rotineiras, aquelas que pelo menos eu gostava muito de fazer, visita em escola, visita em igreja, visita em lugares onde havia muitas pessoas pra falar, para poder interagir com elas, quando era a maior quantidade possível” “Aquela rotina nossa de prevenir

falando não conseguimos mais por essa situação de manter o distanciamento social tivemos que paralisar” (MÉDICO 4)

Os entrevistados relataram o grande impacto do contexto pandêmico nas ações e serviços públicos desenvolvidos no âmbito da AB. As principais recomendações incluíam o distanciamento social e a lavagem (higienização) frequente das mãos. Além destas medidas de redução de contaminação, o Conselho Federal de Medicina – CFM divulgou o documento, “*Orientações gerais do CFM aos médicos e profissionais da saúde sobre medidas de prevenção e para uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*”, que orienta profissionais médicos acerca do uso de EPI e cuidados especiais durante a assistência, afirmando a possibilidade de denúncia, caso o direito a condições de trabalho adequadas não seja cumprido, porquanto a falta de EPI põe os trabalhadores da saúde e os pacientes em risco, além de contribuir com a disseminação do vírus.

Na visão dos médicos entrevistados as atividades rotineiras tiveram que parar devido à suspensão do transporte público, o que dificultou o deslocamento da equipe e da população em geral, além da necessidade de manter os protocolos recomendados de distanciamento social e evitar aglomerações. Além disso, relatam a incorporação de equipamentos de proteção individual como máscaras, e mudanças na rotina dos serviços por conta da adoção de medidas mais rigorosas de higiene pessoal e dos instrumentos de trabalho.

“Naquele momento a orientação através da gestão do município foi de fazer atendimento de urgência emergências na unidade e o atendimento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, no caso de renovação de receita assim, não ia naquele programa de consulta programada para o paciente, se não fazer esse tipo de consulta rápida talvez e evitar aglomerações.” (MÉDICO 3)

“Na fase inicial, a prefeitura emitiu uma portaria com as normas de quais serviços deveriam ser suspensos e quais deveriam ser continuados, então foi suspensa as atividades coletivas” (MÉDICO 2)

“A gente recebeu máscara, luvas, estoque de álcool em gel, de N95, recebemos oxímetro que até então nem as unidades tinha o hábito de ter oxímetro no serviço, depois da pandemia que valorizou esse instrumento, recebeu oxímetro, termômetro.” (MÉDICO 1)

Com isso, constata-se que a dinâmica do trabalho no âmbito da AB se alterou profundamente, configurando-se uma situação inteiramente nova e que ainda está distante

de se esgotar, afetando não apenas a maneira como os serviços de saúde estão sendo prestados à população, mas também o modo de organização dos processos de trabalho, o desempenho dos profissionais e a própria saúde física e mental dos trabalhadores de saúde.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

Este trabalho, embora padeça das limitações de um estudo de caso único, realizado em um município de médio porte do interior do Estado da Bahia, aponta que o provimento e a fixação de médicos na Atenção Básica por meio do PMMB, vem garantindo avanços importantes no que concerne a melhorias na Atenção Básica de Saúde, no acesso à rede e à humanização do cuidado. Tanto os gestores do município quanto os profissionais entrevistados reconhecem a importância do PMMB e destacam o quanto a atuação dos médicos tem contribuído para a expansão de cobertura da AB e para o atendimento dos problemas e necessidades de saúde da população, principalmente a parcela mais pobre e os grupos vulneráveis em função das características do perfil epidemiológico.

No entanto, observa-se uma preocupação dos gestores com relação ao número de vagas oferecidas pelo Projeto, consideradas ainda insuficientes diante da histórica escassez de recursos físicos, humanos e materiais que caracteriza o SUS nos municípios menores, particularmente pela escassez de médicos dispostos a trabalharem nestes locais. Dessa forma, entende-se que o Programa de Provimento de Médicos para Atenção Primária do Ministério da Saúde, através do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou outros projetos similares, deve buscar estratégias para diminuir as desigualdades de acesso ao atendimento médico nestas localidades.

Além disso, considerando-se o contexto atual de enfrentamento da pandemia da Covid-19, e o processo de reorganização da AB, torna-se ainda mais premente a necessidade de expansão quantitativa e qualificação técnica dos profissionais e trabalhadores de saúde, inclusive a incorporação nas ações de Vigilância em Saúde, não apenas os médicos, mas todos que compõem as equipes de Saúde da Família, de modo a se configurar uma estratégia potente de enfrentamento e controle da pandemia.

Desse modo, importante concluir apontando a necessidade de continuidade e expansão dos estudos dessa natureza, que possam aprofundar a análise das mudanças necessárias no processo de trabalho médico, especialmente tendo em vista a Educação Permanente destes profissionais e a incorporação de tecnologias adequadas à realização do

seu trabalho nas condições adversas em que se encontra o sistema público de saúde, o SUS, e a população em geral. Ademais, propõe-se maior divulgação dos relatórios produzidos pelos supervisores e tutores do MEC, a partir da supervisão local realizada aos médicos, com os gestores municipais, uma vez que a partir do trabalho de campo foi identificado que os gestores sentem a necessidade do retorno destes relatórios como forma de auxiliar no acompanhamento e monitoramento dos profissionais médicos participantes do PMMB.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Contra a Reformulação da PNAB – Nota Sobre a revisão da PNAB. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

AGÊNCIA BRASIL. Cuba deixa Mais Médicos por discordar de exigências do governo eleito. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-11/cuba-deixa-mais-medicos-por-discordar-de-exigencias-do-governo-eleito>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

ALMEIDA M.C.P, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface (Botucatu)* 2001; 5(9):150-153.

AQUINO R, MEDINA M.G, VILASBÔAS A.L.Q e BARRETO M.L. Programa de Saúde da Família: Análise de sua implantação no Brasil. In. Silva LR, Rio de Janeiro, 2009.

ARRUDA C.A.M, PESSOA V.M, BARRETO I.C.H.C, CARNEIRO F.F, COMES Y. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. Botucatu, 2017.

BARDIN. L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

BORGES MC, Miranda CH, Santana RC, Bolleta VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 jun. 24];47(3):324-31. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/11_Avaliacao-formativa-e-feedback-como-ferramenta-de-aprendizado-na-formacao-de-profissionais-da-saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e 118 CONASS Para entender a gestão do SUS / 2011da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 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). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá

outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2013b. Disponível em: <<https://bit.ly/2JJV1OZ>>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. Acesso em 18 de outubro de 2020.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dezembro 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.958-de-18-de-dezembro-de-2019-234338710>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 6. Brasília – DF, maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1 de 22 de outubro de 2015. Dispõe sobre a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do projeto mais médicos para o Brasil. Diário Oficial da União. Acesso em: 24 de junho de 2021.

CAMPOS, G.W.S . A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Uberlândia – MG, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). COVID-19: CFM divulga documento com orientações sobre utilização de EPI e cuidados durante a assistência [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2020; [acesso em 2021 junho 24]. Disponível em:http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28646:2020-03-30-13-18-36&catid=3

DONNANGELO, M.C.F, A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil – a década de 70, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1983.

FACCHINI, L.A; TOMASI, E; DILELIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. SAÚDE DEBATE 2018, 42, NÚMERO ESPECIAL 1: 208-218.

FARIA, H. P; WERNECK, M.A.F; SANTOS, M.A; TEIXEIRA, P. F. Processo de Trabalho. 2ª Edição – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

FILHO. H.C. O Programa Médicos pelo Brasil e as consequências do avanço dos modelos semiprivatizastes ou desestatizantes da saúde pública. Cebes. 2019. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/10/o-programa-medicos-pelo-brasil-e-as-consequencias-do-avanco-dos-modelos-semiprivatizantes-ou-desestatizantes-da-saude-publica-entrevista-especial-com-helena-correa-filho>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. Petição Cadê o Médico? Brasília: FNP; 2013. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

GIOVANELLA, L e MENDONÇA M.H. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA. L.; ESCORE L, S.; LOBATO, LV.C; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.(Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ- CEBES, 2008.

GIOVANELLA L, MENDONÇA M.H.M. Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

GONÇALVES, R.F; SOUSA, I.M.C; TANAKA, O.Y; SANTOS, C.R; SILVA, K.B; SANTOS, L.X e BEZERRA, A.F.B. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro. 2016.

GONÇALVES RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

IBGE, 2019. *«Área territorial oficial»*. Acessado em 04 de julho de 2020.

MARX, K. O Capital. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MELO, E.A, MENDONÇA, M.H.M, OLIVEIRA, J.R, ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios – Rio de Janeiro, 2018.

MENDES-GONÇALVES R.B. Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico. Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 1979.

MENDES GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MERHY EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, M.C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020; [acesso em 2021 jun. 24]; 1-24. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2012

NOGUEIRA D.R.S; BEZERRA A.F.B; LEITE A.F.B; CARVALHO I.M.S; GONÇALVES R.F; Silva K.S.B - Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. Sa/BA, 2016.

OLIVEIRA. A. P. C; GABRIEL. M; POZ. M. R. D; DUSSALTT. G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. São Paulo, 2017.

PAIM J.S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM J.S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro, EDUFBA/FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PAIM, J.S; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e Gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, v.40, São Paulo, agosto, 2006.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, 1(1): 75- 91, 2003.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe de Saúde no horizonte normativo da Integralidade do Cuidado e da Democratização das Relações de Trabalho. IMS/UERJ, 2007.

PINTO, I. C. M. et al Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (2010). Perfil do Município de Ilhéus. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Consultado em 4 de março de 2014.

REDE DE PESQUISA EM APS. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório do Seminário Virtual da Rede APS .Abrasco. Abril de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>. Acesso em 18 de outubro de 2020.

REFERÊNCIAS ESTADUAIS PARA O PMM - BAHIA/MS. Relatório de Monitoramento e Acompanhamento do Programa Mais Médicos. Bahia, 2017.

RIOS D.R.S e TEIXEIRA. C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Salvador/BA, UFBA, 2018.

RIOS D.R.S - Mapeamento da Produção científica sobre o Programa Mais Médicos (2013-2016): contribuição ao debate sobre a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Salvador/BA, 2017.

SALES C.M.M; SILVA A.I; MACIEL E.L.N. Vigilância em Saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. Vitória/ES, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400011>.

SARTI, T.D; LAZARINI W.S; FONTANELLE L.F; ALMEIDA A.P.S.C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? 2020 <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>

SILVA, V.O; SOARES, C.M; SANTOS, L; SOUZA, E.A. **PINTO, I.C.M;** Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 296-315, set 2017.

SOUSA M.F. O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF São Paulo: Hucitec; 2002. p. 23-33.

TEIXEIRA C.F, VILASBÔAS ALQ. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou conservação? In: PAIM, J.S; FILHO, N.A. (Org.) Saúde Coletiva – Teoria e Prática. 1ª Edição – Rio de Janeiro, 2014.

TEIXEIRA M.G, Medina MG, Costa MCN, Barral-Neto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2020; 29(4):e2020494. DOI: 10.5123/S1679-4974202000040001.

TÉCNICOS ESTADUAIS/SAPS/MS. Relatório de Monitoramento e Acompanhamento do Programa Mais Médicos. Bahia, 2019.

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

ZHU N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382:727-33. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – LISTA DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS POR
CARGO/FUNÇÃO**

CARGO/FUNÇÃO	QUANTIDADE
Médicos	04
Secretário de Saúde	01
Diretora do Departamento de Atenção Básica	01
Diretora do Departamento de Planejamento em Saúde	01
Total	07

APÊNDICE 2 – MATRIZ DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Item	Documento	Informações relevantes sobre o PMMB	Informações sobre o enfrentamento da pandemia em Ilhéus
1	Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento ao Coronavírus	Participação dos profissionais médicos do PMMB nas Unidades de Saúde.	Detalhamento sobre o fluxo de atuação e atendimento dos profissionais das ESF no contexto pandêmico
2	Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento ao Coronavírus	N/A	Organização dos fluxos de retaguarda para suporte as ESF.
3	Relatórios de supervisão aos médicos participantes do PMM	Informações referente a atuação dos médicos do PMMB participantes no município de Ilhéus no período.	Apontamento das dificuldades enfrentadas pelos médicos no atual contexto.
4	Legislações específicas do PMMB (Lei nº 12.871 e Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC , de 8 de julho de 2013)	Normativas legais para implementação do PMMB.	N/A
5	Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos Pelo Brasil – MMB	Normativas legais do Programa Médicos Pelo Brasil em substituição ao PMMB.	N/A

APÊNDICE 3 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA – GESTORES

SEXO	Nº	%
MASCULINO	01	33%
FEMININO	02	67%
CATEGORIA PROFISSIONAL		
ENFERMEIRA	01	33%
ADVOGADA	01	33%
HISTORIADOR	01	33%
PÓS-GRADUAÇÃO		
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	01	33%
GESTÃO EM SAÚDE	01	33%
SEM PÓS-GRADUAÇÃO	01	33%
CARGO/FUNÇÃO		
DIRETORA DA ATENÇÃO BÁSICA	01	75%
DIRETORA DO PLANEJAMENTO	01	25%
SECRETÁRIO DE SAÚDE	01	
TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO		
1 A 3 ANOS	02	67%
ACIMA DE 3 ANOS	01	33%

APÊNDICE 4 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA – MÉDICOS

SEXO	Nº	%
MASCULINO	03	75%
FEMININO	01	25%
ESPECIALIZAÇÃO		
SAÚDE DA FAMÍLIA	04	100%
INFECTOLOGIA	01	25%
DERMATOLOGIA	01	25%
PSIQUIATRIA	01	25%
TEMPO DE ATUAÇÃO NO PMMB		
01 A 03 ANOS	02	50%
ACIMA DE 03 ANOS	02	50%
PERFIL DOS MÉDICOS		
CRM BRASIL	03	75%
INTERCAMBISTA INDIVIDUAL	01	25%

APÊNDICE 5A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – GESTORES DE SAÚDE

Este roteiro integra o projeto de pesquisa, intitulado - Percepção de Gestores e Profissionais sobre os Problemas e Desafios do Projeto “Mais Médicos para o Brasil” no Cenário de Pandemia do Coronavírus: Um Estudo de Caso em um Município do Sul da Bahia, sob coordenação da Professora Carmen Teixeira. O projeto compõe a apresentação curricular ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde da Universidade Federal da Bahia, da aluna Larissa Pimentel Costa M. Silva. O objetivo é analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no Projeto Mais Médicos sobre os possíveis desafios e impacto do provimento frente ao cenário de pandemia do Coronavírus no município de Ilhéus/BA. Desta forma, solicitamos a participação do(a) senhor(a) no sentido de abertamente responder às questões seguintes, bem como autorização para que a sessão seja registrada eletrônica e manualmente. As informações coletadas a partir deste instrumento serão tratadas de forma sigilosa e agregada, apenas para fins de pesquisa; as respostas do(a) senhor(a), portanto, não serão passíveis de identificação.

Observação: As seguintes questões são apresentadas apenas para nortear o diálogo e garantir que os tópicos relevantes sejam abordados, podendo ser alteradas conforme as respostas do entrevistado.

Data da entrevista:

1. Perfil demográfico e profissional

Nome:

Sexo/Gênero:

Idade:

Raça/Cor/Etnia:

Estado Civil:

Ano de Conclusão da Graduação:

Especialização/Residência Profissional:

Tempo de atuação na função/cargo:

Setor de atuação na SMS:

Carga horária:

Valor da remuneração

2. Gestão do Trabalho em Saúde

- Descreva como se deu o processo de implantação do PMM no município de Ilhéus.
- O provimento de médicos proporcionado pelo PMMB (quantidade e perfil) atende as necessidades do município? Como se deu essa definição de necessidade no município?
- Qual é a sua avaliação geral do Projeto Mais Médicos para o Brasil no município?
- Que mudanças foram observadas por você na APS com a adesão ao PMMB? Percepção de mudanças no vínculo, no acesso e na qualidade do cuidado em geral – Atendimento médico – Visita Domiciliar – Ações Educativas – Processo diagnóstico.
- Qual a sua percepção do processo de trabalho dos médicos participantes do PMMB no contexto de pandemia?
- Como tem sido feito o monitoramento (supervisão) e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB no período antes e durante a pandemia?

APENDICE 5B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS

Este roteiro integra o projeto de pesquisa, intitulado - Percepção de Gestores e Profissionais sobre os Problemas e Desafios do Projeto “Mais Médicos para o Brasil” no Cenário de Pandemia do Coronavírus: Um Estudo de Caso em um Município do Sul da Bahia, sob coordenação da Professora Carmen Teixeira. O projeto compõe a apresentação curricular ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, com ênfase em Trabalho e Educação em Saúde da Universidade Federal da Bahia, da aluna Larissa Pimentel Costa M. Silva. O objetivo é analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no PMMB sobre os possíveis desafios frente ao cenário de pandemia do Coronavírus no município de Ilhéus/BA. Desta forma, solicitamos a participação do(a) senhor(a) no sentido de abertamente responder às questões seguintes, bem como autorização para que a sessão seja registrada eletrônica e manualmente. As informações coletadas a partir deste instrumento serão tratadas de forma sigilosa e agregada, apenas para fins de pesquisa; as respostas do(a) senhor(a), portanto, não serão passíveis de identificação. Observação: As seguintes questões são apresentadas apenas para nortear o diálogo e garantir que os tópicos relevantes sejam abordados, podendo ser alteradas conforme as respostas do entrevistado.

Data da entrevista:

1. Perfil demográfico e profissional

Nome:

Sexo/Gênero:

Idade:

Raça/Cor/Etnia:

Estado Civil:

Ano de Conclusão da Graduação:

Especialização/Residência Médica:

Tempo de atuação no PMMB:

Unidade de Saúde de lotação:

Carga horária:

Valor da Bolsa Formação:

2. Processo de Trabalho

- Na sua percepção, qual a finalidade do trabalho que vc desenvolve na unidade? Que tipo de problema/necessidade de saúde apresentam as pessoas que vc atende? Que conhecimentos e que instrumentos você utiliza no cotidiano do seu trabalho como médico?
- Como era sua rotina assistencial nessa unidade antes da pandemia? Descreva o fluxo das atividades (Consultas, ações educativas, visita domiciliar, procedimentos, vacina, etc..)? Existe uma programação diária ou semanal de seu trabalho?
- Na sua opinião, aconteceu alguma mudança no seu processo de trabalho durante a eclosão da pandemia da COVID-19? Descreva a rotina de trabalho?
- Qual a sua percepção sobre as condições de trabalho durante o contexto de pandemia e o processo de gestão (organização) do trabalho no SUS do município de Ilhéus? Justifique.
- Especificamente como relação à gestão do trabalho dos médicos do PMMB? O que é feito pela SMS? Há algum tipo de supervisão e/ou avaliação do seu desempenho?

APÊNDICE 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE OS PROBLEMAS E DESAFIOS DO PROJETO “MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” NO CENÁRIO DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: UM ESTUDO DE CASO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DA BAHIA**. Nesta pesquisa pretendemos identificar o perfil e características do município participante, dos gestores de saúde profissionais, conhecer a percepção dos gestores de saúde sobre os desafios do provimento e médicos do PMM frente ao cenário de pandemia e analisar a percepção como forma de contribuir para a efetivação da política de provimento do Ministério da Saúde e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. O motivo que nos leva a estudar é a possibilidade de contribuir com a propagação de estudos sobre os programas de provimento do Ministério da Saúde e, principalmente, sobre os desafios da atuação médica no cenário de pandemia. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A produção de dados será feita com base em análise documental e entrevistas aos sujeitos da pesquisa.

Para a entrevista, será empregado um roteiro, que contemplará perguntas gerais sobre a trajetória profissional dos gestores de saúde e profissionais médicos perguntas específicas sobre o PMMB e o sobre o enfrentamento ao Coronavírus e Covid-19. As entrevistas serão realizadas a partir da construção do roteiro semiestruturado, sendo gravadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para organização e análise dos dados, serão desenvolvidos, inicialmente dois momentos: a) análise documental por meio de uma matriz de dados que será preenchida de acordo com a extração de informações relativas ao PMMB –objetivos gerais e estratégias de implantação – bem como informações relativas ao processo de trabalho. implantação desse programa no município de Ilhéus Bahia, no ano de 2020; b) análise das respostas das entrevistas.

Sobre os riscos, desconfortos e benefícios: Acredita-se que o presente estudo apresenta riscos mínimos aos sujeitos participantes, podendo causar desconforto do participante em relação aos sentimentos e emoções devido a responder a entrevista, entretanto, haverá cuidado especial para que a aplicação do roteiro seja realizada em um local apropriado para manter o sigilo das informações e a identidade dos participantes de pesquisa, evitando que venham a sofrer constrangimento. Cabe ressaltar que os participantes de pesquisa terão garantia de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, bem como de se sentirem impossibilitados de responderem o questionário por completo. Os participantes da pesquisa poderão ser beneficiados com a ampliação do conhecimento científico sobre o Projeto Mais Médicos; Contribuição para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde – APS e para mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS municipal; Conhecimento sobre os limites e possibilidade da atuação da APS no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município estudado. Apontamento das lacunas existentes na realização do estudo de caso e indicação de estudos que podem ser realizados por outros pesquisadores para ampliar o conhecimento sobre o Programa Mais Médicos no contexto da pandemia.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. No entanto, caso o (a) senhor (a), tenha qualquer gasto, este será ressarcido pelo pesquisador.

O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a

participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela Universidade Federal da Bahia – UFBA e pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso o Sr. (a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Pesquisador responsável – Larissa Pimentel Costa Menezes Silva, Avenida Ilhéus, 503, Itabuna – BA – 73 98125-1651.

Também em caso de dúvida, o Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade federal da Bahia (CEP/ISC/UFBA). O comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O comitê de ética em pesquisa do instituto de saúde coletiva da UFBA está localizado na Rua Basílio da Gama, S/N – 2º andar – 401110-040 – Salvador – Bahia. Horário de funcionamento: De segunda-feira a Sexta-feira das 08:00h às 15:00h. Telefone (71) 3283-7419. E-mail: cepisc@ufba.br. Assim, solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista de no máximo uma hora, que será realizado com todos os protocolos de proteção e segurança aos participantes da pesquisa e a pesquisadora no intuito de evitar a infecção pelo Sars-COV-2 (uso de máscara e álcool gel), como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais rubricadas em todas as páginas, as quais serão assinadas, ao término, pelo (a) Sr. (a) ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Uma das vias deste termo será arquivada pelo pesquisador responsável, na Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus/BA e a outra será fornecida ao (a) Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Salvador/BA, 19 de maio de 2021 .

Entrevistado

Data: 19/05/2021

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva

Data: 19/05/2021

APÊNDICE 7A– MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM GESTORES DE SAÚDE

Gestor *	Processo de implantação do PMM	Provimento dos médicos pelo PMMB	Avaliação geral do PMMB	Mudanças observadas na APS com a adesão ao PMMB	Percepção acerca do processo de trabalho dos médicos do PMMB	Monitoramento e avaliação do desempenho dos médicos do PMMB
G 1	<p>“A implantação do Mais Médicos no município de Ilhéus se deu pelas portarias, né, do Ministério da Saúde, né. Que o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a SAPS”</p> <p>“No âmbito desse projeto conhecido por Projeto Mais Médicos para o Brasil instituiu uma lei, né a 12.871 de 22 de outubro de 2013, onde traz a regulamentação da portaria interministerial nº 1.369, né, que vem pelo Ministério da Saúde e pelo MEC, de 8 de julho de 2013 e que torna pública os editais de chamamento”</p>	<p>“Na verdade, nós precisaríamos de uma quantidade maior, né isso?! Porque assim, nós contamos hoje apenas com 6 médicos do Programa Mais Médicos ativos, e na verdade seria contemplado com 7 né. Então ainda é pouco né, para o município de Ilhéus”</p> <p>“Se faz importante, é um trabalho importantíssimo para o município, onde nós temos, hoje, nós temos 6 médicos né, através do Programa Mais Médicos. Nós tínhamos 7, mas, infelizmente, como a senhora, como é de seu</p>	<p>“O Programa Mais Médicos para o município de Ilhéus realmente, assim, tem grande valia. Principalmente pela qualidade do programa, porque assim, nas supervisões que tenho feito nas áreas, né, eu percebo a felicidade da comunidade. A questão do acolhimento, da humanização, de o médico estar mais próximo do paciente através das atividades que são desenvolvidas no próprio Programa Mais Médicos, né. Da satisfação da equipe. Nós</p>	<p>“O impacto foi grande, doutora. Na verdade, foi um impacto que nós tivemos logo de imediato. Primeiro nós tínhamos Unidades que não conheciam esse Programa. Várias comunidades. Com a chegada do Mais Médicos, a gente percebe que houve mais uma questão de segurança, né, no atendimento. E a Atenção Básica, por ela ser a porta de entrada do usuário, e um dos grandes objetivos da Atenção Primária é filtrar os fluxos, né, mais leve e o mais grave para serem encaminhados para alta e média complexidade, isso dignificou muito o trabalho do Mais Médicos dentro das comunidades, né. Aí o que nós precisamos na</p>	<p>“Na pandemia, algo fundamental que é a Atenção Básica, se preocupou, não só a Atenção Básica, mas como o Ministério da Saúde e o município de Ilhéus, e a Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus se preocuparam primeiramente com os profissionais no uso de EPIs, né. E também a vigilância à saúde, ela fez um protocolo para que fosse seguido não só pela Atenção Básica, mas por toda a MAC, por todos os setores da Atenção à saúde. Esse protocolo foi feito, foi feito um plano e um acompanhamento pelo COE, né. O COE que tem reunião constantemente, e lá é explanado, explicado, tudo sobre o COVID, né. Então assim, na pandemia nós nos preocupamos no atendimento desses profissionais, e enquanto tivesse a questão de dias</p>	<p>“Eu sempre faço supervisão, eu vou nas localidades, ouço. Eu tive, fiz reunião no Coqueiros, estive em Banco Central, fui no Couto, Santo Antônio, no Banco do Pedro, no Castelo Novo, nas Unidades. Eu acho assim, Pimenteira, Inema, né. E aí, o que mais nos impressiona, o que mais nos impressiona é essa questão da qualidade do serviço, doutora Larissa. E também tem as coordenadoras de zona, né, que fazem isso”</p>

	<p>“Então assim, os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil se deu através de chamada pelo edital da SAPS, né, do ano vigente e também do ano anterior que se encontram ativos”</p>	<p>conhecimento, que Dr. Iran, que fazia Pimenteira e Inema, ele pediu desligamento por problemas particulares, né, familiares. Então, como se dá o programa hoje no município de Ilhéus: no município de Ilhéus, esse Programa se dá através dos médicos que são distribuídos na zona urbana e na zona rural. Na zona urbana nós temos aqui 3 médicos, né, que é o Dr. Pedro, ele atua ali na ESF do Coqueiro, do Alto do Coqueiro; temos também Dr^a. Emanuele, que atua aqui no Nossa Senhora da Vitória, ESF também; e temos também o Dr. Caio, né, que ele atua ali no Vilela I.”</p>	<p>sabemos que nós temos que avançar muito mais ainda, porque tem as dificuldades, como a senhora mesmo sabe. Que é a questão de estrutura, de distância, né, enfim, de várias outras coisas que devem ser alinhadas nessa caminhada e durante a questão do Programa” “Mas assim, é uma satisfação muito grande, é uma beleza e uma exaltação da ciência e do conhecimento científico, né. É uma junção da teoria e a prática do Programa, e vivenciada dentro das comunidades”</p>	<p>realidade, avançar, é, avançar na questão da pesquisa, né, da pesquisa, avançar na questão da melhoria dos serviços prestados à comunidade, para que o médico se sinta mais seguro nos encaminhamentos desses atendimentos. Principalmente na ficha de referência e contrarreferência, na questão do transporte, enfim. Várias outras dificuldades que a gente vem acelerando nesse processo, alinhando, para que se torne assim, futuramente, um marco histórico dentro do próprio município de Ilhéus” “Mas as comunidades distantes como Castelo Novo, Banco do Pedro, Banco Central, a gente vê notoriamente o trabalho desses médicos. Por isso que é fundamental que esse Programa permaneça dentro de Ilhéus. Por que? Porque o município precisa desses médicos, o município precisa do Programa!”</p>	<p>alternados para o atendimento, eles também poderiam, não é que eles estariam direcionados, eles poderiam, né. A carga horária deles ser cumprida de um PA, como forma de cumprimento dessa carga horária. Então, uso de EPI nós fornecemos e fornecemos constantemente, que é o uso de máscara que é obrigatório, uso do álcool em gel, a lavagem das mãos, o uso do avental quando necessário, quando estiver em procedimento. Nas visitas domiciliares o gorro, entendeu, o oxímetro que nós colocamos nas Unidades, o termômetro digital. Inclusive, doutora, eu posso mostrar para a senhora que nós acabamos de receber mais termômetros, isso aqui tudo é material de EPI. Nós acabamos de receber mais termômetros, nós recebemos 40 termômetros, né, aqui eu posso mostrar para a senhora, né, os termômetros digitais que acabamos de receber mais termômetros. Então assim, EPI hoje na questão da pandemia não é um</p>	
--	---	--	--	--	---	--

				<p>” o que é que o Programa trouxe de importante para o município, eu creio que foi a resposta do atendimento e da qualidade à própria população. A população, ela se sente satisfeita e bem servida dentro do acolhimento e da humanização aos médicos, quando eles chegam nas comunidades, né. A comunidade do Couto e do Santo Antônio é uma comunidade que Dr^a. Larissa é muito querida lá, como no Banco do Pedro e no Castelo Novo com o Dr. Rafael, como em Banco Central Dr. Abel. Então assim, Dr. Pedro, ali no Alto do Coqueiro, Dr^a. Emanuele mesmo é muito querida no Nossa Senhora da Vitória, um trabalho muito bom. Inclusive, já tem até outra equipe lá, a terceira equipe não dos Mais Médicos, mas tem residentes lá dentro. Eu falo que Dr^a. Emanuele é até assim bem servida, porque lá tem ponto eletrônico lá, então</p>	<p>problema” “Nós tivemos várias dificuldades também por causa das chuvas, né, que enfrentamos aí também as chuvas, que é um fenômeno natural. Mas eles têm participado do telessaúde, alguns médicos eles têm feito telessaúde, principalmente o Dr. Abel. Eles também, eles fizeram as transcrições de receita daqueles pacientes que eles não conseguiram, né, por exemplo principalmente aqueles pacientes que moram mais distantes, né. Questão de solicitação de exames, quem faz a entrega desses exames e essas receitas são os agentes de saúde, tá certo?! Mas assim, a medida do possível que eles puderam fazer, eles cumpriram. Eles cumpriram” “Mas eu quero deixar relatado qual é a dificuldade encontrada em pandemia em relação à visita domiciliar. Porque nós enfrentamos uma pandemia, que é o COVID-19. Então, esse vírus chegou de uma forma agressiva dentro da comunidade e até mesmo inesperada, porque nós não</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>assim, é bem importante. Tem o Dr. Caio que faz um trabalho brilhante no Teotônio Vilela né. Então assim, quando... Dr. Iran também fazia um trabalho grande. Então quando assim, quando o Mais Médicos tem... o Programa Mais Médicos tem muito a oferecer para Ilhéus, e assim, as comunidades elas foram bem mais atendidas com qualidade”</p>	<p>conhecíamos, não tínhamos ciência do que é o COVID-19. Então assim, houve alguns entraves em relação assim: não adentrar, né, na casa da família; manter um distanciamento entre todos de 1 metro e meio a 2 metros, mas não ficou sem ir à localidade, né. E essa resposta vinham através dos próprios agentes de saúde, porque o agente de saúde ele é o elo da comunidade. Então a humanização entre a resposta da visita domiciliar juntamente com o médico, ela é fundamental! Porque traz a humanização e valoriza até mesmo todo o trabalho que é feito dentro dessas comunidades”</p>	
G 2	<p>“Em Ilhéus quando eu entrei para a secretaria de saúde, porque eu sou servidora efetiva a mais de 13 anos, mas aqui na gestão na gestão eu entrei em 2017 e aí nós pegamos o programa com o bloqueio parcial por conta de inconsistências na realização nas</p>	<p>“O município precisa de mais médicos para ter a cobertura, pelo menos parcial da sua população, hoje a gente tem uma cobertura na estratégia de saúde da família beirando 40%, na atenção básica como um todo quase que 75%, mas se falando de ESF</p>	<p>” Acredito que o programa Mais Médicos dentro de Ilhéus ele é um divisor de águas, de posturas, de ações e serviços, porque é justamente aquilo que falei a continuidade do cuidado e a</p>	<p>“Hoje a gente tem uma cobertura maior do que em 2017/ 2018 em que a gente tinha uma quantidade maior de médicos em 2017/2018 pelo programa do que agora, então naquela época eu estava na atenção básica a cobertura era menor, mas a quantidade de</p>	<p>“Eles apesar de estarmos em um momento crítico no início do ano passado, em abril do ano passado, eles foram presentes a todo o momento, inclusive se implantou os centros comunitários de atendimento a COVID e centro de atendimentos para o combate ao COVID na atenção primária. A orientação</p>	<p>“Antes a supervisão era mais frequente, era mais efetiva, inclusive durante a supervisão tinha um momento com o município, com os coordenadores, com as pessoas ligadas até mesmo com os gestores, tinha esse momento de avaliação para que pudesse ter uma percepção do que os supervisores regionais tinham visto. Inclusive algumas citações de melhoria, seja na assistência, estrutura física do local, alguma</p>

	<p>atividades dos médicos, tinha inclusive cooperados, mas quando nós assumimos não tinha cooperados, só tinha médicos com formação acadêmica aqui no Brasil mesmo. E aí ao assumir nós pegamos 04 médicos atuando na zona sul, centro, oeste e a atuação deles até então era um diferencial muito grande com relação a atuação médica dos médicos que não atuam no programa, a questão do compromisso, da carga horária, da longitudinalidade do cuidado, então eram características que nós víamos nos profissionais cadastrados no programa que não era observado nos profissionais médicos não cadastrados e que atuavam na estratégia de saúde da família também.”</p>	<p>com o perfil que o programa oferta, como eu falei é um perfil diferenciado né, nós precisaríamos de uma cobertura maior, principalmente para a população que reside em comunidades tanto urbanas como rurais de difícil acesso.”</p>	<p>longitudinalidade do cuidado, a comunidade cria um vínculo com o profissional e ela tem não só a confiança, mas ela tem esse profissional com um membro próximo da família uma vez que se reportam o tempo todo e quando a gente vai na comunidade, vai fazer a supervisão você observa pelos relatos que são só elogios, então existe um vínculo não só do médico com a comunidade, mas do médico com a equipe que são coisa que a gente não observa no cotidiano dos profissionais que atuam fora do programa. Porque apesar de ser 40 horas a estratégia de saúde da família</p>	<p>médicos era maior e impactou na elevação dos nossos indicadores tanto de pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino, quanto na solicitação bilateral para a população específica determinada pelo ministério da saúde, na imunização das crianças uma vez que, eu acho que historicamente dentro do município de Ilhéus a estratégia de saúde da família não atende pediatria, ela referência geralmente para o pediatra. E no programa os médicos inseridos vai de pediatria até a geriatria, eles fazem todo o ciclo da vida da população assistida então os nossos indicadores vacinais eram maiores, os indicadores da saúde da mulher eram maiores, hoje a gente tem uma cobertura mais alta, mas em compensação a gente tem uns indicadores</p>	<p>que nós tivemos do ministério era que o profissional do programa mais médicos não podia estar inserido nesses centros, e aí a gente observou que alguns médicos a exemplo da médica de Nossa Senhora da Vitória, ela “Não, eu vou atender a minha comunidade dentro de todo protocolo assistencial”, e ela se envolveu, foi uma das médicas que se envolveu diretamente no cuidado primário, a gente teve médico que trabalham no interior a exemplo de Dr. Rafael também que se envolveu diretamente no cuidado primário, na assistência e na atuação deles foi o tempo todo presente, fora as condições geográficas do município por si só apresenta, tem localidades que a gente tem um profissional que o acesso é péssimo, você leva 03 horas para poder chegar a um distrito que pertence a Ilhéus, mas você tem que entrar por Itajuípe. Então o acesso desse médico até essa</p>	<p>coisa que pudesse melhorar, dava um feedback também para o município e cobrava do município as participações que ele sabe que tem que fazer, mas algumas vezes há falhas. Durante a pandemia não houve mais essa supervisão e depois da pandemia também e eu confesso que eu sinto falta, eu acho que a supervisão caiu muito nos dois sentidos, tanto a supervisão regional, como a supervisão do município, eu acho que isso impacta na qualidade. Ainda é uma assistência diferenciada, mas a supervisão impacta uma vez que os gestores ele não é motivado, não há um acompanhamento, uma provocação, vamos provocar para que o município também seja o padrão de excelência que o programa busca, tanto na assistência, tanto no acesso, com a supervisão eu acho que essa qualidade do que o profissional precisa tanto do que a gestão quer em troca ficou bem a desejar. As supervisões já foram bem mais efetivas, bem mais resolutivas e hoje é isso, eu não estou na atenção básica, mas sempre a gestão vinha ao gestor ou ao co-gestor na época, se tinha algum outro diretor se reportava para que o assunto, as pendências não ficassem restritas só ao setor da atenção básica, são coisas que</p>
--	---	---	--	--	---	---

			<p>pela realidade da ausência de profissional na região dificilmente o profissional faz 40 horas dentro da estratégia, e mais dificilmente ainda ele cria vínculos com a comunidade e com a equipe e o diferencial do profissional mais médico é exatamente isso, a integração da equipe que vai dar a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência, é uma qualidade assistencial sem sombra de dúvidas muito diferente.”</p>	<p>mais baixos e não é só indicadores que não é só profissional médico, são indicadores que perpassam pela equipe, quando não se tem exatamente essa integração, quando não se tem esse olhar coletivo, profissional médico, enfermeiro, técnico todos voltados com o cuidado e a continuidade desse cuidado na comunidade aquele cuidado básico mais continuado da saúde da família “Vamos ver a família tal, vamos fazer visita familiar” “Cona fulana não fez o preventivo esse ano, cadê a criança que não vacinou?”, e quando médico vai com a equipe fazer essa visita, supervisão, vai com esse olhar diferenciado, isso direta ou indiretamente vai impactar nos indicadores de saúde da comunidade. Então</p>	<p>comunidade é bem difícil, mas durante a pandemia eles não se omitiram em nenhum momento de fazer a assistência, se desse para fazer a assistência duas vezes na semana, eles iam duas vezes na semana e tinha um canal de comunicação. Como a atenção básica atual geria isso, eu daqui não posso falar, mas quando nós fomos fazer a supervisão da secretaria no mês de outubro, a pandemia começou em abril, em setembro/outubro a gente foi fazer uma supervisão no interior, e assim, a população muito agradecida pelo fato de nunca ter tido presente nessas localidades de difícil acesso e que mesmo durante a pandemia era o socorro que eles tinham” “A atenção básica ela reduziu nessas localidades de difícil acesso, houve uma redução da frequência desses médicos ao interior justamente por conta da acessibilidade, os protocolos foram os nacionais mesmo dentro do</p>	<p>muitas vezes não dependem da atenção básica, depende dos setores agregados e da influência do gestor. Então a supervisão fazia questão de vim e deixar o gestor à parte de tudo o que estava acontecendo, tanto de positivo quanto de negativo. E a necessidade de melhoria tinha inclusive um agendamento da necessidade de melhoria até a próxima visita de supervisão, e hoje a gente não vê mais isso.”</p>
--	--	--	---	--	--	--

				<p>a gente observa que nossos indicadores eles aumentam com a permanência do profissional do programa mais médicos inseridos na equipe por conta desse olhar diferenciado e cuidado diferenciado”</p> <p>“A visita domiciliar, por exemplo, serviu até de referência quando a gente passou a fazer reunião com os médicos que não era do programa porque eles achavam que eles sempre tinham que fazer a visita com a equipe toda, médico, enfermeiro, técnico, todo mundo. E o médico do programa Mais Médicos não, ele trouxe esse olhar diferenciado, ele vai fazer a visita como membro da equipe ou não, o agente comunitário vai sempre, mas não precisa ir mais de um membro da equipe, ele tem essa autonomia essa vivência com a comunidade, o fato de ser o médico da família, de ser bem recebido, de ter a porta</p>	<p>plano de contingência seguiu aquela média de atendimento nos protocolos nacionais. E aí eles fizeram a assistência integral, uma estratégia que eu achei interessante que a atenção básica criou foi fazer o atendimento de algumas especialidades básicas aproveitando a ida do profissional do programa até aquela localidade, então como não tinha transporte público, tinha redução ou quando tinha, tinha redução de horário, se disponibilizou alguns membros de outras equipes, eu inclusive fui para poder dar uma assistência diferenciada sem aglomeração para essa comunidade para que elas tivessem o mínimo da assistência básica, atendimento médico e a realização de alguns exames básicos a exemplo de exame laboratorial e eletrocardiograma. E aí já ficava agendado o dia que esse exame iria retornar para coincidir com o retorno do profissional aquela localidade também, como a gente teve baixa de motorista, baixa de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>aberta e ter o olhar diferenciado para cada família que ele visita, então serviu de base inclusive para a gente na época fazer a reunião com os médicos que não eram inseridos dentro do programa para explicar que a visita domiciliar pode ser feita independente dos outros membros da equipe. Isso foi o que me marcou muito porque o profissional médico do programa ele ia, ele tinha o agendamento dele certinho e muitas vezes, a depender do profissional, eles faziam a visita inclusive sem o agendamento, se o agente comunitário chegasse lá e falasse que Dona Maria precisa de uma visita, um acompanhamento mais minucioso ele no final do dia se propunha a ir e avaliar essa paciente independente de ser a visita domiciliar ou não. E no retorno da equipe, é isso que a gente ficava, em toda visita domiciliar tem que ter um retorno da equipe, geralmente o</p>	<p>enfermeiro, foi uma loucura aqui dentro da secretaria também, eles tiveram uma redução da sua frequência lá naquele interior.”</p> <p>“Aqui na cidade continuou do mesmo jeito, com horário reduzido por conta de transporte público mesmo estando inserido no território, as vezes a pessoa em um local um pouco mais distante do que a unidade, e como a orientação era quase que um Lockdown mesmo, então houve uma redução na frequência da população na unidade, mas o profissional estava lá, na zona urbana ele ficou todos os dias lá também.”</p> <p>“ Antes era das 07h às 16:30h às estratégias de saúde da família e com a pandemia ficava até as 15:30, reduzia uma hora a mais ou duas horas a mais a depender do local, porque são locais também com o índice de violência alto.”</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>médico faz a visita e não dá o retorno para a equipe e o profissional inserido no programa ele retornava e dava o feedback para a equipe “Olhe, precisamos fazer isso e aquilo”. Nessa época inclusive a gente começou a concluir o NASF que existia o Núcleo de Apoio a Saúde da Família para fazer o plano de cuidado diferenciado nessas unidades onde tinha o profissional do programa mais médicos incluído para fazer o plano de cuidado diferenciado. Nós iniciamos esse perfil, se é médico do programa Mais Médicos ele vai dar o feedback nas equipes e aí nós inserimos um profissional do NASF, do núcleo de atenção à saúde da família para que também fizesse o projeto terapêutico singular dentro das equipes onde tinha o programa dos Mais Médicos por conta desse feedback. Toda a visita ele tinha o feedback com a equipe, coisa que a</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				gente não observava nos outros médicos, nas outras equipes.”		
G 3	<p>“Quando eu cheguei em 2018, acho que agosto ou setembro de 2018 a gente observou que estava com um número de vagas, e a gente destacou praticamente uma pessoa praticamente para acompanhar o mais médicos, a gente observou que a gente ainda tinha fragilidades nas estruturas, a gente tentou melhorar as estruturas dos profissionais de saúde né, o local de trabalho. E tinha algumas pendências também de questão de moradia, da bolsa e no decorrer do tempo parece que regularizou, uma pendência ou outra aparece que tem um probleminha e em uma das unidades ainda precisa de uma nova reforma. Foi feita uma reforma e precisa de uma segunda reforma,</p>	<p>“A gente gostaria de dobrar o número, principalmente nas zonas rurais onde tem algumas unidades mais distantes, a gente sente uma necessidade. Por exemplo, assim, os médicos fora dos mais médicos eles não cumprem carga horária e mesmo porque não tem interesse em ir, essa é uma realidade, eu acho que não é só de Ilhéus, mas do Brasil todo, os distritos, as unidades mais distantes elas têm uma dificuldade de captar médico, então eu acredito, particularmente, que os mais médicos vêm nesse sentido de criar um ambiente melhor nessas comunidades mais desassistidas. Então a gente gostaria de pelo menos dobrar o número esse seria o ideal, eu acho que a</p>	<p>“É aquela coisa, com as deficiências do município, quer dizer, a gente ainda tem, mas a maioria já foi solucionada a questão de bolsa e etc., eu acredito que no geral vem cumprindo as nossas necessidades. É lógico que em termos de comparação com as outras unidades eu acho que todos os médicos do mais médicos estão acima do patamar dos outros médicos né, dos não mais médicos, então eu acredito e gosto, em outras unidades eu já trabalhei com mais médicos, em outras cidades, e eu acho assim fundamental fazer o chamado Sistema de Espelho, falar “Olha, você... de melhor qualidade, ô</p>	<p>“A gente luta para cumprir os protocolos da atenção básica e o médico que não é dos mais médicos, raramente a gente atinge 50% a 60% das expectativas e no mais médicos a gente atinge aí, no mínimo na faixa de 80% a gente consegue atingir. Tem médicos nos mais médicos que é acima do normal, acho que Rafael, você tem alguns que são acima da expectativa, tem outros, mas assim, Dr. Rafael ele se destaca um pouco mais, ele procura se aprimorar, ele é dedicado, ele vem e debate, coloca diversos... eu acho muito boa essa interação com esse médicos, ele é o que mais faz essa interlocução e a gente entende que ele vai repassar para os outros, mas eu gosto. É aquele negócio, eu gosto de ser desafiado “E aí Magela, o que você diz?” a gente corre atrás e a gente está</p>	<p>“O primeiro momento foi de impacto, o susto, muitos médicos não trabalhavam, não estou dizendo dos mais médicos estou dizendo do geral, nós perdemos uma quantidade enorme de médicos de PA, UPA, médicos de atenção básica, muitos não quiseram trabalhar porque o município depois teve um decreto junto com o do Estado que afastou os que têm comorbidade e os médicos com idade. Com isso afetou de forma negativa o atendimento na atenção básica, muitos tiveram que ser deslocados, nós fizemos novas contratações e tivemos uma nova recomposição. Agora, com a volta da relativa normalidade no final do ano passado, a gente começou a retomar com a atenção básica, mas ainda falta... o medo ainda, já depois de todo mundo vacinado e tal, teve uma melhora do quadro, os médicos ficaram mais presentes. Mas, eu acho que em termos do</p>	<p>“Não, praticamente a mesma coisa. Agora, uma coisa que eu sinto é que a avaliação desses médicos o secretário não tem o retorno, eu digo que o responsável não tem, mas eu sinto que falta um relatório para que a gente possa trocar figurinhas, ninguém sabe mais que o outro, mas é aquele negócio, a gente gostaria até para talvez interferir no processo, só sinto essa falta dos relatórios que precisaria ter nomes, mas eu acho que assim de forma sucinta poderia ser compartilhado com o secretário.”</p> <p>“Tem acompanhamento, mas são muitos esporádicos e não avalia o desempenho, eu acho que isso aí teria que ser uma costura única.</p>

	<p>mas na medida do possível a gente tentou dar um reforço maior às unidades que tivessem mais médicos, o problema é que em termos de conforto e estrutura física quem faz não somos nós, é a Secretaria de Serviço de Estrutura então nós temos esse limitante de solução mais rápida.”</p>	<p>gente conseguiria botar médicos em diversas regiões, locais mais de difícil acesso então eu acho que a gente teria uma necessidade maior.”</p>	<p>doutor porque o senhor não pode fazer igual ao mais médicos” eu uso isso, então eu acho que é um projeto de referência.”</p>	<p>chegando a um bom termo, então eu acho que os mais médicos puxa para cima a qualidade do atendimento da atenção básica, eu acho que é uma referência para nós cobrarmos dos outros médicos cobrar um atendimento melhor na atenção básica. A gente espalhou, construiu postos, aumentamos os números de médicos e agora a gente está na etapa de melhorar a qualidade, e eu gostaria muito de ter um Dr. Rafael para coordenar toda a atenção básica.</p>	<p>grupo dos mais médicos o impacto foi o menor possível, eles têm um compromisso maior, é um negócio que eu não deveria falar não, mas eles têm um compromisso, como diria os primeiros do exército do SUS, eles são os primeiros. Os outros na verdade são os médicos que ficam compondo o quadro, compondo os recém-formados tem outros objetivos e ficam fazendo complemento, e os outros do mais médicos parece que é a prioridade.”</p>	
--	--	---	---	--	---	--

APÊNDICE 7B– MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM MÉDICOS

Médico	Percepção, sobre a finalidade do trabalho realizado na unidade	Problema necessidade de saúde apresentadas pelas pessoas atendidas	Conhecimentos e instrumentos utilizados no cotidiano do trabalho como médico	Rotina assistencial da unidade antes da pandemia (Fluxo das atividades (Consultas, ações educativas, visita domiciliar, procedimentos, vacina etc. programação diária ou semanal das atividades.	Mudança no processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19	Percepção sobre as condições de trabalho durante o contexto de pandemia	Percepção sobre a gestão do processo de gestão (organização) do trabalho no SUS do município de Ilhéus . (O que é feito pela SMS? Há algum tipo de supervisão e/ou avaliação do seu desempenho?
M 1	“A minha percepção é que assim: é um trabalho necessário, um trabalho fundamental porque é uma população extremamente esquecida, desassistida, né, desde que eu cheguei lá; e até hoje a gente luta muito para levar muitos recursos	“Os mais comuns seriam as doenças crônicas, que seria o nosso dia a dia. Hipertensão, diabetes, é o mais corriqueiro né. Aquela coisa básica, que eu já com 10 anos de formada não encontrava muito que é a desnutrição, eu tenho encontrado. Verminose, uma grande quantidade, imensa, de verminose para estar tratando. Agora a desnutrição e	“Bom, eu, na verdade, lá a gente não tem internet até hoje. Então eu não tenho nem acesso, há nenhum de apoio né, que eu poderia demandar algum apoio para fazer pesquisas <i>online</i> que a gente utiliza bastante, lá eu não consigo ter.” ” Então acaba que o que eu tenho de dúvida, eu prorrogo	“Como eu atendo em duas Unidades, é impossível para eu fazer cronograma de programas, né, de saúde. Como a gente faz né, de gestante, Saúde da mulher, como era de costume a gente fazer antes. Então, sendo assim, o que eu faço é o atendimento. Antes era	“Naquele momento eu tive duas situações. Uma foi que, como fechou todo o transporte público, a gente ficou meio sem, quase sem condições de trabalho. Porque a equipe né, que já é uma equipe bem reduzida, não tinha como ir trabalhar, né. “E a gente também na época a gente estava um pouco com dificuldade de transporte, e eu acabei	“Bom, as condições de trabalho a gente realmente teve condições precárias de trabalho, isso é fato. Ali, nossa Unidade é bem precário mesmo. Mas, com relação à pandemia, a gente percebeu sim um cuidado bem grande da gestão, né. No	“A supervisão da gestão, antes da pandemia, a gente via mais assim. Não era tão frequente, mas a gente via mais a presença das coordenadoras.” “E a supervisão do Mais Médicos, não, era mensal, religiosamente. Dr ^a Márcia, ela é bem criteriosa, ela vai, ela pergunta para todo mundo. Para

<p>para lá, né. Que a gente vê que tem uma dificuldade muito grande dessa visão dos gestores e até desde a população, em entender que a zona vulnerável é aquela que mais demanda de atenção mesmo, mais demanda deveria né. E no final, não, é a esquecida. É a que a gente tem que estar em cima para conseguir uma coisinha. É tipo assim: “ah não, mas está lá na zona rural”, é como se “ah, tá lá longe né”. Não, você está no centro urbano, é mais fácil de conseguir os recursos, e lá é tudo muito mais difícil”</p> <p>Então, eu vejo nosso trabalho como um trabalho de extrema importância. Por mais que a gente não consiga fazer da</p>	<p>a gestação na adolescência também, que é uma coisa que me deixa um pouco tensa. Violência doméstica, eu tive um caso de feminicídio o ano passado”</p> <p>“Saúde da mulher, que assim, também demanda bastante atenção. Fico feliz de falar para você que eu tenho uma demanda grande da Saúde do homem”</p> <p>“Tem dia que eu chego a tirar fotografia do meu RTI que tem mais atendimento de homem do quê de mulher, eu acho isso incrível. Lógico que não é todos os dias, mas eu tenho um grande atendimento de homens”</p>	<p>um pouco esse atendimento e trago, e faço as minhas buscas aqui, né, na cidade. E aí eu busco alguns sites. Ou os meus livros, meu Tratado de Medicina de Família e Comunidade que eu uso bastante, que eu tenho o Tratado. Ou as buscas pela internet mesmo, alguns sites da Sociedade ou alguns sites médicos, né. O PEBMED, eu uso também alguma coisa do PEBMED. Quê mais... isso, as autorizações da UnaSUS que a gente faz todo mês, eu tenho muitas anotações, eu tenho meus caderninhos de anotações que também eu faço e utilizo como recurso. Os cadernos da Atenção Básica também, né, eu gosto bastante daqueles caderninhos, as diretrizes da Atenção Básica. O Ministério da Saúde, né, eu uso</p>	<p>agendado, tinha um certo agendamento e um número específico para demanda espontânea. Deixava sempre um número específico de agendamento e o restante seria para essa demanda espontânea. E dentro dessa realidade, eu deixava. Procedimento eu não consigo fazer, a única coisa que eu fiz até hoje foi lavagem auricular, e isso porque eu ainda fiz algumas adaptações. Porque a gente não tem materiais para fazer sutura, não tem materiais para fazer nenhum tipo de procedimento. Então a gente não faz. Aí eu fazia algumas aplicações de</p>	<p>naquela época tomando a iniciativa de ir com meu carro e eu pegava algumas pessoas da minha equipe para ir junto, para a gente não queria fechar o posto”. “Não queria deixar de dar assistência, só que aí acabei tendo muito problema por conta disso”. “Porque a equipe foi ficando desmotivada e a gente teve muito problema de, como é que se diz, de... eu não sei se os colegas ficaram com muito medo e, na verdade, tipo assim: “ai tá todo mundo em casa, então porque eu tô vindo trabalhar”, né. E eu me senti assim, como se eu que estivesse forçando eles a trabalhar, e de certa forma eles faziam, começaram a ficar um pouco chateados comigo. Eu tentei motivá-los de algumas formas, falando que ali a gente estava seguro, que a gente estava se cuidando, mas assim,</p>	<p>início faltou. Na verdade, faltar, faltar eu acho que em nenhum momento faltou. A gente, quando começava a querer faltar a gente já falava e eles davam um jeito de organizar e mandar os EPIs para a gente, porque era uma coisa que a gente estava e batia o pé: eu não volto a atender se não tiver os EPIs.”</p> <p>“Porque no início estava todo mundo tão assustado, né, eu até cheguei a comprar uma máscara para mim, uma N95 daquela que só troca o filtro. No início eu usei, mas para a equipe não faltou, então para mim, naquele</p>	<p>o usuário, para a equipe, pergunta para todo mundo como é que é, como é que está sendo. Só que agora depois da pandemia está sendo online, né, a gente que passa as demandas para ela. Eu acho bastante importante”</p>
--	---	---	---	---	--	--

	<p>forma que a gente gostaria, porque enquanto especialista eu percebo que a distância, né. Eu venho de uma realidade e que hoje eu estou dentro de uma outra realidade que a gente tem que se adaptar a isso também, né. Então assim, eu tive que passar por um processo inverso, de me adaptar com o nada, com falta né, escassez de recursos, escassez de até mesmo da equipe, de saber o que é saúde da família, né. Então assim, é um trabalho de formiguinha mesmo, dos mínimos detalhes, de percepções, e é isso. Acho assim, na minha percepção é um trabalho de extrema importância, assim, é vontade de fazer muito... que eu cheguei cheia de ideias, cheia de, né, e aí você tem que adequar e entender que o pouquinho que</p>		<p>muito das diretrizes também, o site do Ministério da Saúde. É isso”</p>	<p>quelóide”. “Coisas que dava para eu fazer uma adaptação, que às vezes o paciente trazia e eu conseguia fazer. E aí eu encaixava na demanda, no período da demanda, nos horários que sobrava né, para fazer esses procedimentos. Como que era a rotina: normalmente eu chegava no posto, sempre fazia a sala de visitas né, eu escolhia algum tema, deixava um cronograma de temas que eu achava importante naquela semana e fazia a sala de visitas enquanto estava sendo organizado as fichas, tudo, aí eu fazia uma meia horinha de conversa com a população. E aí eu iniciava o atendimento e era</p>	<p>ainda tive alguma dificuldade. Então, acabou que muitas vezes ia só eu e a enfermeira mesmo, então a maior dificuldade que eu tive foi com relação a isso. Até o momento que eu falei: não vou nem com meu carro. Aí falei com o pessoal da secretaria da gestão, falei “a gente precisa do carro da prefeitura”, porque ele vai levar a equipe toda, e aí a responsabilidade já não é mais minha, né. E não deveria ser, na verdade não deveria ser minha desde o início, e eu só fui a ter essa percepção depois quando começou a dar problema com minha equipe, né. E aí assim, desde lá para cá mudou bastante, né, porque a gente já vinha num ritmo ganhando espaço de conhecimento com a população, né. Porque foi logo, foi 6 meses depois que eu cheguei, uns 8 meses depois</p>	<p>momento não iria faltar também, eu comprei a minha máscara, mas não iria faltar mesmo porque nunca faltou o EPI para a gente. Eles se preocuparam logo em abastecer com álcool, né, com oxímetro que logo no início eles já forneceram para a gente, que a gente não tinha. Muitas vezes falta glicosímetro.” “Então, com a pandemia, realmente não faltou materiais de EPIs, nenhum tipo. O que assim, seria uma crítica, eu acho assim: medicamentos, que eu falo. Zona rural não poderia faltar medicamento em hipótese</p>	
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>“você faz já é grandioso naquela dinâmica ali”</p>			<p>dessa forma, era o dia todo, o atendimento todo variado a população. Não tinha como fazer diferenciado, né. O que mudou: durante a pandemia, no início, como foram suspensos todos os atendimentos eletivos a gente ficou mais com as urgências, né, o atendimento das urgências. E aí pouco tempo depois a gente já começou a atender as gestantes, e aí passou só as gestantes permaneceram com agendamento como é até hoje. E eu não voltei a fazer agenda, porque eu achei bem mais interessante deixar a demanda espontânea.” “Porque na verdade não mudou muito a rotina do posto.</p>	<p>que eu cheguei aqui. Então, você está começando a conhecer a população, fazer o vínculo com a população e de repente dá aquela esfriada, né. E a população realmente não ia no posto, fiquei assim, pelo menos uns 2 meses com a demanda assim baixíssima, eram pouquíssimos pacientes, um gato pingado, um ou outro. E a população com muito medo. No início quando a gente ainda pegava síndrome gripal, e a gente dava o diagnóstico gripal, eles ficavam um pouco chateados com a gente. Porque todo mundo com medo de pegar COVID, e a população quando ficava sabendo que eram suspeitos de COVID, aí ficava aquele pavor, todo mundo se apontando, né, e fica mesmo, porque distribui aquilo ali e todo mundo fica sabendo. Então eles</p>	<p>alguma, ainda mais em uma situação dessa que está sem transporte, para o paciente ter que vir ao centro, eu achava um absurdo.” “Com relação ao processo de trabalho da pandemia, a gente não participou, que foi até uma crítica que a gente chegou a fazer no início. A gente se reuniu os médicos da Atenção Básica, a gente chegou a fazer um grupo de <i>WhatsApp</i> porque eles fizeram todo o planejamento, o fluxograma, sem pedir a opinião para nenhum profissional da Atenção Básica. Então fez tudo direcionado para</p>	
--	---	--	--	--	--	---	--

			<p>Como já não tinha um cronograma de programas, né, eu permaneci com a demanda espontânea. A única coisa assim que eu não faço com muita frequência mais é a sala de visitas, porque realmente para não aglomerar. Quando eu vejo que não está muito tumultuado e que vai demorar um pouquinho para eu iniciar meu atendimento, aí eu vou, fico próxima das pessoas, tento puxar algum assunto que elas queiram conversar ou eu mesma puxo algum assunto. No início da vacinação mesmo, muita gente com dúvida, eu fui falar sobre as vacinas, a importância, né. Vez ou outra eu falo alguma coisa de vacina. Então, para não aglomerar, eu acabo não fazendo muito como eu fazia a sala de visitas, né. E mudou isso, a</p>	<p>ficavam nessa situação, de não querer ir ao posto e ser diagnosticado como síndrome gripal ou qualquer coisa parecida. E aí, sim, ainda não consegui voltar ao ritmo de trabalho como a gente estava antes, aquela coisa da equipe engajada. Durante a pandemia foi trocado algumas pessoas da minha equipe também, e assim, eu ainda estou sentindo essa dificuldade no processo de trabalho ainda, de ver como uma Equipe de Saúde da Família. A impressão que eu tenho é que depois da pandemia, tornou mais assim, um ambulatoriozão, sabe, um atendimento por atender, né, aquela coisa assim que não é Saúde da Família. E isso me incomoda profundamente”</p> <p>“esse contato ‘Com a população, de poder fornecer orientações a respeito da pandemia.</p>	<p>a atenção de média e alta complexidade, né, e esqueceram da Atenção Básica”</p> <p>“E aqui foi sempre direcionado para a Central do COVID, né. Hoje eu interpreto que pela falta de estrutura mesmo, das Unidades, né. Eu acho impossível estruturar todas as Unidades Básicas numa cidade do tamanho de Ilhéus tão rapidamente para uma pandemia igual foi. Eu acho que foi mais assertivo mesmo ter feito dessa forma. Porque realmente a gente sem estrutura física e de pessoal”</p> <p>“Então assim,</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>questão que eu não faço mais agenda, é demanda espontânea total, a não ser gestantes, que são agendadas”</p>	<p>De certa forma acalmá-los, porque você, por mais que seja uma doença agressiva e cheia de dúvidas, quando você está ali e você passa as informações, a população... assim, não é todo mundo, mas a grande maioria acata aquilo ali e entende e segue sua orientação”</p> <p>“Então assim, eu consegui perceber uma diferença grande, quando você chegava e tinha aquela ansiedade das pessoas por não saber o quê que era, às vezes falando de uma forma distorcida da doença. E aí quando você conversa com calma, e ainda bem que eu já tinha esses 8 meses, a população já me conhecia de certa forma. Então, assim, entender a questão da vacina também que muita gente no início por conta de tanta conversa e de tanta mídia distorcida, não quer tomar, e você ir</p>	<p>são coisas muito sérias e que eu acho que realmente foi assertivo da parte deles fazer dessa forma, porque realmente as Unidades não tinham estrutura para absorver esse atendimento da forma que deveria ser mesmo, né. É uma realidade completamente aquém do que deveria ser”</p>	
--	--	--	--	---	---	---	--

					lá, explicar da importância. Falar, tirar as dúvidas, explicar dos mitos, e a população entender e depois abraçar aquilo ali, você vê a mudança da percepção depois que você dá a orientação”		
M 2	<p>“Eu acho que meu principal papel ali é realmente prevenção e tratamento do perfil de população bem humilde, que foi carente de tudo, de educação, de saúde, de saneamento básico”. “Às vezes a forma da gente prevenir é mais até informando e educando até mais do que realmente como médico, eu acho que esse é o principal papel da gente ali. Prevenção, tratamento e educação da população.”</p>	<p>Necessidades, então, é uma população que é muito carente de informação. Então, no início os principais problemas enfrentados são sobre orientação de higiene, sobre o uso de água filtrada, fervia água antes de consumir diretamente da torneira, importância da mãe fazer o pré-natal com a gente, sobre adolescentes fazer o uso do preservativo, mais essa questão educacional mesmo.”</p> <p>“Hoje acho que o</p>	<p>“O principal instrumento é a minha anamnese, minha especialização em psiquiatria me ajudou muito, a gente tinha uma demanda muito grande pra psiquiatria, tanto infantil quanto adulto lá na nossa unidade. Na pandemia isso explodiu, antigamente eu acho que 80% do atendimento na unidade era hipertenso e diabéticos, eu acho que hoje pelo menos, se a saúde mental era 10% eu acho que pelo menos 30% hoje em dia, 30 a 40 eu diria é saúde mental. Muitos pacientes de outras unidades descobriram</p>	<p>Então, antes da pandemia era dividido por programa, a gente tinha um dia que era hiperdia, outro dia a gente tinha saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, tinha um dia para visita domiciliar, tinha um dia que a gente não marcava nada era fluxo livre, demanda espontânea a gente fala. Sempre doze pacientes agendados por turno e quatro consultas para urgências e emergências, e visita domiciliar a gente colocava entre quatro a seis</p>	<p>“Logo no início eu acho que tava todo mundo meio perdido, o município adotou essa estratégia de retirar um pouco a atenção básica do combate realmente e de realmente poder ajudar a atenção básica. “A gente não tinha acesso, a gente não sabia quem era os pacientes que estavam com suspeita ou os casos confirmados, porque todos os pacientes eram referenciados pra essa unidade de Covid”</p> <p>“Então, a gente ficou meio que de fora disso, depois quando eles viram que a gente tá sendo praticamente, desperdiçando a nossa mão de obra que a</p>	<p>“Quanto às condições de trabalho não tenho do que reclamar, porque minha unidade tinha os EPIs necessários que eles forneciam pra toda a equipe”</p> <p>“Só a estratégia adotada realmente no combate no início foi bem questionável, por a gente praticamente não estar participando, não estar participando e nem ter informações da nossa área do que tava acontecendo. Acho que eles perceberam o erro e no final do ano</p>	<p>“Praticamente toda semana a gente tem uma visita de uma enfermeira que é responsável lá por algumas unidades do Vilela, e após pandemia também continua a mesma coisa. Uma vez por semana pelo menos tem uma enfermeira que visita a unidade, pergunta como tá funcionando, conversa com os funcionários, conversa com os pacientes, pergunta as nossas necessidades e pelo que eu vejo ela até se esforça pra tentar ajudar no que é necessário. Isso não mudou muito não, essa supervisão do município.”</p>

		<p>maior problema que a gente vem enfrentando é a dificuldade dos pacientes de conseguirem algumas consultas com especialistas, dificuldade em conseguir acesso aos medicamentos que vem faltando, acho que esses são os principais problemas. Muitas áreas também descobertas, sem agentes de saúde, a gente tem muitas áreas que não tem agente de saúde cobrindo, então é muito paciente acamado que a gente não tem muita informação, tem que se virar pra tentar ajudar, a gente tem pouco recurso humano da nossa unidade.”</p>	<p>que eu sou psiquiatra, então que eu acabo atendendo então muito paciente às vezes até de outras unidades porque a gente não tem, então é uma dificuldade muito grande essa especialidade aqui pelo SUS.” “E o que a gente não tem pelo SUS é psicólogo, pacientes então portadores de transtornos mentais que a gente precisaria de um acompanhamento psicológico, a gente não tem pra onde encaminhar, o que a gente consegue às vezes é ajudar, alguns contatos que eu tenho na faculdade de Ilhéus e a gente consegue ingressar eles lá e eles fazem um atendimento gratuito pra aprendizado dos alunos de psicologia. Eles têm atendido então os pacientes da gente.”</p>	<p>por semana, isso antes da pandemia.” “Após a pandemia, foram suspensas as visitas domiciliares, desconfigurou um pouquinho essa questão de dividir por classificar o dia de atendimento, então era sempre demanda espontânea. E no nosso bairro tinha um centro de referência pra Covid, então qualquer paciente suspeito, qualquer paciente com síndrome gripal era encaminhado diretamente pra lá, então praticamente a gente passou a pandemia inteira sem ter muito acesso a esses pacientes, no final da pandemia que a gente começou a acompanhar os</p>	<p>gente começou a acompanhar os pacientes.” A gente faz o acompanhamento via telefone pra os pacientes que estavam já com casos confirmados, pra os pacientes que estavam com suspeita a gente atendia, orientava, medicava precocemente seguindo as orientações do Ministério né. E é isso, a gente realmente começou a atuar já acho que no final do ano passado, que a estratégia do município incluiu a gente nesse combate.”</p>	<p>passado já mudaram a atitude e resolveram realmente incluir os Mais Médicos nesse combate no enfrentamento realmente da Covid.”</p>	<p>Sobre a supervisão do MEC, desde o início da pandemia por videoconferência, reuniões mensais por videoconferência, toda reunião estava discutindo algum tema específico que estava sendo escolhido previamente, e tava sendo feito dessa forma, sempre por videoconferência depois da pandemia.”</p>
--	--	---	---	--	--	--	---

				<p>pacientes que tinham suspeita ou que estavam já com diagnóstico confirmado de Covid.”</p> <p>“Pacientes que estavam no grupo de risco, os agentes de saúde iam em casa quando precisava eu ia pra avaliar o paciente. Questão de receita, o agente de saúde trazia a receita, eu renovava e ele levava de novo pra o paciente, os pacientes que eram do grupo de risco. E no final da pandemia, no final não que a gente ainda tá, mas agora, mais recentemente, aí que a gente começou realmente a ajudar e acompanhar esses pacientes. A gente tava dividindo por turnos, um turno a gente dividia o atendimento como</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>a gente dividia antes, classificando hiperdia, saúde da mulher e saúde da criança, e no outro turno os pacientes que eram suspeitos ou casos confirmados de Covid pra não misturar os pacientes, basicamente era assim que tava funcionando.”</p> <p>“a gente retirava 15 minutos, cada grupo a gente fazia ou alguma palestrinha ou algum assunto pra discutir na sala de espera mesmo, onde os pacientes eram acolhidos pôr a enfermeira ou a técnica ou eu. Geralmente a gente fazia, então cada grupo, escolhia um grupo pra fazer naquela semana, e com a própria equipe a gente também durante as reuniões, a gente</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

				fazia as reuniões uma vez por semana, uma vez a cada 15 dias, a gente também escolhia alguns assuntos pra discutir ou alguns casos mais complicados de alguns pacientes específicos para serem discutidos, enfermeiro, técnico, todo mundo opinando pra poder escolher um plano terapêutico pra aquele paciente”			
M 3	<p>“Eu acho mandatório a continuidade do projeto da forma que ele foi elaborado e tá sendo executado, porque ele traz regras que implicam em um compromisso mútuo entre o profissional e a gestão dos municípios.”</p> <p>“Graças ao programa que a comunidade lá ela tem médico hoje,</p>	<p>“ É uma comunidade isolada, como é uma comunidade rural, durante o período, o ônibus que vai pra lá, por exemplo, é um ônibus intermunicipal, então eles durante um período ficaram sem acesso, eles ficaram completamente isolados de sair de lá pra buscar uma</p>	<p>Além dos conhecimentos da boa formação em saúde da família, a gente traz essa bagagem de acompanhamento longitudinal, lá por ser uma comunidade menor eu até consigo fazer um bom trabalho nesse sentido, de dar esse acompanhamento longitudinal. São os mesmos</p>	<p>“Nossa, era bem mais tranquilo, porque a gente tinha um coletivo normal que eles já estavam acostumados a usar, quanto a solicitação de exames ou consultas com especialistas eles iam de ônibus coletivo e eles tinham horário de saída de manhã, voltavam a tarde. A gente fazia as</p>	<p>“Logo quando a pandemia foi anunciada, na semana seguinte que eu cheguei lá, antes mesmo das orientações locais ou nacionais, porque eu sou muito ligado a essa questão pela minha formação anterior na área de genética e biologia molecular eu já sabia exatamente o que ia acontecer, a transmissibilidade</p>	<p>“No início a gente que tem formação em saúde da família, a gente sabe o nosso papel na delimitação de normas em uma situação dessas, de pandemia por exemplo, e a gente queria ser acolhido nesse grupo operacional.”</p> <p>“Não houve assim uma assembleia ou</p>	<p>“A gestão até 2021, 2020 e 2019 até antes da pandemia a secretaria estava passando por uma dificuldade com a coordenação da atenção básica, houve troca de coordenadora de atenção básica umas 3 ou 4 vezes, aí tudo o que a gente acertava com uma, um mês depois era outra coordenadora e a</p>

	<p>porque é uma comunidade distrito. Então assim, o projeto ele busca médicos justamente pra essas localidades onde você tem difícil acesso, por isso os profissionais não querem ir, optam por não ir, às vezes até desistem.”</p>	<p>emergência fora do atendimento da unidade. Mas, graças a Deus, tem uma ambulância lá que supre essa demanda, supriu durante esse período carencial.” “A população é carente economicamente, não tem fonte de renda, são aposentados, pessoas que vivem com os aposentados cuidando deles.” “Mas é uma comunidade assim, extremamente educada, acolhedora, tá tendo suprimento de medicamentos, que os medicamentos que a gente usa eu solicito a prefeitura, eles mandam os carregamentos. Quando foge, alguma situação de exceção ao medicamento que não é de uso cotidiano, aí eles ficam... lá não tem farmácia por exemplo, aí eles tem</p>	<p>pacientes, não têm uma alta demanda como os postos que eu trabalhei, essa é uma facilidade né”</p>	<p>atividades na sala de espera, fazia as atividades de reuniões coletivas. Nosso posto lá, apesar da zona rural, ele é um postinho lindo e grande, porque é uma casa antiga adaptada, tem vários cômodos, um deles é um salão enorme que ficou como sala de reuniões” “A gente reunia inicialmente, por exemplo, novembro azul, outubro rosa, no mês de combate ao suicídio, sempre a temática mensal, a gente fazia uma apresentação coletiva com a comunidade, reunia naquela sala e debatia, trazia figuras, conseguia sempre um data show, fazia as apresentações ilustrativas, funcionava bem</p>	<p>de um vírus respiratório e já tomei todas as medidas, eu já cheguei anunciando isso na sala de espera “pessoal foi anunciado pela OMS, expliquei o que significa OMS, nós estamos em pandemia, é um vírus mortal, não é um vírus que causa uma gripe comum porque se uma gripe mata idosos, esse mata jovem imagine idoso, então a partir de hoje todo mundo que vier à unidade vai vim de máscaras, não pode sentar um do lado do outro”, fiz as orientações gerais conforme os protocolos, pedi para não ficarem todo mundo lá de uma vez, pedi para eles irem em horários diferentes, chegarem às 08h 09h, outros 10h, 11h para não aglomerar, deu</p>	<p>reunião que eu tenha participado, mas eu acredito que eu participei porque eu ficava me intrometendo, até hoje.” “A gente tem um grupo de atenção básica e todas as reivindicações que foram colocadas lá foram atendidas, agora com relação a não ir trabalhar não existia essa possibilidade porque a gente, como somos médicos estamos sujeitos a pegar qualquer doença do paciente, inclusive em uma situação dessa, agora tem que ter as normas de biossegurança para evitar, não quer dizer que a gente não vai pegar. Acredito que lá no meu posto veio carregamento de máscaras, de avental, de álcool em gel, o EPI veio e do grupo eu não</p>	<p>gente tinha que ir lá falar tudo de novo, falar sobre as demandas, “olha eu já mandei essa lista de medicamentos e vou mande de novo”. “colocaram uma coordenadora da zona rural que ela é excelente, é uma pessoa que está em contato direto com a gente, tudo o que eu preciso de medicamento, de equipamento, de pacientes especiais que eu dou prioridade, por exemplo, uma gestante que precisa de exame e transporte, eu falo para ela e resolve e está resolvendo mesmo, esta gestão está direitinho.” “com relação ao programa do MEC as reuniões são virtuais, o grupo extremamente participativo a gente é sempre questionado quanto às demandas,</p>
--	---	--	---	---	--	--	--

		<p>que mandar alguém trazer, alguém que pegou, não é na cidade, fala-se centro urbano, trazer pra eles. A dificuldade maior é essa pra eles, a acessibilidade mesmo.”</p>		<p>legal, eu gostava bastante. O agendamento nosso, a gente tem um agendamento máximo e com uma cota de demanda espontânea. Se passasse a cota de demanda espontânea a gente avaliava caso a caso, se era uma urgência a gente atendia sem problema nenhum. Nunca teve objeção a atender ninguém lá, o paciente “ah, quero só tirar uma dúvida”, todos são atendidos ali até hoje.”</p> <p>“Depois da pandemia a gente suspendeu as atividades coletivas e diminuiu a aglomeração, como a unidade é pequena, quando eu chego todo mundo sabe porque é muito pequeno e aí eles</p>	<p>certo.”</p> <p>“Na fase inicial, a prefeitura emitiu uma portaria com as normas de quais serviços deveriam ser suspensos e quais deveriam ser continuados, então foi suspensa as atividades coletivas, acho que as visitas de crescimento e desenvolvimento dos ACS, a gente recebeu máscara, luvas, estoque de álcool em gel, de N95, faceshield, recebemos oxímetro que até então nem as unidades tinha o hábito de ter oxímetro no serviço, depois da pandemia que valorizou esse instrumento, recebeu oxímetro, termômetro.”</p> <p>“A gente foi orientado a fazer atendimento por vídeo ou telefone, eu passei a disponibilizar mais</p>	<p>vi mais ninguém reclamando, os postos foram abastecidos acredito. “</p>	<p>as demandas são levadas ao município. Eu acredito que está tendo um diálogo bom, está tendo um bom alinhamento e execução daquilo que é conversado entre o município e as demandas dos postos e dos profissionais.”</p>
--	--	---	--	---	--	--	--

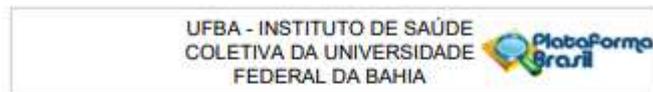
			<p>vão avisando” “Só depois da pandemia que a gente tomou as medidas de distanciamento social e evitar aglomeração, não chegar todo mundo de uma vez, não precisar todo mundo chegar no mesmo horário cedo para não ficar ali a manhã toda até ser atendida, então não tem por que ela chegar 06 da manhã.” “As visitas domiciliares eu acho até que aumentou da minha parte, os pacientes do grupo de risco, por exemplo, sequelados, acamados, mas que caminha e tem condição de chegar até o posto, esses iam pro PSF para que eu fosse até a própria casa e a gente agenda, os agentes</p>	<p>o número do meu telefone, eu fiquei preocupado porque na cidade se eles sentem qualquer coisa eles iam logo pro centro de convenções que é o centro de COVID” “E a gente sempre orientando, qualquer pessoa que chegar de fora na casa desse familiar vai ficar em isolamento de máscara em um cômodo separado tentando conscientizar através da educação em saúde mesmo, eu acredito que funcionou para muita gente, a gente conseguiu segurar bastante, vai passando o tempo e o pessoal vai desacreditando e a gente continua.”</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				comunitários avisam quando tem intercorrência”			
M 4	<p>“A finalidade do meu trabalho no projeto é, desde o início minhas atividades no programa Mais Médicos foi tentar fazer o trabalho melhor possível, na medida de cumprir com todas as orientações do programa. Toda atividade prevista no programa como é todas que nós conhecemos, o programa da Estratégia da Saúde da Família sobre todos fundamental, como todos aquelas acabem tem a atenção à mulher, atenção à grávida, atenção a idosos, a criança, hiperdia, pré-natal, consulta de desenvolvimento, toda aquela consulta</p>	<p>“Eu estou trabalhando em uma unidade agora, essa aqui de Ilhéus do Alto do Coqueiro, com muita carência, assim, carência no sentido de muito pouco conhecimento a população em geral da saúde, no sentido de como prevenir doenças, como se cuidar para evitar adoecer. Uma das maiores dificuldades, na minha opinião, é a dificuldade que temos de cada vez que temos um paciente com essa característica que não conhece, que temos que orientar desde o início de como evitar todas essas situações.”</p>	<p>“Bom, na verdade estamos fazendo ênfase, sobretudo no aspecto de nós pessoalmente promover e educar através de nossa entrevista com o paciente. Mas temos também o agente comunitário de saúde com quem nós apoiamos muito e falamos sobre a questão de, como eles estão mais em contato com a população, nos apoiarem mais, fazendo algum tipo de atualização das distintas formas de como prevenir e como promover saúde, falando com ele para ele falar na população as questões de prevenção, entendeu?”</p> <p>“...é fundamental a inter-relação entre</p>	<p>“Bom Larissa, na verdade eu não trabalhava nessa unidade antes da pandemia. Mas eu acho que mudou muito, mudou muito, muito, muito mesmo o nosso trabalho a pandemia, porque toda aquela programação que nós tínhamos anteriormente foram todas, como é que tivemos que fazer algumas variações, alguns treinamentos do programa, porque, por exemplo, distanciamento.”</p> <p>“no início da pandemia, eram poucos pacientes que acolhia na consulta, foram procurados alguns através da secretaria de saúde, foram mudadas algumas</p>	<p>“naquele momento a orientação através da gestão do município foi de fazer atendimento de urgência e emergências na unidade e o atendimento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, no caso de renovação de receita assim, não ia naquele programa de consulta programada para o paciente, se não fazer esse tipo de consulta rápida talvez e evitar aglomerações. Como falava toda aquela rotina de assistência domiciliar, tudo isso acabou, palestras, encontro, entendeu?”</p>	<p>“na minha opinião, eu não quero fazer comparações assim de lugares com outros, mas aqui no município de Ilhéus a atenção básica, a atenção primária de saúde, foi acho que em minha opinião muito particular, foi subvalorizada. Porque foram abertos alguns centros de contingência pra atenção, sobretudo a Covid, mas é um tremendo, na minha opinião, não tenho nenhuma experiência de ter sido...”</p> <p>“E acho que muito foi um erro, não sei se é</p>	<p>“Bom, desde que eu comecei aqui em Ilhéus o meu trabalho na unidade, a supervisão em vista do programa mesmo Mais Médicos com minha supervisora, a supervisora do nosso grupo aqui de Ilhéus Dra. Marcia, tem ocorrido sem variações em uma mensalmente”</p> <p>“por parte da gestão e a secretaria de saúde da atenção básica, eu conheci a coordenadora aqui em setembro do ano passado através de uma reunião que eu mesmo solicitei na secretaria por problemas na infraestrutura da unidade.”</p>

	<p>compartilhada com a equipe, a visita domiciliar de saúde, o programa de saúde na escola, todas aquelas atividades que são fundamentais no programa.”</p> <p>“Desde o início eu tô fazendo e tentando fazer o melhor possível, porque eu acredito e acho que a importância da atenção básica de saúde recai sobre todos como na relação médico-paciente, família e comunidade, entendeu? Então, para mim sempre foi de vital importância essa interação tanto com a equipe de saúde tanto como o paciente como com família, como com a comunidade em sentido geral.”</p>		<p>nós para poder dobrar o nosso objetivo, eles têm que tá ciente da necessidade cada vez que temos a possibilidade, a oportunidade, um minuto, três, cinco, falar sobre como prevenir a doença para aumentar a expectativa de vida, para diminuir a incidência de doenças comuns e não-comuns, negligenciadas.”</p> <p>“Falar sobre toda essa coisa com a população e com os líderes também da população, líderes em sentido de aqueles que de certa forma são ouvidos pela população, tem muito contato com eles, padres, pastores da igreja, diretores da escola e colégios coordenadores, e líderes da população, vereadores, assim líderes políticos.”</p>	<p>ações, por exemplo, suspenderam visita domiciliar, não podemos fazer palestra, tudo como consequência da pandemia para evitar aglomeração de pessoas, entendeu?”</p> <p>“nossas atividades rotineiras, aquelas que pelo menos eu gostava muito de fazer, visita em escola, visita em igreja, visita em lugares onde havia muitas pessoas pra falar, para poder interagir com elas, quando era a maior quantidade possível”</p> <p>“aquela rotina nossa de prevenir falando não conseguimos mais por essa situação de manter o distanciamento social.”</p>		<p>minha opinião ou não, mas em qualquer país do mundo a atenção primária a saúde como digamos a barreira de contenção de qualquer tipo pandemia, uma epidemia ou qualquer coisa respectivo a saúde, eu acho que tem que apoiar muito na atenção, a epidemiologia, a vigilância também tem se que apoiar muito na atenção.”</p> <p>“Aqui eu não vi em nenhum momento assim, como eu poderia te falar... algum tipo de prioridade que fizera o município da gestão pra nós, inclusive no caso de mantermos informados sobre a situação</p>	
--	--	--	---	--	--	---	--

						<p>de quantos casos tinha cada posto de saúde, cada comunidade.” “Então, deixa como experiência isso quanto maior concentração de pessoas tenha uma cidade, mais difícil o fazer de qualquer problema e de controlar, a minha opinião é essa, a minha experiência também.”</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE 8 – PARECER APROVAÇÃO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE OS PROBLEMAS E DESAFIOS DO PROJETO “MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” NO CENÁRIO DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS. UM ESTUDO DE CASO EM UM MUNICÍPIO DO

Pesquisador: LARISSA FIMENTEL COSTA MENEZES SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44561121.0.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Patrocinador Principal: Universidade Federal da Bahia - UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.680.895

Apresentação do Projeto:

O Programa Mais Médicos (PMM) lançado em 2013, é a expressão de uma política pública que tem por finalidade inserir profissionais médicos na atenção primária, em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde – SUS, historicamente desassistidas. Os seus objetivos estão direcionados para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Cabe destacar o desafio que este projeto enfrenta no momento atual (2020) marcado pela emergência de uma crise sanitária sem precedência, de ampla proporção e disseminação, qual seja, a pandemia da COVID-19, mediante o cenário atual de pandemia, em um momento, que a organização do sistema é essencial no enfrentamento desta doença, bem como, reconhecendo as limitações sobre estudos direcionados a atuação dos profissionais médicos na APS, este projeto parte do pressuposto que a reorganização dos processos de produção de serviços e de gestão do trabalho em saúde no âmbito da APS é essencial para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no Projeto Mais Médicos sobre os desafios do provimento e da reorganização do processo de trabalho médico frente ao cenário de pandemia do Coronavírus no município de Ilhéus/BA em 2020.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Acredita-se que o presente estudo apresente riscos mínimos aos sujeitos participantes, podendo

Endereço: Rua Barão de Guanabara
Bairro: Camela CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR E-mail: cepic@ufba.br
Telefone: (71)3283-7419

haver desconforto do participante em relação a sentimentos e emoções devido a responder a entrevista, entretanto, haverá cuidado especial para que a aplicação do roteiro seja realizada em um local apropriado para manter o sigilo das informações e a identidade dos participantes de pesquisa, evitando que venham a sofrer constrangimento. Cabe ressaltar que os participantes de pesquisa terão a garantia de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, bem como de se sentirem impossibilitados de responderem o questionário por completo.

Os participantes da pesquisa poderão ser beneficiados com a ampliação do conhecimento científico sobre o Projeto Mais Médicos; Contribuição para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - APS e para a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS municipal; Conhecimento sobre os limites e possibilidade da atuação da APS no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no município estudado; Aportamento das lacunas existentes na realização do estudo de caso e indicação de estudos que podem ser realizados por outros pesquisadores para ampliar o conhecimento sobre o Programa Mais Médicos no contexto de pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, em que se busca analisar a percepção dos gestores de saúde e profissionais médicos sobre o provimento frente à pandemia do Coronavírus. Os sujeitos da pesquisa serão os gestores envolvidos na implantação e implementação das Políticas de Provimento do Ministério da Saúde, mais especificamente com a formulação do Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB, a saber, Secretário de Saúde, Coordenador da Atenção Básica e Coordenador do Projeto e, por fim, os sete médicos participantes do Programa no município de Ilhéus/Bahia. Totalizando assim, 10 sujeitos da pesquisa. Todos os sujeitos estão envolvidos diretamente na formulação de estratégias para o enfrentamento ao Coronavírus e na assistência, no caso dos médicos.

A produção de dados será feita com base em análise documental (dados secundários) e entrevistas (dados primários) aos sujeitos da pesquisa, acima indicados. O levantamento de documentos incluirá o Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento ao Coronavírus, Plano de Contingência Estadual para Enfrentamento ao Coronavírus, fluxogramas para atendimento dos casos suspeitos de Covid-19, atas de reuniões, notas técnicas, relatórios de ações contra o Coronavírus, relatórios de supervisão aos médicos participantes do PMM, legislações específicas do PMMB (Lei nº 12.871 e Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013) e a Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos Pelo Brasil - PMMB.

Para a entrevista, será empregado um roteiro, que contemplará perguntas gerais sobre a trajetória profissional dos gestores de saúde e profissionais médicos, perguntas específicas sobre o PMMB e

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canaã CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR E-mail: ospic@ufba.br
Telefone: (71)3283-7419

Continuação do Formulário: 4.680.896

o sobre o enfrentamento ao Coronavírus e Covid-19. As entrevistas serão realizadas a partir da construção do roteiro semiestruturado e aplicadas no 1º semestre de 2021, sendo gravadas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para organização e análise dos dados, será utilizada a técnica de análise de conteúdo respeitando-se as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Nesse sentido, serão desenvolvidos, inicialmente dois momentos: a) análise documental por meio de uma matriz de dados que será preenchida de acordo com a extração de informações relativas ao PMMB – objetivos gerais e estratégias de implantação -, bem como informações relativas ao processo de implantação desse programa no município de Itheus Bahia, no ano de 2020; b) análise das respostas das entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na primeira submissão, os TCLE que constavam no sistema estavam assinados. Solicitou-se então esclarecimentos sobre quando a pesquisa se iniciou ou se iniciará, com a justificativa do porquê dos TCLE submetidos estarem assinados. Ademais, o TCLE anexo ao protocolo precisava ser retificado, informando telefone e endereço de contato do pesquisador responsável e do CEP, bem como o horário de atendimento do CEP, a função do CEP, descrever riscos ou possíveis desconfortos, imediatos ou posteriores, diretos e indiretos, e a forma de manejo dos mesmos por parte do(s) pesquisador(es), bem como os benefícios, diretos ou indiretos, ao participante e/ou à comunidade, se há possibilidade de ter despesas por participar da pesquisa e, se houver, como será a forma de ressarcimento. O protocolo precisava, ainda, explicitar que protocolos de proteção aos participantes da pesquisa e aos pesquisadores e aplicadores do instrumento de investigação no intuito de evitar a infecção pelo Sars-COV-2. O cronograma deveria ser atualizado prevendo a submissão do projeto ao CEP, com produção de dados devendo ocorrer somente após a aprovação.

Na segunda submissão, as questões supramencionadas (Cronograma, estrutura de TCLE e assinatura de TCLE) foram esclarecidas e sanadas. A pesquisadora informa que não iniciou a pesquisa, e que a postagem com as assinaturas foi um equívoco de entendimento, que já foi retificado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 27

Endereço: Rua Basílio de Gama s/n
Bairro: Canale CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR E-mail: cepic@ufba.br
Telefone: (71)3283-7418

Contribuição do Parecer: 4.680.886

de abril de 2021, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Na análise o projeto atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466/12 do CNS. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se ao pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1882975.pdf	15/04/2021 16:29:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	15/04/2021 10:28:41	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_TCLE_ASSINADO.pdf	15/04/2021 09:44:36	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_parecer.pdf	15/04/2021 09:39:44	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.pdf	15/04/2021 09:38:57	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Outros	CURRICULO_LARISSA.pdf	15/03/2021 13:39:03	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Outros	CURRICULO_ORIENTADOR.pdf	15/03/2021 13:21:15	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Outros	RESUMO.pdf	15/03/2021 13:15:41	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES_ENVOLVIDOS_NA_PESQUISA.pdf	15/03/2021 13:14:46	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	15/03/2021 13:14:37	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Castelo CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cepsic@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.683.686

Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FIN ANCEIRO.pdf	15/03/2021 13:13:20	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	15/03/2021 13:11:42	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/03/2021 13:09:38	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Aprovação	TCLE.pdf	15/03/2021 12:00:11	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/03/2021 11:59:30	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LARISSA_SILVA.pdf	27/01/2021 09:45:15	LARISSA PIMENTEL COSTA MENEZES SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Abril de 2021

Assinado por:
Alicione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio de Gama s/nº
Bairro: Canaleta CEP: 40.110-040
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 E-mail: cnpq@ufba.br