



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS: CULTURA,
DESIGUALDADE E DESENVOLVIMENTO
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MAYSE DE OLIVEIRA ANDRADE

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
SANTO ANTONIO DE JESUS-BA**

**CACHOEIRA – BAHIA
2018**

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM
SANTO ANTONIO DE JESUS-BA**

Mayse de Oliveira Andrade

Bacharela em Serviço Social

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2016

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Sociais: Cultura, Desigualdades e Desenvolvimento da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Eduardo Alves de Oliveira

Coorientadora: Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira

**CACHOEIRA – BAHIA
2018**

Andrade, Mayse de Oliveira

A553p O Programa Mais Médicos e o acesso aos serviços de saúde em Santo Antônio de Jesus-BA / Mayse de Oliveira Andrade. – Cachoeira, 2018.
129 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Eduardo Alves de Oliveira.
Coorientadora: Profa. Dra. Silvia de Oliveira Pereira.
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais: Cultura, Desigualdades e Desenvolvimento, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2018.

1. Programa Mais Médicos. 2. Atenção primária à saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Santo Antônio de Jesus (BA). I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Centro de Artes, Humanidades e Letras. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. II. Título.

CDD: 362.1

MAYSE DE OLIVEIRA ANDRADE

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
EM SANTO ANTONIO DE JESUS-BA**

Dissertação submetida à avaliação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

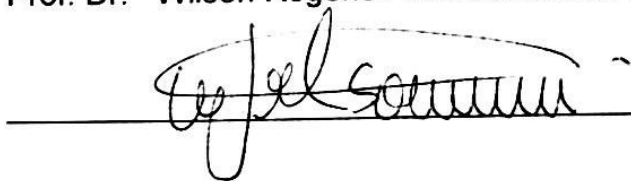
Cachoeira, 11 de Junho de 2018.

EXAMINADORES:

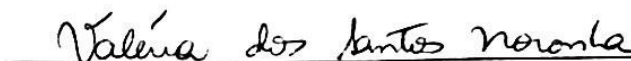
Prof. Dr. Antônio Eduardo Alves de Oliveira (UFRB – Orientador)



Prof. Dr. Wilson Rogério Penteado Júnior (UFRB – Examinador Interno)



Profa. Dra. Valéria dos Santos Noronha (UFBA – Examinadora Externa)



Àquela que sonhou e incentivou a “bonequinha” a sonhar... Os sonhos nunca param de crescer.

Àqueles que dentro de casa me inspiram com o seu *labor* diário e guardam o amor mais sincero.

A quem depositou em mim confiança e dividiu as suas experiências, contribuindo com este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que faz em minha vida e por ter me conduzido até aqui. Este momento não foi imaginado por mim, mas por planos Divinos.

Agradeço ao meu orientador Antônio Eduardo que me apoiou e confiou em mim durante toda a jornada deste mestrado. Desde 2012, quando tive o prazer em conhecê-lo, o mesmo se tornou exemplo de profissional e ser humano, e este percurso fez com que a admiração crescesse.

Agradeço a minha eterna orientadora Silvia (Silvinha) aquela que sabe o que estou pensando sem eu mesma saber, você é um presente em minha vida! Obrigada por cada incentivo, pela acolhida materna, pelos puxões de orelha, por me ensinar a trilhar os melhores caminhos e por acreditar que eu posso ir mais longe. Para além dos muros universitários, te guardo em meu coração com muito amor.

Agradeço a professora e amiga Valéria (Val) que faz com que todas as coisas pareçam fáceis e leves, o seu riso me acalma e me faz rir também. Como é bom prosar com você! Obrigada, ainda, pelas aventuras, por cada acolhimento e afago, por me apresentar e me fazer apaixonar pela Saúde Coletiva.

Agradeço ao professor Wilson, um dos professores que me apresentou a universidade. Nas suas aulas, logo no primeiro semestre da graduação, entendi que não estava ali para aprender fórmulas, mas aprender a questionar, claro que dentro de todas as responsabilidades de cumprir com as leituras (risos) e buscar sempre o mais! O senhor é inspirador, é lindo o seu amor pela docência, tê-lo nessa banca de defesa de mestrado me faz confirmar que cresci academicamente, mas muito mais tenho a aprender!

Agradeço a minha família, mãe (Adalice), pai (Manoel), irmã (Aline), vó Rosa (*in memoriam*) por sempre me estimular e estar ao meu lado, me sustentado das mais variadas maneiras. Vocês são os maiores mestres da minha vida.

Agradeço a todos e todas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Essa UFRB/mãe que desde 2011 garantiu a mim o ensino, a pesquisa, a extensão e a permanência, além de ser um lugar acolhedor, de difusão de conhecimento em todos os seus cantos. Sou hoje fruto dessa política de acesso ao ensino superior.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que garantiu a mim a opção pela dedicação exclusiva ao mestrado.

Agradeço, nessa trajetória do mestrado, especialmente, aos meus amigos que fizeram desse caminhar algo mais leve: João Paulo, Lilian, Daiana, Renato e Maria Helena, vocês são presentes dá e para a vida.

Agradeço à casa Belvedere: Géssica Souza, Natália, Joseane, Zana, Vavá, Jão. Em especial a Tio Wellington. Ao final, formamos uma família unida e (as vezes) ouriçada.

Agradeço aos primos Ismael e Dudu, bem como à amiga Géssica Arsenio por me acolherem em suas casas durante a pesquisa de campo e se colocarem a todo tempo solícitos as minhas necessidades enquanto pesquisadora.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Santo Antônio de Jesus por ter aceitado e colaborado com a realização da pesquisa.

Assim, como também lhes dediquei este trabalho, agradeço à todas as mulheres que dispuseram de seu tempo para me conceder entrevista e compartilhar de suas vivências. O SUS É NOSSO!

Tempo Rei!
Oh Tempo Rei!
Oh Tempo Rei!
Transformai
As velhas formas do viver
Ensinai-me
Oh Pai!
O que eu, ainda não sei
Mãe Senhora do Perpétuo
Socorrei! [...]

(Tempo Rei – Gilberto Gil)

ANDRADE, Mayse de Oliveira. **O Programa Mais Médicos e o acesso aos serviços de saúde em Santo Antônio de Jesus-BA**. Dissertação de Mestrado. PPGCS-UFRB, 2018.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SANTO ANTONIO DE JESUS-BA

RESUMO: A insuficiência e má distribuição de médicos no Brasil não é um problema novo, mas sentido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e, principalmente, por usuários do SUS. Recentemente, foi proposto pelo Governo Federal o Programa Mais Médicos (PMM), Lei nº 12.871 de 2013, como uma forma de enfrentamento a este histórico problema de escassez de médicos. Na presente dissertação, foram analisadas as modificações no acesso aos serviços de saúde após a implantação do PMM no município de Santo Antônio de Jesus-BA – cidade perfil G100. Parte-se da compreensão do acesso aos serviços de saúde enquanto uma categoria central para compreender como o direito à saúde se expressa na inter-relação entre os usuários e os serviços de saúde. Os resultados a que este trabalho chegou foram dispostos segundo dois grandes temas que emergiram do campo de pesquisa: O acesso aos serviços médicos ou a uma cesta de serviços? A relação entre usuários e o acesso aos serviços de saúde após o PMM; e, Para além do médico: Equidade e Integralidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Aproximando-se das considerações de que o PMM ampliou o acesso aos serviços de saúde em SAJ, um acesso ligado ao cuidado, as boas relações interpessoais usuários/médicos e a fixação de profissionais por um período mais longo nas EqSF. Mas, que perduram as dificuldades de acesso integral à saúde.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde; Desigualdade no Acesso aos Serviços de Saúde; Médicos; Recôncavo da Bahia

THE MOST MEDICAL PROGRAM AND ACCESS TO HEALTH SERVICES IN SANTO ANTONIO DE JESUS-BA

Abstract: The insufficiency and maldistribution of doctors in Brazil is not a new problem, but has been felt for a long time by managers, scholars, workers and, mainly, by SUS users. Recently, the Federal Government proposed the Mais Médicos Program (PMM), Law No. 12,871 of 2013, as a way of coping with this historic problem of medical shortage. In the present dissertation, the changes in the access to the health services after the implantation of the PMM in the city of Santo Antônio de Jesus-BA - city profile G100 were analyzed. It starts from the understanding of access to health services as a central category to understand how the right to health is expressed in the interrelationship between users and health services. The results to which this work arrived were arranged according to two major themes that emerged from the field of research: Access to medical services or a basket of services? The relationship between users and access to health services after the PMM; and, In addition to the doctor: Equity and Integrality in Access to Health Services. Approaching the considerations that the PMM expanded access to health services in SAJ, care-related access, good user-physician interpersonal relationships, and longer-term staffing in EqSF. But, the difficulties of integral access to health endure.

Key words: Primary Health Care; Inequality in Access to Health Services; Physicians; Recôncavo da Bahia

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CF – Constituição Federal
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
Conasp – Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CRM – Conselho Regional de Medicina
DataSUS – Departamento de Informática SUS
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
DS – Distrito Sanitário
EqSF – equipes de Saúde da Família
eSB – equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB – Normas Operacionais Básicas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Prevsaude – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SAJ – Santo Antônio de Jesus
Sesp – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SMSSAJ – Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Informações em Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UBSF – Unidades Básicas de Saúde Fluviais

UFRB – Universidade do Recôncavo da Bahia

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Aspectos éticos.....	9
1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: Inter-relação entre desigualdade e acesso aos serviços médicos.....	11
1.1 Democratização do acesso aos serviços médicos na saúde pública: uma das bandeiras da Reforma Sanitária Brasileira	18
1.2 A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do Sistema Único de Saúde	21
1.2.1 O Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde	28
1.3 O acesso à saúde como categoria investigativa.....	34
2. CAMINHOS METODOLÓGICOS	44
2.1 Modelo teórico de análise do acesso aos serviços de saúde na APS após o Programa Mais Médicos	44
2.2 Natureza da metodologia e técnicas operacionais	47
2.3 Delimitações para a pesquisa de campo: a cidade de Santo Antônio de Jesus	49
2.4 O campo: aprendizado e (re)significância.....	58
2.5 Análise das entrevistas: Análise Temática de Conteúdo	60
3. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS	62
3.1 Programa Mais Médicos: Acesso, Nordeste, Bahia.....	62
3.1.1 O Eixo Provimento Emergencial do PMM em Santo Antônio de Jesus: Implantação e Situação Atual.....	65
3.2 Caracterização das Unidades de Saúde da Família investigadas	69
3.2.1 Perfil dos sujeitos entrevistados.....	73
3.3 O Acesso aos Serviços de Saúde após o PMM a partir das vozes de sujeitos sociais, em Santo Antônio de Jesus	76
3.3.1 O acesso aos serviços médicos ou a uma cesta de serviços? A relação entre usuários e o acesso aos serviços de saúde após o PMM.....	77
3.3.2 Para além do médico: Equidade e Integralidade no Acesso aos Serviços de Saúde.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS:.....	97
Apêndices.....	105

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS), Leis 8080/1990 e 8142/1990, é reconhecido e garantido legalmente para todas as pessoas no Brasil o acesso universal à saúde. O SUS deu o primeiro passo para a ampliação do acesso à saúde com a universalização da atenção, expandindo para toda população os serviços que antes estavam restritos aos trabalhadores formais (GIOVANELLA; FLEURY, 1996), principalmente os serviços médicos. Entretanto, o direito à saúde apesar de legal, não configura uma realidade plena no país.

O SUS situa-se, desde 1990, na contramão de projetos privatistas neoliberais pensados e incentivados por organismos internacionais para o Brasil, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (MAGNO; PAIM, 2015). Mesmo com as forças progressistas do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, a institucionalização do SUS não teve força suficiente para sua implantação e financiamento integrais.

Apesar das adversidades na sua estruturação – principalmente pelo subfinanciamento –, tendo em vista o princípio da hierarquização, o SUS buscou construir uma rede de serviços, na qual, a principal porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde (APS). Neste nível de atenção à saúde os municípios são basilares âmbitos de capilaridade na oferta dos serviços. Dentro da APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é tida como estratégia de orientação do modelo de atenção à saúde, ou seja, da organização dos serviços e das práticas de saúde no SUS e de ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Apesar do reconhecimento legal, o acesso aos serviços de saúde é abordado, a partir de Giovanella e Fleury (1996) e Cohn *et al* (2015), como uma categoria central para compreender como o direito à saúde se expressa na inter-relação entre os usuários e os serviços de saúde, ou seja, mesmo com as conquistas institucionais é preciso compreender a sua realização para os setores populares.

Propõe-se neste trabalho a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde, especificamente aos serviços médicos, como essencial à conquista da universalização do SUS e a redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde a partir do Programa Mais Médicos (PMM), Lei nº 12.871 de 2013. O debate se faz importante, graças às desigualdades sociais e econômicas da formação do Estado

brasileiro e suas concessões dentro da consolidação do modelo capitalista de produção no país, que reverberam também na construção de políticas sociais, como a de saúde.

As desigualdades sociais em saúde estão ligadas, segundo Barata (2009), a aspectos como renda, educação, trabalho, classe social, moradia, segurança, até mesmo raça e gênero, ou seja, à organização geral da sociedade capitalista e suas contradições. Especificamente, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, “expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo e caracterizam situações de injustiça social, ou seja, iniquidade” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 183); (WHITEHEAD *apud* VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Essas situações de iniquidades em saúde podem sofrer alterações a partir da organização de sistemas de saúde universais que contribuam para o alcance de uma certa equidade (BARATA, 2009). “Uma política de saúde com as características do Sistema Único de Saúde procura, através da realização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, compensar, no plano do consumo, as desigualdades produzidas pela organização social” (BARATA, 2008, p. 20).

O acesso aos serviços de saúde, assim, é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção. A discussão sobre o acesso aos serviços de saúde está ligada a análise da organização da oferta de serviços de saúde através de política ou não política de saúde e como, dentro de todos estes elementos, o acesso se concretiza aos cidadãos e cidadãs.

Aqui, foi analisado o Programa Mais Médicos como uma alternativa apresentada pelo Governo Federal para a ampliação do acesso aos serviços de saúde no SUS. Segundo Pinto *et al* (2014) a insuficiência e má distribuição dos médicos no Brasil não é um problema novo, mas sentido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários do sistema, entretanto, não havia tido nenhuma política que tocasse no *status quo* das forças conservadoras do setor.

Existiram tentativas e experiências de inserção do médico dentro do serviço público de saúde antes do SUS em regiões remotas, como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS (1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-Prevsauê (1980), o Programa de Ações

Integradas de Saúde-AIS (1985); E já no SUS, como: o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde-PISUS (1993), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS (2001), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica-PROVAB (2011) e mais recentemente o Programa Mais Médicos-PMM (2013).

O PMM difere-se destes, pois, além de contratar mais profissionais, o Estado responsabiliza-se por reordenar a formação em medicina, propondo novas diretrizes curriculares, tendo como base uma formação ampla em saúde da família e clínica geral. Portanto, o PMM possui três eixos de ações: Eixo provimento emergencial, que objetiva levar médicos para áreas com falta ou escassez deste profissional; Eixo infraestrutura, que propõe expansão e reforma de unidades de saúde da família e o Eixo educação, que visa a formação de mais profissionais para dar continuidade ao atendimento da demanda do eixo emergencial e ampliação contínua destas ações.

A implantação do PMM foi marcada por “[...] disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento” (KEMPER *et al*, 2016, p. 2788-89). Também foi considerada uma política de cima para baixo (*top down*) e que não contemplava o teor das reivindicações de melhorias na política de saúde que as manifestações populares que aconteceram no Brasil em 2013 conclamavam.

Contudo, considera-se que o problema de ampliação do acesso aos serviços médicos de saúde no SUS, que o PMM vem tentar responder, pode ser caracterizado como: histórico, político e social. A distribuição de médicos no Brasil é historicamente desigual, reflexo de quais estratos sociais ocuparam/ocupam as cadeiras das graduações, os locais em que as escolas médicas foram construídas, e a busca por capitais para instalação de consultórios particulares ou trabalho hospitalar. Também é uma categoria profissional que recebeu benefícios políticos que lhe permitiu construir hegemonia sobre o saber e o poder de cura dentro da sociedade (MACHADO, 1997), possuindo certo *status quo*, como já assinalado.

O contexto de consolidação da referida profissão acaba reverberando em iniquidades no acesso aos serviços médicos e na dificuldade de estruturação de um sistema de saúde universal, já que os interesses financeiros particulares estavam difusos. De modo que, estas desigualdades/iniquidades na área da saúde são um processo aparente, pois a saúde é tratada como mercadoria que contribui para a produção e reprodução da força de trabalho e um nicho do mercado para oferta de

serviços. O que leva a uma continuada competição por esta oferta e uma intencional desvalorização e sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o PMM marca um momento da história do Brasil, no qual se teve em âmbito nacional uma política que enfrentou o histórico problema da escassez de médicos que dificulta a efetiva universalização do acesso e a promoção de um SUS mais justo e equânime. Estes médicos são pensados para atuar no nível de atenção à saúde de maior proximidade com a população e considerado a principal porta de entrada do SUS que é a Atenção Primária em Saúde (APS).

Os médicos do PMM atuam dentro das equipes da APS, esse lugar vem do amadurecimento das discussões sobre o trabalho na APS, além disso, pela expansão dos serviços médicos à toda a população, através da política pública de saúde e não pautada pelo viés curativo (que tem como objeto a doença), mas segundo os determinantes sociais da saúde. Sendo que, historicamente a inserção de médicos nas áreas carentes como os postos de profilaxia rural era apenas para minimizar as desigualdades que assolavam a população, um processo de medicalização segundo Cohn *et al* (2015).

Deste modo, o acesso (ou acessibilidade) aos serviços de saúde foi analisada enquanto uma categoria central para compreender como o direito à saúde se expressa na inter-relação entre os usuários e os serviços de saúde. Parte-se da proposta de que mesmo com as conquistas institucionais é preciso compreender a sua realização para os setores populares, se conseguem ou não atender as suas necessidades, ou seja, centrou-se na unidade de relação do usuário com os serviços (GIOVANELLA; FLEURY, 1996) (COHN *et al*, 2015)

Os marcos teóricos referenciais analisados neste trabalho dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde na ESF, mas apreendendo este articulado as discussões do trabalho médico historicamente, do modelo de atenção à saúde: ESF, das necessidades em saúde e da equidade em saúde, entendendo-os como interinfluentes. Os aspectos de localização/geográfica, organização dos serviços e percepção da população/ sociocultural, que dizem respeito as características/atributos da APS, foram levados em consideração na elaboração da pesquisa e análise do acesso aos serviços de saúde.

As necessidades em saúde estão ligadas diretamente a análise sobre o acesso aos serviços de saúde, por ambos serem considerados como momentos finalísticos

ou de “consumo” dos serviços. As necessidades antevêm o acesso, pois, para que haja a busca pelo acesso aos serviços de saúde, primeiro é necessária a identificação do carecimento pelo possível usuário.

As necessidades são em um primeiro momento identificadas pelas pessoas, que então procuram e tentam alcançar o atendimento à sua demanda. No entanto, o que se percebe como demanda é construído socialmente, dentro de uma sociedade em que a saúde é tratada como mercadoria e as suas práticas são curativas, as necessidades serão, majoritariamente, identificadas a partir do adoecimento e buscadas a partir de cestas de serviços.

A APS, como apontado por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), possui características que lhe permite a construção de sistemas de valores que podem provocar mudanças nas necessidades criadas pelo modelo de saúde biomédico hegemônico, e contribuir para a concepção de novas necessidades, que não só as clínicas.

Assim, a equidade seria uma grande questão, uma interrogação sobre como está se processando o acesso aos serviços de saúde a partir do PMM, se atendendo as necessidades em saúde e proporcionando maior equidade as pessoas que frequentam os serviços de saúde da ESF, ou não. Os aspectos políticos perpassam estas categorias, já que incidem diretamente na organização da política de saúde, de modo que, todas estas dimensões não são estanques, mas se inter-relacionam.

A análise do acesso se deu a partir de vozes de sujeito ativos que usam, trabalham e gerenciam os serviços de saúde na cidade de Santo Antônio de Jesus-BA, tendo como foco as modificações no acesso aos serviços médicos na APS após a implantação do Programa Mais Médicos, assim, foi investigado como o acesso se concretiza no cotidiano dos usuários. As significações e as discussões que este trabalho traz, parte de um movimento de elaboração teórica resinificada a partir da empiricidade da pesquisa de campo.

O município de Santo Antônio de Jesus (SAJ) é o único dentro do Recôncavo da Bahia, um dos sete do estado da Bahia e um dos 98 municípios do Brasil (SAGE) que está no perfil G100 do PMM, este diz respeito aos 100 municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes no Brasil, com os mais baixos níveis de receita pública “*per capita*” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes. Ainda, SAJ é a única cidade do Recôncavo na qual se efetiva os três eixos do PMM.

A presente dissertação volta-se para a análise do Eixo Provimento Emergencial¹, apesar de ser inevitável a articulação com os demais eixos. O Provimento Emergencial se destina a prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na APS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. Isso é feito durante um período determinado ao longo do qual a atuação dos profissionais nas equipes multiprofissionais está sempre associada à formação e ao aperfeiçoamento com impactos para o profissional, equipe e serviço (BRASIL, 2015) e ampliação do acesso para a população usuária.

Ainda, trata-se de uma análise do Eixo Provimento Emergencial do PMM em um município que possui a possibilidade de contratar médicos, mas que não consegue fixá-los em seus serviços, o que dificulta a realização dos pressupostos da ESF, como a criação de vínculo com a comunidade adscrita.

A pesquisa foi de caráter qualitativo, envolveu a revisão bibliográfica e documental, a pesquisa em banco de dados de domínio público, e uma pesquisa de campo. Nesta última, realizada entre 23 de outubro e 16 de novembro de 2017, foi utilizado como técnicas: o caderno de campo e entrevista com cidadãos, gestores e profissionais de quatro Unidades de Saúde da Família (USF) que funcionam com profissional do PMM desde 2014.

No período da pesquisa o município possuía 21 Unidades de Saúde da Família, destas, oito eram compostas por médicos do PMM e a pesquisa foi realizada em quatro delas, entrevistadas 12 gestoras e trabalhadoras da APS e 24 usuárias. Os usuários são informantes centrais para entender como o acesso aos serviços de saúde se concretiza no cotidiano da oferta. Mas por procurar estabelecer uma visão holística do problema de investigação, foram realizadas as entrevistas com os profissionais e gestores.

O momento em que a pesquisa de campo foi realizada, pode ser caracterizado como um segundo momento do Eixo Provimento Emergencial, no qual, as cidades que foram contempladas pelos médicos dos primeiros ciclos (entre 2013-2014), e que continuaram pactuando com o Programa, tiveram os médicos, que atuavam há três

¹ Também conhecido como Projeto Mais Médicos para o Brasil, mas aqui optou-se por o chamar de “Eixo” por acreditar que o considerar como projeto desvincularia do conjunto da proposta – de ampliação do acesso aos serviços médicos no SUS – que o Programa propõe e que seria alcançado pela articulação dos três eixos.

anos, substituídos – muitos cubanos por brasileiros, como se caracteriza Santo Antônio de Jesus.

O primeiro momento foi o de pactuação das cidades, recrutamento e envio de médicos para as cidades, mesmo com forças médica e midiática conservadoras contrárias, havia a expectativa das cidades para recepcionar os profissionais e no qual começou as primeiras investigações sobre as suas experiências municipais. Ainda sobre o segundo momento, o tempo de atuação dos profissionais que estavam trabalhando na USF durante a presente pesquisa de campo era curto devido a transição de profissionais, assim, a avaliação sobre o eixo provimento emergencial, envolveu o trabalho de dois profissionais do PMM em cada USF em momentos distintos.

A presente dissertação tem, assim, o seguinte objeto e objetivos:

Objeto:

- O acesso aos serviços de saúde enquanto categoria central para compreender como o direito à saúde se expressa na inter-relação entre os usuários e os serviços de saúde. Parte-se da proposta de que mesmo com as conquistas institucionais é preciso compreender a sua realização para os setores populares.

Objetivo geral:

- Analisar o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde após o Programa Mais Médicos na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia

Objetivos específicos:

- Discutir a categoria acesso aos serviços de saúde na organização nas políticas de saúde no Brasil;
- Conhecer o Programa Mais Médicos e sua implicação com a ampliação do acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde;
- Investigar como os profissionais e usuários compreendem o acesso aos serviços de saúde após o PMM em Santo Antônio de Jesus;
- Avaliar mudanças em iniquidades no acesso aos serviços de saúde na APS em Santo Antônio de Jesus a partir do PMM.

Pergunta de Investigação:

- Como o Programa Mais Médicos modificou o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária na cidade de Santo Antônio de Jesus-Ba?

A dissertação está estruturada, em três capítulos além da introdução e considerações finais. No primeiro, é feita uma discussão teórica e histórica sobre as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, focando na desigualdade no acesso aos serviços médicos, apresentando o Movimento de Reforma Sanitária como marco na discussão sobre o objeto de trabalho do profissional de medicina e da ampliação da visão sobre a saúde a partir do reconhecimento dos determinantes sociais em saúde. Seguindo ainda sobre a estruturação do SUS e dentro deste da Atenção Primária em Saúde, pois é neste âmbito que atuam os médicos do provimento emergencial do PMM e por fim trazendo uma discussão sobre o que a literatura traz sobre o acesso enquanto categoria teórica e empírica.

O segundo capítulo traz os caminhos metodológicos da dissertação, este é essencial para compreender os movimentos e aproximações feitas durante toda a construção desta dissertação. Apesar de buscar base nas literaturas sobre o acesso aos serviços de saúde, o campo ressignificou as categorias teóricas e o modelo de análise.

É no terceiro capítulo que há uma maior aproximação com a realidade da cidade de Santo Antônio de Jesus, são apresentados e discutidos os resultados de pesquisas ulteriores sobre o PMM e os dados obtidos a partir da pesquisa de campo. Esses levaram a consideração de que o PMM ampliou o acesso aos serviços de saúde em SAJ, um acesso ligado ao cuidado a boas relações interpessoais entre usuários e médicos, fixação de profissionais, mas que perduram as dificuldades de acesso a atenção integral à saúde.

É importante ressaltar que as considerações e resultados que este trabalho chegou devem ser analisados em sua temporalidade, ainda mais no momento político de mudanças que estão incidindo diretamente sobre a APS. Após um Golpe político e midiático que destituiu a presidenta Dilma Rousseff em agosto de 2016, junto ao presidente ilegítimo Michel (Fora) Temer começou a acontecer reformas e pacotes de medidas para a contenção de gastos que só onerou os mais pobres através de políticas sociais e econômicas mais restritivas.

Na saúde, o lançamento da proposta dos “Planos Populares de Saúde” a partir da Portaria do MS nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 deixou clara a proposta de privatização, minimização dos gastos públicos com a saúde, a volta da responsabilização direta do trabalhador com seus gastos em saúde e o fortalecimento da lógica de saúde como mercadoria.

Diante dessa proposta de planos populares que seria responsável por ações em saúde de menor complexidade, um movimento que acompanhou essa lógica foi a revisão da PNAB, alterada a partir da Portaria do MS nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 que flexibilizou a composição de equipes a partir da Estratégia de Saúde da Família, a carga-horária dos profissionais e retirou a obrigatoriedade da cobertura 100% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em cada EqSF, bastando apenas um profissional por equipe, enfraquecendo, deste modo, o vínculo desses profissionais com a comunidade, descaracterizando a Saúde da Família.

Nesse modelo de atenção à saúde flexibilizado, o potencial do PMM de contribuir com o fortalecimento do modelo de atenção à saúde a partir da Saúde da Família fica enfraquecido. De modo geral, esse conjunto de transformações têm a intenção de focalizar e restringir o acesso ao SUS.

Durante a pesquisa de campo estas mudanças ainda não tinham modificado a organização das ações e serviços de saúde no âmbito da Diretoria de Atenção Básica da Sec. Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. Mas já causava descontentamento nas ACS entrevistadas, uma destas chamou a nova PNAB de “PENAI” no sentido de penar, sofrer.

Deste modo, a análise de uma política social não pode ser descolada do momento político, econômico e social sobre o qual está inserida. Buscou-se não fugir desde debate, espera-se que se tenha logrado êxito, apesar de toda limitação que se reconhece existir.

Aspectos éticos

O presente trabalho obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – (CNS, 2012). E foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Científica da UFRB no dia 23 de setembro de 2017 sob o número: 2.293.283. Assegurou-se os referenciais da Autonomia, Não-maleficência, Beneficência e Justiça

que compõem os referenciais da Bioética. Ratifica-se o compromisso com os direitos e deveres dos sujeitos envolvidos nessa pesquisa bem como à comunidade científica.

Durante o período de mestrado tive acesso a bolsa de mestrado do Programa de Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Mas, é de inteira responsabilidade da mestranda o conteúdo deste trabalho.

1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: Inter-relação entre desigualdade e acesso aos serviços médicos

A medicina está entre as mais antigas formas de intervenção técnica, é uma profissão anterior à sociedade capitalista, mas adquire especificidades na sociedade de classes, na qual ela se reveste de uma suposta neutralidade profissional dentro do mundo do trabalho (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Enquanto oferta de serviços de saúde através de política pública, no Brasil a medicina vai se desenvolver com o seguro social, ainda no começo do Século XX. O seguro social enquanto uma política contributiva direta, desenvolveu um acesso aos serviços de saúde que pode ser caracterizado como desigual, seletivo e excludente; e quanto ao trabalho médico, este estava voltado para a cura de corpos necessários a produção capitalista.

Subjacente a prática médica, foi desenvolvido um aparato técnico científico que garantiu à profissão um caráter de especificidade tanto pela cientificidade quanto pela função social de atuar para se alcançar a cura. Características que possibilitou o desenvolvimento da concepção de neutralidade e autonomia da prática médica (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), que estaria preservada “de revestir novas formas correspondentes a articulações inteiramente distintas com as estruturas econômica e político-ideológica que o compõem” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976, p. 29).

Sendo um aspecto aparente, já que a medicina na sociedade de classes assume conotações específicas, próprias a esta estrutura, o que não se poderia falar em profissão neutra. Essa prática, em sua totalidade, expressa determinações técnicas, econômicas, políticas e ideológicas próprias à sociedade capitalista, nesta, a medicina atua na reprodução da força de trabalho, ou reprodução das condições econômicas e político-ideológica, através da lida com o corpo do trabalhador necessário à reprodução capitalista (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

A profissão médica é singular. Nenhuma outra profissão do mundo ocidental adquiriu tanto poder em definir realidades como a medicina o fez ao longo de sua história. Aos médicos é dado o poder de definir, por exemplo, o que é saúde e doença, o que é sanidade ou insanidade mental; enfim, a eles é conferida a prerrogativa de elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-se em paradigmas médico-sociais. Ademais, é uma profissão de consulta, com controle dos critérios que qualificam as pessoas que vão atuar na cura (MACHADO, 1997, p. 15).

Mais que isso, a profissão médica valeu-se de mecanismos ideológicos, políticos e econômicos que fizeram com que os médicos passassem a ser considerados e reconhecidos como profissionais essenciais ao sistema de saúde e reprodução da força de trabalho e relações de classes (DONNANGELO; PEREIRA, 1976). A estreita identificação e correlação entre os médicos e o sistema de saúde – responsabilizando estes profissionais pela qualidade da assistência prestada – não é mera casualidade nem uma associação ingênua da sociedade. Tal fato não resulta do imaginário popular, mas de uma complexa e engenhosa construção social, que delega à profissão médica o papel definidor das políticas de saúde (MACHADO, 1997) e passa a se fazer presente culturalmente

De forma sucinta, podemos dizer que a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados. Ela tem, por exemplo, um projeto profissional bem-sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado). Ao longo de sua história, adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A ideia do *expert* tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável (MACHADO, 1997, p. 21).

No Brasil, o desenvolvimento da profissão não fugiu a estes aspectos. Segundo Amaral (2007), o surgimento do sistema educacional médico brasileiro em 1808 está vinculado ao surgimento das instituições econômicas, militares e culturais e ao poder político. Bem como, a qualidade desta formação está ligada ao "crescimento quantitativo das faculdades e sua distribuição geográfica, os modelos de assistência à saúde, o ensino superior, a educação médica mundial, assim como, ao reconhecimento público da profissão médica" (AMARAL, 2007, p. 10). De modo que, a maioria das instituições não estavam sintonizadas com as necessidades da população e dos sistemas de saúde, sendo permeadas desde as suas origens por interesses particulares e econômicos, com pouca preocupação com o social e mais com o estabelecimento de sistemas de cura.

Como é posto por Donnangelo e Pereira (1976), uma das grandes marcas das desigualdades na prática médica dentro da sociedade de classes são os diferentes tratamentos dados as diferentes classes sociais, que se caracteriza como reprodução de desigualdades sociais geradas pelo capitalismo. Ao momento em que, essas desigualdades e iniquidades na saúde também são um processo aparente, já que a

saúde no capitalismo é tratada como mercadoria que contribui para a produção e reprodução da força de trabalho.

Segundo Barata (2013), as desigualdades não surgem com o capitalismo, mas neste há um elemento diferenciador² que é a defesa do lema da igualdade pela sociedade burguesa. A igualdade que as contradições do capital não permitem a concretização e, que pelo contrário, acirrou o empobrecimento das populações trabalhadoras.

Sobre a desigualdade em saúde, Barata (2009) traz a distinção entre desigualdades sociais em saúde e as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. A primeira abrange fatores ligados a organização geral da sociedade que reverberam sobre a relação saúde-doença. A outra – a qual se centra as investigações da presente dissertação – está atrelada a organização dos sistemas de saúde, que pode contribuir para a minimização das consequências da desigualdade social na vida das pessoas. Mas esta distinção não é estanque, já que são interinfluenciáveis. Barata (2009) explica que

As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. **O acesso e a utilização** dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis (BARATA, 2009, p. 20 – grifos nossos)

Dentro de uma sociedade desigual, as estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde possuem caráter de justiça social. Há consenso dentro da literatura que a ideia de equidade está ligada a de justiça social (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009; WHITEHEAD, 1992 *apud* ESCOREL, 2009; PAIM, 2006), ou seja, a de correção de diferenças entre os sujeitos sociais para se alcançar a igualdade. Não se poderia pensar em direitos iguais para pessoas iguais, diante das iniquidades de diversas ordens e necessidades distintas que se tem no capitalismo (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009)

² Em entrevista ao Programa Ciência e Letras do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=nBWdUkQe6Q0&t=160s>>. Acessado em 28/08/2017.

A equidade corresponde, dessa forma, a uma intervenção de agentes sociais, quando assumem o papel de juiz, sobre situações de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, equidade corresponderia à participação e governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 220).

O alcance da equidade trata-se, deste modo, de um processo que envolve atores sociais em disputa. Paim (2006) chama a atenção quanto a prudência na utilização da equidade na análise de um sistema de serviços de saúde como o SUS que pretende ser universal e igualitário, ainda mais quando a equidade já que está presente nas agendas de organismos internacionais em um contexto de políticas de ajuste macroeconômico e de desajuste estrutural. Além do enfoque da justiça social, a equidade também tem o econômico que “apresenta-se sob uma postura aparente de Robin Hood, defendendo políticas de focalização em contraposição às políticas universais, além da concentração de recursos nos mais necessitados” (PAIM, 2006, p. 37). Igualmente, apesar da ideia de a equidade ser importante instrumento de justiça social, a igualdade não pode ser desconsiderada como valor central.

Assim, sistemas universais tendem a corrigir iniquidades no acesso aos serviços de saúde. Quanto ao SUS, Giovanella e Fleury (1996) avaliam que a ampliação do acesso à atenção tem sido implementada através de uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que buscam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo o SUS. Como será discutido abaixo, o acesso é uma categoria central na análise na trajetória da política de saúde no Brasil.

Discutindo mais recentemente sobre as políticas de saúde no Brasil, é possível afirmar que o debate sobre o acesso aos serviços de saúde estava restrito ao debate sobre o acesso aos serviços médicos, que eram ofertados pela previdência social àqueles contribuintes diretos. Cabendo à saúde pública, desde a sua origem, as ações preventivas de campanhas sanitárias e que na área da assistência médica era responsável, apenas, pela criação e manutenção de hospitais que tratavam de doenças crônicas.

A organização das ações e serviços de saúde antes do SUS é identificada por Paim (2009, p. 28) como “não sistema de saúde” que “foi formado ao longo do Século XX, tendo como marco principal a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar”.

Uma característica crucial da saúde no Brasil construída durante o Século XX foi “a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública” (COHN *et al*, 2015, p. 18), não sendo um direito do cidadão, o acesso ao serviço médico estava ligado a inserção ao mercado formal de trabalho e contribuição direta compulsória. Aspecto que reverberou posteriormente na dificuldade de estruturação de um Sistema Único de Saúde no final deste mesmo século, tendo em vista o texto Constitucional de 1988 que reconheceu a oferta de serviços de saúde privados como complementares ao SUS.

A construção da assistência médica como uma esfera autônoma na oferta de serviços de saúde é fruto de processos históricos que permitiram a expansão do mercado privado de assistência médica, contando com concessões do Estado dentro da política de seguro social e financiamento no setor privado.

Foi em 1923 com a Lei Eloy Chaves que se teve a primeira experiência de uma política de seguro social no Brasil, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Estas organizavam o acesso à saúde pelas empresas, mediante contribuições diretas de empregados e empregadores, baseadas na folha de salários (PAIM *et al*, 2011).

Segundo Cohn e colaboradores (2015), nesse momento surge no interior da saúde uma primeira dicotomia, que é entre o enfoque eminentemente curativo da oferta de saúde da previdência social a partir das CAP's frente ao enfoque eminentemente preventivo, com as ações de saúde pública para a população em geral com as campanhas sanitárias de controle de endemias que dificultavam, principalmente as atividades econômicas exportadoras.

A posteriori, em 1933, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs)³ (PAIM *et al*, 2011) que eram organizados por categorias profissionais. Esse momento marcou o começo de mudança na postura do Estado com a proteção social, o qual passou a ser co-gestor e co-financiador, mesmo os direitos sendo restritos a poucos.

A partir na década de 1950 começou a construção e reformas de hospitais particulares demandada pelo credenciamento de serviços dos IAPs. Neste momento “o médico poderia, com facilidade, tornar-se sócio de um hospital, ser empregado de

³ Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM) em 1933; IAP dos Comerciantes (IAPC) em 1934; IAP dos Bancários (IAPB) em 1934; IAP dos Industriários (IAPI) em 1936; Instituto dos Servidores Públicos Federais (Ipase) em 1941; IAP dos Ferroviários e Empregados em Serviço Público (Iapfesp) em 1953 (BAHIA, 2005, p. 413 – nota de rodapé)

um IAP e manter seu consultório particular” (BAHIA, 2005, p. 416). A essa diversificação de vínculos, Bahia (2005) intitula o médico de “empresário-profissional por conta própria”.

Em 1966, já na Ditadura Militar (1964-85), os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual passou a gerir a assistência médica para todos os trabalhadores formais, criando em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS⁴). Neste período houve um aprofundamento do modelo de atenção à saúde médico-assistencial, que passou a ser considerado hegemônico, com a fortificação da saúde previdenciária e mercantilização crescente do setor (PAIM *et al*, 2011). Persistindo e agravando a dualidade ente a saúde pública e a assistência médica do seguro social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Com a unificação dos IAPs no INPS as entidades sindicais de trabalhadores foram afastadas do debate sobre as políticas previdenciárias que passaram a ser debatidas diretamente com os prestadores de serviços e produtores de insumos. O debate sobre a assistência passou a ser influenciada fortemente pelas entidades médicas, representação dos empresários hospitalares e de empresas de planos de saúde (BAHIA, 2005).

A partir da década de 1970 a assistência médica financiada pela previdência social teve o maior orçamento de sua história: os serviços prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço – o que virou fonte de corrupção; foi financiada a construção e reformas de clínicas e hospitais privados; a expansão de cursos privados de medicina em todo o país que desconheciam, de modo geral, a realidade sanitária da população brasileira (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Durante a Ditadura Militar de 1964 houve o investimento de dinheiro público para expandir serviços de atenção à saúde privados, especialmente médicos, não por acaso, neste período a medicina privada conseguiu expandir-se, “quer vendendo serviços para a Previdência Social, quer buscando nichos de mercado em torno da medicina liberal, quer estruturando a assistência suplementar por meio da medicina de grupo, das cooperativas médicas, dos planos de autogestão e do seguro-saúde”

⁴ O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

(PAIM, 2006, p. 12), um movimento de privatização do setor público característico da Ditadura Militar.

Segundo Ponte (2010), em 1974 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), com o qual as empresas de medicina passaram a contar com uma nova fonte de financiamento para construção, ampliação e compra de equipamentos. Dados da época apontam que em torno de 96% das internações e 53% das consultas médicas eram realizadas por empresas de saúde contratadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Assim a expansão e consolidação da profissão médica enquanto categoria autônoma no Brasil se deu principalmente na época da Ditadura Militar (1964-1984) com a expansão dos serviços de saúde privados.

A distinção entre a oferta de saúde entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (criado em 1974) e da Saúde (criado em 1953) imprimiu uma outra dicotomia na área as saúde “que consolida a assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica — pública e filantrópica — para a população carente” (COHN *et al*, 2015, p. 20), contribuindo para uma estigmatização da clientela, segundo o acesso a equipamentos médicos, entre urbano e rural, carentes e assalariados (que também os diferencia em termos de qualificação e status ocupacional), cidades mais centrais/desenvolvidas e menores/interioranas.

A lógica da capitalização e da lucratividade influenciou tanto a “distribuição fortemente desigual dos equipamentos de saúde no país quando se consideram as dimensões regional, urbano-rural, e da rede urbana” (COHN *et al*, 2015, p. 21) quanto “num modelo de assistência médica de alta densidade tecnológica, particularmente nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos” (COHN *et al*, 2015, p. 22).

Essas características da relação da atenção médica com a previdência social influenciaram para que no Brasil a busca pela equidade no acesso aos serviços de saúde tivesse ligação com a correção das desigualdades no acesso aos serviços médicos – mas, em outros moldes, que não a atenção médica hegemônica hospitalocêntrica. Ao mesmo tempo em que não houve o fortalecimento apenas da oferta de serviços médicos privados, mas de todo um estrato social que construiu hegemonia no estabelecimento da cura. Um processo mesmo de medicalização no qual a população passa a crer no acesso à saúde como “possibilidade de acesso a uma precária assistência médica de eficiência duvidosa” (COHN *et al*, 2015, p. 25).

Esses processos não se dissiparam com a promulgação da Constituição Federal de 1988 – fruto das aglutinações do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira – em que foi reconhecida a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado sem qualquer tipo de diferenciação ou distinção. Mas permaneceu o desafio das dicotomias “ente o universal e o particular, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não carente, a assistência médica previdenciária e a não previdenciária, e entre o discurso e a prática das políticas de saúde” (COHN *et al*, 2015, p. 16).

Esse contexto de consolidação da profissão médica acaba reverberando em iniquidades no acesso aos serviços médicos e na dificuldade de estruturação de um sistema de saúde universal pós CF/88, já que os interesses financeiros particulares já estavam difusos. Mas à época da Ditadura Militar cresceu uma força contra-hegemônica à seletividade do acesso à saúde, como será discutido a seguir

1.1 Democratização do acesso aos serviços médicos na saúde pública: uma das bandeiras da Reforma Sanitária Brasileira

O direito à saúde pública no Brasil está ligado mais recentemente ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira⁵ (MRSB) do final da década de 1970. Dentro deste movimento foi gestada as bases do SUS, mas a sua luta e seus ideais se inserem em um campo mais vasto de mudanças societárias.

Giovanella e Mendonça (2012) apontam que na década de 1970 com a crise econômica, as dificuldades financeiras da assistência médica previdenciária e as mazelas sociais e de saúde com elevadas taxas de morbidade e mortalidade, emergiram algumas experiências sanitárias que difundiram um projeto de reforma da estrutura de assistência médica em confronto com o modelo assistencial vigente.

Experiências de universidades, em especial, dentro dos departamentos de medicina preventiva (DMP) das escolas médicas brasileiras tinham o propósito de implantar práticas de medicina comunitária. A medicina era pensada com base na

⁵ O MRSB é não se findou com o SUS, mas seus estudiosos o entende como um processo que está em curso (temos a base enquanto trabalhadores para unimos enquanto classe), e que a época da constituinte de 1988, conseguiu produzir uma reforma parcial, setorial e institucional que foi a construção do SUS (PAIM, 2008).

atenção integral, no processo saúde-doença, com ações gerais em não só a cura sobre o indivíduo, do mesmo modo, o médico não seria o agente isolado, mas deveria trabalhar cooperado com outros atores sociais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O MRSB criticava a abordagem da medicina como ação curativa, pautada no biológico, e propunha uma abordagem que levasse em consideração a relação saúde e sociedade. A crítica ao lugar socialmente construído para o ensino e prática médica começou a ser feita no Brasil, por tanto, por dentro da própria categoria profissional. A tese de doutorado: *Crítica a Medicina Preventiva* de Antônio Sérgio Arouca é um marco da Reforma Sanitária Brasileira da década de 1970, da formação de estudantes e professores de medicina, estes a partir da leitura que o autor fez sobre a medicina preventiva,

[...] passaram a pensar criticamente sobre as determinações econômicas, sociais e políticas que marcavam o exercício da medicina, especialmente no contexto brasileiro, no qual ocorria a capitalização e privatização da assistência médica previdenciária, eixo da política de saúde do regime autoritário (AROUCA, 1975, apud TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 454).

Esses questionamentos vinham pela profissão médica não ter uma prática teórica que explicasse os problemas da sociedade e não ter uma prática política que mudasse as relações sociais. No mesmo sentido, foi a publicação da tese de livre docência de Maria Cecília Donnangelo: *Saúde e Sociedade* em 1976, a sua reflexão possibilitou a criação de vários estudos inclusive o do Grupo de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), que à época subsidiou a crítica a medicina comunitária, essa, segundo Campos (2005), era como se operacionalizava a saúde pública.

E para além da crítica a medicina preventiva, o MRSB propunha crítica ao modo de organização da sociedade que gerava desigualdades e adoecimento. “Teve como diferencial a ênfase na democratização da saúde e em demandas por “liberdades civis e bens coletivos” capazes de reduzir as desigualdades e buscar a equidade no acesso a serviços públicos” (ARRETCHE, 2005 *apud* PAIM, 2008 p. 293). Este Movimento não se limitava a aspectos estreitos da doença e da cura, pois compreendia que os fatores desencadeadores do adoecimento estavam nas desigualdades sociais de renda, educação, trabalho, classe social, moradia, segurança... ou seja, nos diversos elementos que compõem os determinantes sociais da saúde.

Os atores⁶ do MRSB tiveram um momento ímpar com a Oitava (8^o) Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que foram debatidas as bases do futuro sistema de saúde brasileiro, com a participação de mais de cinco mil pessoas (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Sistema que passou a ser previsto na Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 ambas de 1990. Estabelecendo como dever do Estado a garantia da saúde com acesso universal, igualitário, integral e com participação comunitária.

Desse modo, o texto constitucional avança na ampliação dos direitos sociais a partir da concepção de seguridade social: os direitos como universais a todos, garantidos pelo Estado e não só a saúde, como a assistência social e a previdência. Coloca a concepção de direito à saúde como algo mais abrangente do que a simples assistência médica curativa e preventiva.

O princípio do acesso universal junto ao da igualdade, integralidade e participação social são marcos na política de saúde brasileira pós Constituição de 1988, com a afirmação do ideal de política de saúde que se pretende alcançar. É “consenso entre os estudiosos que o direito universal à saúde, o qual fundamenta o SUS, representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país” (BAHIA, 2005, p. 407).

É inegável o avanço do acesso público aos serviços de saúde, pois antes do SUS esse era marcado por ações curativas pagas diretamente pelo Estado como prestação de serviços, por ações de vigilância sanitária, sem a construção de uma rede de ofertas de serviços pautada nas ações preventivas e de promoção da saúde. Essa rede aconteceu (apesar de todas as fragilidades que ainda se tem) com o SUS e teve como base a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) a partir do começo da década de 1990 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) que tiveram a missão de reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, para o alcance de uma política universal.

Segundo Amaral (2007), as Normas Operacionais Básicas (NOB) da saúde da década de 1990 (91; 93; 96) – ao contrário do que pautou o MRSB – pouco tocaram na questão da formação dos médicos ou instituições formadoras. Só na NOB de 1996

⁶ Instituições acadêmicas, sociedades científicas como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), grupos comunitários, profissionais e sindicatos (PAIM 2009).

que foi falado indiretamente neste aspecto com a expansão da descentralização da APS a partir do PACS e do PSF.

Em 2002 a NOB Recursos Humanos apresentou preocupações de mudanças no ensino médico. Mas estes elementos ficam estagnados, o que gerou dificuldade na implantação das equipes de saúde da família, já que nestas é prevista a presença do médico atuando em uma equipe multiprofissional, dentro de um território adscrito e todos os dias da semana. O que aos olhos do capital não é uma forma lucrativa de trabalho, pois compromete 40 horas semanais do médico. A seguir será discutida a função estratégica e básica da atenção primária para o alcance de um mínimo de equidade no acesso aos serviços de saúde.

1.2 A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do Sistema Único de Saúde

Paralelo a expansão dos serviços médicos previdenciários e liberais foram testadas as primeiras experiências de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Estas eram desenvolvidas ou pelo Ministério da Saúde como ações focalizadas e seletivas ou experiência de algum Departamento de Medicina Preventiva com a proposta de pensar modelos de atenção à saúde.

Os primeiros serviços que podem ser caracterizados como de APS no Brasil remontam a Década de 1920 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 512) e eram desenvolvidas pelo Estado tendo as práticas centradas nas campanhas sanitárias de saúde pública de caráter preventivo e a organização de serviços rurais de profilaxia. Na década de 1940/50 com o modelo do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) houve ampliação das unidades primárias de saúde articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, sob influência da medicina preventiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A assistência de atendimento curativo e individual era realizado pela assistência médica do seguro social, como já apontado.

Em 1970 houve a adesão do Brasil às proposições de atenção primária à saúde, além das experiências dos DMP foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). O Piass era financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrados pela Caixa Econômica Federal, destinava

recursos para construção de unidades de saúde visando implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em âmbito internacional, em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão). Nesta, houve a reafirmação da saúde como direito do ser humano, e estabeleceu a APS como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da Saúde Para Todos no ano 2000 (SPT-2000). Na Década de 1980, ainda houve a integração da saúde comunitária nas propostas de reforma setorial no Brasil e outros países subdesenvolvidos, com o rótulo atualizado de SILOS (Sistemas Locais de Saúde) (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) foi utilizado como estratégia em 1985, sua proposta é a organização dos serviços básicos nos municípios com base em convênio entre as três esferas do governo, com atendimento preventivo e assistência médica independente de contribuição. As AIS foram criadas dentro do Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) (1982), que rompeu com a tendência centralizadora das políticas e propôs uma racionalização da atenção médica previdenciária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Contudo, Cohn e colaboradores (2015) apontam que mesmo o Ministério da Saúde assumindo o papel de assistência médica individual no final da década de 1970 não superou a oferta fragmentada de serviços, não conseguindo desenvolver políticas de forma integral pautada em um novo modelo de atenção que superasse a dicotomia entre ações curativas e preventivas, continuando as campanhas sanitárias para toda a população e atendimento individual (através de alguns programas) àqueles que não interessavam ao setor previdenciário e privado.

Modelo de atenção à saúde refere-se a “uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas” (PAIM, 2002), e está vinculado à concepção de saúde, o que lhe confere dimensões técnicas e também políticas.

De modo que, a incorporação da medicina na saúde pública se dá nos moldes como ela já era desenvolvida na assistência previdenciária, sem questionar o modelo curativo, médico centrado e hospitalocêntrico, “sem impactar a sua reformulação no interior da nova lógica que deveria reger essa prática médica, voltada para a busca da equidade no direito à saúde” (COHN *et al*, 2015, p. 22). Apesar de ter havido

experiências como o AIS, não conseguiram expandir-se para uma rede integrada de saúde em âmbito nacional

Assim, ações de APS antes do SUS eram pensadas enquanto alternativas para minorar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, principalmente os médicos, que tinha a oferta voltada para os trabalhadores formais e ao que tinham dinheiro para acessar o sistema de serviços particulares. A partir do SUS a APS é pensada como o nível de atenção à saúde com maior capilaridade e ordenadora dos demais níveis de atenção e por consequência do modelo de atenção à saúde pautado na saúde e não na doença.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam que a APS possui características que lhe permite a criação de sistemas de valores que podem provocar mudanças nas necessidades criadas pelo modelo de saúde biomédico hegemônico, e contribuir para concepção de novas necessidades, que não só as clínicas.

Para Starfield (p. 52-3, apud GIL, 2005, p. 491)

(...) os médicos de atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD p. 52-3, apud GIL, 2005, p. 491).

Um primeiro aspecto que se deve chamar atenção sobre a APS é que este é um conceito subdesenvolvido graças a imagem sobre a qual foi construído: assistência de baixo custo, serviço simples, poucos equipamentos, medicina simplificada e barata, atendimento à população mais carente e excluída. Ao contrário desde estigma, a APS envolve uma grande complexidade assistencial, que se transfere para o trabalho profissional, mesmo que, enquanto situação clínica, seja uma patologia simples (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

A sua complexidade ainda se dá pela unidade de saúde ser destinada a uma especial “estratificação da clientela”, “pessoas que se dirigem aos serviços pela primeira vez, logo quando tem a ocorrência e assim procuram o primeiro atendimento” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 35). Ao mesmo tempo, é dentro do sistema um nível próprio de atendimento que ultrapassa a esfera de intervenção curativa individual. Quando o atendimento ultrapassa esta esfera ele alcança “as necessidades básicas de saúde” (p. 36).

Essa gama de demandas [sanitária, saneamento, informação, prevenção, clínica e epidemiológica], delimitada pela noção de necessidades básicas, agrega, pois, um conjunto de ações que na qualidade de atuação médica e sanitária envolve trabalho complexo: os requisitos assistenciais de uma unidade básica de saúde em sua forma própria de assistência serão os de alta capacidade resolutive e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.36 – grifos nossos).

Também, por estas características que se pode diferenciar a APS como um trabalho complexo: capacidade resolutive, sensibilidade diagnóstica e trabalho integral no interior do sistema. A proximidade da APS com o cotidiano da vida de pessoas faz com que o seu fazer profissional seja sempre passível a dúvida do acerto (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996)

Outros aspectos que devem ser levados em consideração é a humanização das práticas médico-sanitárias – a APS caracterizado como um espaço que “possibilita desenvolver novas modalidades de relações que permitam humanizar a relação instituição-população usuária, por sua própria organização como serviço” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 38) – e a característica da APS de ter um potencial crítico de uma assistência renova, pensando além da assistência tecnicista e curativa com possibilidades de novos modelos de atenção.

Desse conjunto, as necessidades em saúde podem ser pensadas como um movimento de identificação do carecimento, a busca/procura/demanda e o seu consumo. No entanto, a própria intervenção pode ser considerada necessidade, uma vez que esta intervenção pode mais uma vez ser procurada. Assim, a organização dos serviços, pode ser, além de respostas às necessidades, um contexto instaurador de necessidades, já que a sua produção e organização se dá em um contexto de disputas sociais que existe a manipulação ideológica e política (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Esse processo de manipulação política e ideológica além de construir necessidades sociais iguais, desconhece as efetivas desigualdades das necessidades sociais, exclui os mais espoliados do lugar de voz e de reconhecimento de sua classe social. Assim, “o produto desse processo é uma tal *naturalização* das demandas que elas parecerão *sem história* ou *sem razão social*, e apenas impulso ou propensão de ordem natural-biológica. É o que se chama de reificação (coisificação) das necessidades” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 31).

Deste modo, para Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), há uma conexão circular entre a produção, a oferta ou distribuição dos serviços e seu consumo, que são influenciadas pelas disputas políticas, econômicas e sociais que incidem para a composição da lógica norteadora do modelo de atenção à saúde e organização dos serviços.

Já com o SUS, em 1990 – com a proposta de atenção à saúde integral e universal organizada descentralizada e hierarquizada – a APS não vai ser algo novo, mas, agora, a sua estruturação adquire o desafio de desenvolver ações universais e não mais focalizadas destinadas aos mais espoliados que não acessavam os serviços da assistência previdenciária e particular.

Em 1991 começou a se estruturar a APS com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e em 1994 com o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF se materializou através da portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Mas foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB/SUS 01/96), “apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser constituído e definiu financiamento específico” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 518). O financiamento através do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável.

A consolidação do PSF é estratégica para a consolidação do SUS, pois envolve a articulação com a comunidade, estimulando a participação popular e a municipalização. “Sua implementação justifica-se pela necessidade de se formarem equipes mínimas de saúde nos municípios em consonância com a prioridade de interiorização da SUS” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 519). A expansão da ESF passou a demandar mais médicos na APS.

Em 1998 foi apresentada a Portaria nº 3.925 que aprovou o Manual da Organização da Atenção Básica (AB) no SUS. Dentre as recomendações do manual está que dentro da AB a saúde da família estava se apresentando como uma estratégia que tinha potencial para um novo modelo de atenção⁷ à saúde mais humanizado e resolutivo, sendo apontado como prioridade aos municípios.

A mudança do modelo de atenção à saúde está nas raízes do MRSB ao criticar as ações pautadas apenas na cura. A proposta da APS ser reordenadora do modelo

⁷ Ainda em 1997 o Ministério da Saúde lançou a cartilha que tratava deste assunto: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da saúde. 1997. Pp. 36.

de atenção à saúde se dá, por este nível de atenção ser responsável pelas ações de prevenção e promoção da saúde, além de cura em alguns casos. Para Starfield (2002), quando se tem uma APS resolutiva consegue-se atender 80% das necessidades da população.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, a Saúde da Família deixou de ser chamada de programa e passou a ser considerada Estratégia, como uma ação contínua e não finalística na oferta de ações e serviços de saúde. Em 2011 a PNAB foi reformulada e criou condições para a construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e equipes de Saúde da Família (EqSF) Ribeirinhas. Além disso flexibilizou as modalidades de composição de EqSF, com a possibilidade de médicos trabalhando 20, 30 e 40 horas, tendo em vista a dificuldade na estruturação de equipes com médicos trabalhando 40 horas.

A EqSF é uma equipe multiprofissional composta por no mínimo: médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (que deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS), cada profissional só pode compor uma equipe, pois o trabalho é de 40 horas semanais, cabendo exceção ao médico.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 e no mínimo 2.400 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. Aconselha-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, não sendo invalidada a presença de outros profissionais na mesma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAB, 2012, p. 55).

Na PNAB de 2011 são apresentadas algumas modalidades de EqSF de acordo com a carga-horária do médico (20, 30 ou 40 horas). Uma estratégia usada para viabilizar a presença dos mesmos nas equipes multidisciplinares. No entanto, estas modalidades impactam sobre o repasse do financiamento federal, o que dificulta a organização da ESF como apontado no trabalho de Almeida (2015).

A fixação de profissionais nas EqSF é um desafio a ser enfrentado, com destaque para os médicos. São atribuídas a diversos fatores:

[...] remuneração aquém das expectativas; condições de trabalho; exigência da carga-horária integral; baixa oportunidade de progressão profissional; baixo comprometimento dos profissionais. Ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 540).

A baixa fixação prejudica o trabalho em equipe no território adscrito como apregoado pela ESF. O território é uma noção incorporada da geografia política para o planejamento da ESF, compreendido como o “espaço vivido, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica e com identidades, tanto sociais, culturais como ambientais, além da inclusão dos processos de saúde-doença e acessibilidade” (ANDRADE, 2015, p. 32).

Estudo realizado por Almeida (2015) no município de Santo Antônio de Jesus (BA) no ano de 2012 apontou a existência de concorrência entre os municípios vizinhos para a contratação de médicos, sendo “premente a busca de alternativas para a falta de profissionais médicos” (ALMEIDA, 2015, p. 202).

Ainda, a incompatibilidade com a formação necessária a ESF acontece também com os médicos, segundo Giovanella e Mendonça (2012), no Brasil não há a tradição de formação de generalistas e apenas em 2002 que a medicina de família e comunidade foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como especialidade.

Atualmente as EqSF estão presente em aproximadamente 95% dos municípios brasileiros (VILASBÔAS *et al*, 2017). Após a ampliação da cobertura, almejava-se um maior acesso, redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde e que se conseguisse modificações no modelo de atenção à saúde

A reorganização do SUS orientada por uma atenção primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços com orientação comunitária no enfrentamento de determinantes sociais, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 542).

A organização dos serviços de saúde de modo universal, integral, igualitária contribui para a minoração das desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. Mas, como assinalado acima, alguns problemas se colocam para a efetivação da abrangência das ações e serviços de saúde na APS como a falta de médicos nas EqSF. A dificuldade de fixação de médicos nos serviços públicos de saúde apesar de

histórica, bandeira do MRSB e um dos elementos que se esperavam que mudasse a partir do SUS, ainda ficou até 2013 intocável.

Com a previsão da presença de médicos em equipes de saúde multidisciplinares e a dificuldade de fixação, alguns programas e ações foram tomadas para ampliação do acesso aos serviços de saúde através da APS. Como a própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2011; Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab) em 2011, e a regulamentação da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde através do Decreto 7.508/2011, e mais recentemente o Programa Mais Médicos (PMM) em 2013.

1.2.1 O Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde

A histórica desigualdade no acesso aos serviços médicos no Brasil continuou a ser um problema à estruturação dos serviços de Saúde no SUS sendo sentida principalmente pelos usuários no cotidiano dos serviços de saúde. Como a APS é considerada a porta preferencial de acesso, é logo neste primeiro contato que a ausência do médico é sentida, sendo, em alguns casos, impossibilitado o acesso a serviços ulteriores.

A dificuldade de acesso aos serviços médicos no SUS, foi apontada em algumas pesquisas, como a realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no ano de 2011, sobre a avaliação da sociedade acerca dos serviços de saúde, que apresentou como o maior problema do SUS a falta de médicos (58,1%), e na análise do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS-2011) que indicou que o SUS deveria melhorar o acesso: no aumento de número de profissionais, particularmente os médicos, e especialmente na APS.

Quanto a cobertura de serviços médicos, segundo a publicação Demografia Médica do Brasil (2011), a média de médicos foi de 1,95 por 1.000 habitantes, apesar desse número não considerar as diferenças regionais e por cidades, pode ser usado como parâmetro de comparação com outros países como Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4), e o resultado é que o índice no Brasil é de menor oferta de serviço médico em relação a estes.

Em pesquisa publicada em 1997 sobre o perfil dos médicos do Brasil, Machado apontou que dos 5.359 médicos formados em medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), 4.103 estavam trabalhando em capitais e 1.256 no interior, o que equivale a 23%. Sendo que essa situação não era diferente do que acontecia com os médicos formados em instituições privadas. Estudo realizado em 2010 pelo Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) mostrou que essa distribuição não foi alterada, apenas 34% dos médicos do Estado atuavam no interior.

Em 2013 uma estratégia adotada para ampliar o acesso aos serviços de saúde, atuando sobre a falta e a dificuldade de fixação de médicos na APS, foi o Programa Mais Médicos, Lei nº 12.871/2013. O PMM abrange ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde e da Educação

O Programa Mais Médicos, instituído pela Medida Provisória nº 621 e sancionado na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, pela Presidenta Dilma Rousseff, abrange ações conjuntas entre os Ministérios da Saúde e da Educação e faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa prevê a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde, a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica, o aprimoramento da formação médica no Brasil e a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS (BRASIL, PROGRAMA MAIS MÉDICOS).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), o PMM marca um momento da história do Brasil, no qual se teve em âmbito nacional uma política que enfrentou o histórico problema da escassez de médicos que dificultava a efetiva universalização do acesso e a promoção de um SUS mais justo e equânime.

A APS é colocada como a principal porta de entrada para os serviços de saúde no SUS, a escolha de atuação dos médicos do PMM nesse nível de atenção é estratégica para que haja a efetivação dessa porta de entrada e a resolutividade das necessidades em saúde nesse nível de atenção.

O PMM foi criado em um momento de manifestações populares nas ruas de várias cidades do Brasil exigindo, dentre outras reivindicações, melhorias na saúde. Meses antes, em janeiro, também houve reivindicação de prefeitos⁸ para que o

⁸ Uma grande reivindicação dos prefeitos e prefeitas, iniciada pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP), reuniu mais de 4 mil assinaturas em torno da Campanha “Cadê o Médico?”, que indicou uma carência generalizada entre os municípios brasileiros, principalmente na periferia de grandes cidades e municípios do interior do país, onde os gestores públicos tinham maior dificuldade em contratar profissionais médicos. Disponível em: <<http://www.fnp.org.br/noticias/item/534-governo-federal-celebra-programa-mais-medicos>>. Acessado em 05/01/2018.

Governo Federal intervisse na falta de médicos e dificuldade de contratação dos mesmos em âmbito municipal, sugerindo a contratação de médicos estrangeiros.

Segundo Pinto *et al* (2014) o problema da falta de médico nos serviços públicos de saúde não é uma questão nova, mas que por mexer no *status quo* de forças sociais conservadoras demorou para acontecer. Não por acaso a implantação do PMM foi marcada por “[...] disputas judiciais e embates ideológicos, tendo sido creditada pelas entidades médicas como uma medida unilateral do Governo Federal, eleitoreira e sem planejamento” (KEMPER *et al*, p. 2016, p. 2788-89). Também foi considerada uma política de cima para baixo (*top down*) e que não contemplava o teor das reivindicações de melhorias da saúde que as manifestações populares de 2013 conclamavam.

A organização do PMM se dá em três eixos: Eixo provimento emergencial, que objetiva levar médicos para áreas com falta ou escassez deste profissional; Eixo infraestrutura, que propõe expansão e reforma de unidades de saúde da família e o Eixo educação, que visa a formação de mais profissionais para dar continuidade ao atendimento da demanda do eixo emergencial e ampliação contínua destas ações. Os médicos podem atuar por três anos prorrogáveis por mais três.

As ações previstas a serem realizadas pelo eixo educação já tinham sido previstas ao SUS na CF de 1988. Um mecanismo adotado na Constituição de 1988 diz respeito a formação de recursos humanos: a “competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde é do SUS” (CF/88, art. 200, inciso III). Sendo reafirmada pela Lei 8.080/1990, que coloca como competência do SUS a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Art. 15, inciso IX) visando atender as necessidades dos usuários do SUS.

Mas, na construção de um novo modelo de oferta de serviços de saúde, o SUS desenvolve-se paralelo ao fortalecimento de um mercado de serviços privados de saúde, igualmente, com a força com que foi projetado o setor de serviços médicos liberais nas décadas de 1950/60/70/80, a influência de seus defensores não se dissipou na estruturação do SUS.

Portanto, a efetivação da ordenação da formação profissional que interferiria diretamente na autonomia da organização do trabalho médico não teve força para se

efetivar naquele momento. A primeira mudança na formação de recursos humanos vai acontecer com o PMM.

O Eixo Educação volta-se para a 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 (BRASIL, 2015). Quanto a residência, apresenta a obrigatoriedade para quase todos os programas – exceto nove – de formação mínima de um ano de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, esta que como apontado acima só foi reconhecida em 2002. Sendo um movimento de intensificação na mudança no perfil de competência dos profissionais.

O Eixo Provimento Emergencial se destina a prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na APS em regiões com maior necessidade, mais vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. Isso é feito durante um período determinado ao longo do qual a atuação dos profissionais nas equipes multiprofissionais está sempre associada à formação e ao aperfeiçoamento com impactos para o profissional, equipe e serviço (BRASIL, 2015).

Para participar do PMM os municípios devem estar em um dos oito perfis discriminados nos editais⁹ de adesão. Antes de abrir inscrição para os médicos, o edital é aberto aos municípios para que possam aderir voluntariamente e assinar um Termo de Compromisso com ações e responsabilidades de curto e médio prazo: condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); moradia, alimentação e deslocamento do médico do Programa; compromisso de inserir o médico para atuação na APS; alimentar sistemas de informação previstos; garantir ao médico tempo para se dedicar às atividades de educação; compromisso com a implantação ou apoio à implantação dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, entre outros (BRASIL, 2015).

⁹ Em meados do ano de 2013 começou a se operacionalizar o PMM e foram lançados editais para adesão de municípios elegíveis para participar do Programa, estes deveriam estar de acordo com os critérios definidos na Portaria interministerial MS/MEC nº1369 de 08 de julho de 2013, que traça esse perfil: municípios mais vulneráveis (que possuem 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, ou entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita”) e a população usuária do SUS não coberta pela APS. Após a seleção dos municípios são lançados os editais de chamamento de médicos, estes podem escolher qual cidade deseja atuar.

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 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 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 IBGE 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;

PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Edital nº 16 DE 2 DE OUTUBRO DE 2015).

São oito perfis, sete referentes a cidades e um aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. São organizados por ordem decrescente de vulnerabilidade, assim o último é considerado o mais vulnerável. Depois que o município assina o Termo de Compromisso este solicita as vagas de acordo com as regras definidas pelo Programa no Sistema de Gestão do PMM, estas buscam combinar os critérios de necessidade da população, cobertura e oferta de serviços já disponíveis, sendo que não pode substituir médicos que já atuavam nas EqSF, mas pode em equipes já existente que esteja sem médico (BRASIL, 2015).

Após avaliação e aprovação das vagas por município estas são abertas para a aderência dos médicos também através de edital. Podem se inscrever no PMM, médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho

Regional de Medicina (CRM) e médicos brasileiros ou estrangeiros formados no exterior e sem registro no Brasil (BRASIL, 2015).

Mas, existe a prioridade para que a ocupação das vagas seja feita por médicos com registro no CRM, se não preenchidas abre-as inscrições para os médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado e, conseqüentemente, sem registro no CRM. Ainda havendo vagas, chamam-se os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior, mas sem diploma revalidado e sem registro no CRM (BRASIL, 2015). Não pode se inscrever médicos cujo país de origem tenha a proporção de médicos por habitantes inferior à do Brasil.

No primeiro ano do PMM houve pouca aderência de médicos com registro no Brasil, sendo que as vagas foram ocupadas, em sua maioria, por médicos cubanos através do consórcio de cooperação firmada pelo Brasil com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que por sua vez “estabeleceu cooperação com o governo Cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na Atenção Básica, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais” (BRASIL, 2015, p. 35). De modo que, estes médicos são chamados de cooperados, por não ter uma participação individual, mas através da cooperação.

A Lei do PMM deu a prerrogativa ao Ministério da Saúde de criar o Registro Único para os médicos que não possuem registro no Brasil para exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Programa e na localidade específica definida por ele (BRASIL, 2015). O médico, independente do perfil, deve participar, obrigatoriamente, das atividades de aperfeiçoamento – sendo previstas oito horas semanais para as mesmas – sendo desligado do PMM o profissional que não cumprir tal requisito.

O PROVAB foi integrado em 2015 ao PMM, ficando a critério dos médicos com registro no Brasil de fazer a opção por qual modalidade fazer parte. Médicos do PROVAB podem atuar por um ano e se optar por concorrer a residência médica ganha 10% na sua nota. Mas se escolher esta modalidade não recebe o auxílio alimentação e moradia dos municípios (BRASIL, 2015).

Este recrutamento, alocação e provimento de profissionais na APS deixa clara a proposta do PMM de minoração das iniquidades sociais no acesso aos serviços de saúde, principalmente na distorcida e iniqua distribuição dos médicos. A estratégia de trazer médicos de fora do país como os cubanos, foi tomada, visto a baixa aderência

de médicos brasileiros, ao final de 2015, dos 14.500 profissionais 11.400 eram médicos cubanos (TERRA *et al*, 2016).

O PMM, assim, propõe o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde no SUS enquanto estratégia de redução de iniquidades em saúde. Falar sobre o acesso também não é algo simples, mas existe um conjunto de teorias e pensadores que se debruçam sobre este debate e que devem ser trazidos a esta discussão.

1.3 O acesso à saúde como categoria investigativa

Como já foi discutido até aqui, o acesso aos serviços de saúde, especialmente os médicos, tem ligação com a conformação das políticas de saúde no Brasil. Os estudos que se debruçam à análise deste tema concordam que o acesso é uma categoria multidimensional (TRAVASSOS; CASTRO 2012), polissêmica (SANTOS; ANDRADE, 2012 e BAHIA, 2012), complexa (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e ligada ao direito à saúde, ao atendimento às necessidades de saúde e ao modelo de atenção que norteia o trabalho e a organização das ações e serviços de saúde.

As características dos serviços de saúde podem atuar aumentando ou limitando o uso dos serviços (DONABEDIAN apud TRAVASSOS e MARTINS, 2004) (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016) (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Quando se fala em acesso, refere-se a um aspecto da oferta de serviços de saúde, mas que indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; CASTRO 2012), ou seja, o entremeio entre a oferta e o uso pelos possíveis usuários (AZEVEDO, 2007).

Os moldes pensados para a conformação e organização da oferta desses serviços de saúde são criados a partir de políticas sociais, como é o caso do Programa Mais Médicos aqui estudado. Quando dentro de um contexto de desigualdades sociais as estratégias pensadas de ampliação de acesso possuem caráter de justiça social, ou seja, busca por correção das iniquidades de acesso devido a posição social dos indivíduos, alcançando certa equidade.

O acesso relaciona-se as características da oferta de serviços de saúde, mas é um conceito que muda ao longo do tempo de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A partir de 1988, com a Constituição Federal Cidadã, e as leis

orgânicas da saúde, o acesso é entendido como um direito garantido pelo Estado a todas as pessoas, assim universal e integral.

Algumas das concepções sobre acesso utiliza o termo acessibilidade como sinônimo, outras, como distintos aspectos de discussão, para Starfield (2002), a exemplo, a acessibilidade refere-se as características da oferta e o acesso, a forma como as pessoas percebem a acessibilidade (STARFIELD, 2002). Neste trabalho utilizar-se-á estes termos como sinônimos.

A disponibilidade de serviços de saúde, ou seja, a cobertura é um importante fator para a garantia do acesso, pois “países sem cobertura universal apresentam as maiores desigualdades em favor das pessoas mais ricas” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 194), mas o acesso não se esgota na cobertura e disponibilidade de serviços. Sanchez e Ciconelli (2012, p. 264) concordam que “o acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos”.

Estudos que versam sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde, geralmente são realizados a partir de banco de dados e inquéritos de saúde nacionais, realizados por órgãos como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) etc. estas pesquisas permitem fazer comparações avaliativas entre períodos e apontar avanços e/ou retrocessos na área da saúde, sendo uma delas a de acesso e utilização dos serviços de saúde. Estes estudos conseguem dimensionar mudanças na cobertura, nos indicadores de saúde, e dão um panorama de mudanças no sistema de saúde, já que geralmente trabalham em uma perspectiva comparativa.

As pesquisas a partir de inquéritos são importantes para apresentar panoramas da situação de saúde da população, mas pela sua abrangência, aspectos sensíveis não são apreendidos. A exemplo de Travassos e Castro (2012, p. 195) discutindo sobre indicadores de redução de iniquidades em saúde, problematizam o indicador de “alta prevalência de atendimento” ou “demanda satisfeita”, pois este, “possivelmente encobre as barreiras que necessitam ser enfrentadas pelas pessoas em posições sociais de maior desvantagem para obtenção do cuidado”.

Apontando assim que, a análise do acesso aos serviços apenas pelos indicadores pode encobrir aspectos que o impossibilita. Características estas que

estão ligadas a organização dos serviços de saúde e as condições sociais concretas na qual as pessoas estão inseridas.

Campos *et al* (2014), apontam uma tendência de mudança na metodologia dos estudos de acesso a serviços de saúde que deixou de ser tratado em bases estritamente quantitativas para levar em consideração aspectos qualitativos da entrada e continuidade do atendimento, envolvendo a população adscrita, a organização dos serviços, aspectos sociais, culturais e geográficos do território.

Na literatura, tanto em estudos empíricos quando de revisão teórica, algumas dimensões/características são apresentadas como domínios do acesso que podem ser consideradas na realização de pesquisas sobre o acesso aos serviços de saúde. Azevedo (2007) apresenta as dimensões do acesso como “meio” para a realização concreta do acesso, ao mesmo tempo este meio pode ser obstáculo caso não concretize os aspectos que lhe cabem.

Para autores como Penchansky e Thomas (1987 *apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1996) o acesso é um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como disponibilidade (serviços x necessidade), acessibilidade (disposição geográfica e cidadãos), acomodação (organização dos serviços para receber os pacientes), capacidade financeira (formas de financiamento e possibilidade de pagar) e aceitabilidade (relação entre as atitudes dos cidadãos, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços).

Thiede e McIntyre (2008) avançam na discussão sobre a informação, sendo o acesso definido como a liberdade de utilização. As dimensões de acesso disponibilidade, acessibilidade financeira e aceitabilidade identificariam o grau de ajuste entre o sistema de saúde e os indivíduos ou comunidades e definiria o conjunto de escolhas, entretanto, seria o grau de informação sobre as escolhas que determinaria o acesso aos serviços de saúde. Assim, a informação estaria transversal às dimensões.

Ainda, segundo Travassos e Martins (2004), Penchansky e Thomas têm influência de Donabedian, contudo, avança nos elementos de análise do acesso, por considerar a relação oferta-indivíduo. Donabedian utiliza o termo acessibilidade e o define como “às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais cidadãos” (TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 191). O autor distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio organizacional

(características da oferta de serviços) e a geográfica (relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros) e indica que essas dimensões se inter-relacionam.

A discussão de acessibilidade influenciou a teoria de Julio Frenk para a qual a categoria significa “o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção” (FRENK, 1985, p. 443 *apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189).

Em diagrama elaborado por Frenk (1985), adaptado por Travassos e Castro (2012), são apresentados os possíveis domínios da acessibilidade: o “domínio restrito” seria a relação entre a procura pelo serviço e a entrada no mesmo; o “domínio intermediário” acrescentaria ao primeiro à continuidade do cuidado, e o “domínio amplo” quanto aos anteriores, consideraria também o aspecto do desejo de obter cuidados de saúde, que é anterior a procura.

Estas dimensões estudadas por Frenk (1985) corroboram para validar os achados da revisão bibliográfica feita por Travassos e Martins (2004), segundo essas autoras existe uma tendência de ampliação do escopo do acesso englobando até mesmo aspectos do uso (que é uma expressão do acesso, mas não se limita a este) e da continuidade do serviço.

No que diz respeito as dimensões específicas do acesso, que levam em consideração a relação dos usuários com o sistema de saúde (PENCHANSKY e THOMAS 1987 *apud* GIOVANELLA e FLEURY 1996) (JESUS e ASSIS 2010) (LIMA e ASSIS, 2010) (ASSIS e JESUS, 2012), são apontadas as seguintes: disponibilidade, acessibilidade, acomodação ou adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade.

A **disponibilidade** é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. A **acessibilidade** assemelha-se à descrita por Unglert, caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos cidadãos, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. **Adequação funcional** é entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos, associando-se aos fatores capacitantes, tendo como recorte de análise a **capacidade financeira** dos serviços e a relação entre os custos e a sua oferta. E, finalmente, a **aceitabilidade**, entendida como a relação entre as atitudes dos cidadãos, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2867-2868 – grifos nossos).

Seguir essas dimensões é pensar o acesso como um conceito geral que sumariza um conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde. Outra autora que tem sido utilizada para embasar pesquisas qualitativas sobre o acesso é Maria Christina Fekete (LORA, 2004; AZEVEDO, 2007; AZEVEDO, GURGEL, TAVARES 2014) para esta, o acesso é o entremeio entre a disponibilidade de recursos e a utilização e possui quatro dimensões: geográfica, sociocultural, organizacional e econômica.

[...] i) **Dimensão geográfica** refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos. ii) **Dimensão organizacional** refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço: a) na entrada - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário; b) pós-entrada - demora na espera pelo atendimento médico; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contra referência. iii) **Dimensão sociocultural** refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação. iv) **Dimensão econômica** refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento (AZEVEDO; COSTA, 2010, p. 799).

Estas dimensões foram utilizadas no estudo de Azevedo e Costa (2010) para avaliar o acesso à Estratégia de Saúde da Família no Recife a partir da percepção dos usuários na ESF, triangulando-a e confrontando-a com o ponto de vista do gestor e de profissionais de saúde, chegando a consideração que a ESF é uma estreita porta de entrada para os serviços de saúde, que deve partir mais das necessidades das pessoas e que entendam as suas ações como particularizadas.

Também o estudo feito por Lima e Assis (2010) que analisou o acesso aos serviços no Programa Saúde da Família (PSF), em uma cidade da Bahia, na composição do modelo de atenção à saúde, indicou o acesso como restrito e focalizado em ações programáticas para determinados grupos populacionais, configurando um modelo pautado em procedimentos e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde.

Ainda, quanto as dimensões, as autoras Travassos e Castro (2012) – influenciadas pelas dimensões de acesso (disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade) construídas por McIntyre e Mooney (2007) e Thiede e McIntyre (2008) –, ao invés de trabalhar com a sentido de dimensões do acesso, definiram quatro

barreiras de acesso: barreiras geográficas; barreiras financeiras; barreiras organizacionais e barreiras de informação.

Para Bahia (2012) o debate sobre o acesso está atrelado a justiça social e as determinações sociais do processo saúde-doença. Existindo barreiras econômicas e sociais (condições de moradia, trabalho, saneamento, lazer) que fazem com que o acesso seja diferente entre os grupos sociais.

Em estudo realizado por Cunha e Vieira-da-Silva (2010) sobre a implantação de ações de acessibilidade em um município da Bahia, foi apresentado um modelo teórico-lógico – tendo como base Donabedian –, neste modelo, no que se refere as características da organização dos serviços, aparece a análise tanto das dimensões de acessibilidade organizacional e geográfica quanto das barreiras organizacional geográfica. No estudo, o que diferencia é que a acessibilidade está entendida como deveria ser organizado os serviços, e as barreiras, os impedimentos do acesso.

Para tanto, as diversas dimensões que apresenta as possibilidades de acessar aos serviços de saúde também podem dificultar, ou seja, estes mesmos mecanismos que deveriam facilitar o acesso – localização, organização dos serviços a exemplo – podem configurar-se enquanto barreiras de acesso.

Trad, Castellanos e Guimarães (2012) fizeram uma pesquisa etnográfica durante dois anos sobre a acessibilidade de famílias negras de um bairro popular de Salvador aos serviços de atenção básica à saúde. Dentre os seus resultados foi identificada a existência de barreiras de acessibilidade econômicas, organizacionais e culturais que se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento efetivo e oportuno das necessidades da população estudada.

Deste modo, as barreiras dizem respeito as características do acesso e que impactam diretamente na possibilidade de não utilização dos serviços de saúde. Considerar que existem estas barreiras significa entender o acesso como uma categoria social que expressa tanto o conjunto de organização social da política de serviços de saúde, quanto as desigualdades educacionais, políticas, econômicas e culturais dos indivíduos que deveriam ter acesso aos serviços de saúde. Assim a literatura indica quais possíveis dimensões de barreiras de acesso, mas a realidade de cada cidadão que pode apresentar estas reais barreiras.

Deste modo, Giovanella e Fleury (1996, p, 189) apontam que “é na unidade de **relação do usuário com os serviços** que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano

das pessoas. A categoria central para análise dessas inter-relações é o **acesso**” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 189 – grifos nossos). O que apresenta a necessidade de escuta destes sujeitos na pesquisa sobre o acesso.

Giovanella e Fleury (1996), a partir de uma revisão sobre as literaturas que discutem o acesso, estruturam quatro modelos teóricos que informam estudos sobre acesso aos serviços de saúde:

- a) **Modelo economicista:** mapeia a relação entre a oferta e a demanda/consumo, tem como um dos pensadores Canesqui (1989 *apud* GIOVANELLA e FLEURY 1996). Estudos que utilizam do Modelo Economicista têm como foco mapear os padrões de consumo dos indivíduos, ou seja, estuda a relação entre oferta e demanda “a partir das medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundos do universo familiar” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 192), mas mesmo reconhecendo que na relação entre oferta e demanda há a dimensão subjetiva, não leva em consideração as “disposições ideológicas do consumidor”, por isso mesmo já estando embutida a sua não aplicabilidade.

- b) **Modelo sanitaria-planificador:** caracteriza a tradução do conceito de acesso pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços pelo Estado, assim, no Brasil, está atrelado a idealização e realização da organização dos serviços de saúde segundo o seu desenho dentro do SUS, ou seja, na efetivação das redes de serviços: regionalizadas, hierarquizadas, ágil, que informem as pessoas, e tenha referência e contra referência. Este modelo, para as autoras, também pode ser chamado de tecnicista, pois está atrelado a ação planejadora do Estado para construir uma rede hierarquizada que integre os serviços públicos. Segundo Giovanella e Fleury (1996), a organização sanitaria-planificadora dos gestores sobre a oferta de serviços não importa necessariamente aos cidadãos, a estes, interessa na prática “aspectos facilitadores para a sua vida e relativos à sua consideração ou não enquanto sujeitos pelos prestadores de serviço como: a presteza no atendimento (tempo de demora para a solução de sua demanda), a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada”

(GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 197). A visão dos organizadores e dos usuários sobre os serviços são distintas, aos primeiros interessa organizar a rede de serviços a partir dos interesses em jogo naquele momento, já aos usuários interessa que suas necessidades sejam atendidas.

c) **Modelo sanitarista-politicista:** este é pautado pelo conceito de consciência sanitária de Berlinguer (1978 *apud* GIOVANELLA e FLEURY 1996) e seria o momento em que as pessoas “compreendem a determinação social do processo saúde/enfermidade e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social da prática médica” (GIOVANELLA e FLEURY 1996, p. 193), um processo de desalienação no qual o acesso ao sistema de saúde começa pela construção desde a conformação das práticas até o controle social, criando uma contra hegemonia dentro da saúde.

d) **Modelo das representações sociais:** leva em consideração as apreensões feitas pelos indivíduos a partir da dimensão simbólica, tendo um de seus pensadores Birman (1991 *apud* GIOVANELLA; FLEURY 1996). Considera a relação entre os indivíduos e as condições sociais, não reconhecendo autonomia absoluta do que é exterior, a realidade “é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo, pois fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão” (BIRMAN, 199, p. 8 *apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 194).

Mas, para autores como Minayo (1992), que reconhecem que as representações sociais são frutos das contradições que permeiam as classes e grupos sociais, é inevitável afirmar que na área da saúde, estas representações ainda estão mediadas pelas corporações médicas, principal agente da prática e do conhecimento. “Essa representação é portadora também dos interesses específicos deste grupo ou classe social e de seu próprio dinamismo, o que significa entender as concepções das classes dominadas não apenas com “falsa ideologia, representações ilusórias, mas também como contraditórias e verdadeiras”” (MINAYO, 1992, p174 *apud* GIOVANELLA; FLEURY; 1996, p. 195)

Esses modelos foram criados com a intenção de apresentar modelos teóricos que dispunham as informações sobre a seleção de variáveis, bem como sua articulação, na tentativa de buscar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada em estudos sobre o acesso aos serviços de saúde.

Mas esses quatro modelos teóricos não são excludentes e apresentam a complexidade do estabelecimento de uma só definição de acesso. Para as autoras, há aspectos de cada um dos modelos que devem ser levados em consideração quando se está pesquisando uma política de saúde a partir das condições de acesso, ou seja, da oferta de serviços e da possibilidade ou não de adentrá-los.

As autoras indicam a necessidade de interligação entre estes quatro modelos para uma análise mais ampla sobre a dimensão do acesso nas políticas de saúde:

Em resumo, ao tratar a política de saúde a partir das condições de acessibilidade devemos ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma **dimensão econômica** referente à relação entre oferta e demanda, uma **dimensão técnica**, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma **dimensão política**, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma **dimensão simbólica**, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 196 – grifos nossos).

Estas dimensões influenciaram estudos posteriores a exemplo do de Assis e Jesus (2012), que criaram o “Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde”. O modelo está organizado em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica. Em conjunto “essas dimensões congregam para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2873). Todos estes modelos de análise são válidos à medida que deem conta de apreender a realidade sobre a qual se está pesquisando.

Referindo-se a APS, Assis e Jesus (2012, p. 2868), apontam aspectos da oferta de serviços que seriam próprios deste nível de atenção, mas que também estão ligados a estas dimensões

O acesso [na APS] pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a **localização da unidade de saúde**, a **disponibilidade de horários e os dias** em que a unidade atende, bem como a **possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas** e a **percepção que a população** tem em relação a estes aspectos do acesso [se são adequados ou não as suas necessidades] (ASSIS e JESUS, 2012, p. 2868 - grifos nossos).

Como já assinalado, a APS, dentro da organização dos serviços de saúde, é considerada a principal porta de entrada do SUS, deste modo, o acesso é um dos seus atributos central. Assim como a localização, pensada a partir da Territorialização para que haja a construção de vínculo, conhecimento sobre o perfil da população e proximidade das residências dos usuários. Assim, na APS o acesso é apresentado como possibilidade de adentrar aos serviços de saúde, mas, também, está ligado ao modo como as pessoas percebem estes serviços, se conseguem usar ou não e se atendem as suas necessidades.

Neste trabalho, o acesso (ou acessibilidade) aos serviços de saúde foi analisada enquanto uma categoria central para compreender como o direito à saúde se expressa na inter-relação entre os usuários e os serviços de saúde. Parte-se da proposta de que mesmo com as conquistas institucionais é preciso compreender a sua realização para os setores populares, se conseguem ou não atender as suas necessidades, ou seja, centrou-se na unidade de relação do usuário com os serviços (GIOVANELLA; FLEURY, 1996) (COHN *et al*, 2015)

Os aspectos de localização/geográfica, organização dos serviços e percepção da população/sociocultural, que dizem respeito as características/atributos da APS foram levados em consideração na elaboração da pesquisa e análise do acesso aos serviços de saúde. E a proposição de Giovanella e Fleury (1996) de que a análise do acesso/acessibilidade aos serviços de saúde deve partir de uma visão abrangente que englobe a maior quantidade e qualidade possível de variáveis atuantes. A seguir são descritos e discutidos o caminho metodológico da presente pesquisa.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

A metodologia é aqui entendida como o caminho percorrido em uma pesquisa, não sendo algo linear ou estanque, mas sempre permeado por mudanças, ou seja, “é o caminho percorrido pelos pesquisadores no processo de elaboração da investigação teórico-empírica. Pressupõe um corpo de métodos, técnicas e instrumentos” (MOURA, 2009, p. 14).

Ao estabelecer um objeto a ser pesquisado se tenta pensar a maneira de melhor ver seus movimentos e apreender seus significados. Chegando ao final do estudo, com os resultados – sempre temporais –, é possível perceber que existiram perspectivas, escolhas, surpresas e modificações que levaram a tal resultado, e a apresentação de tal caminho é o objetivo desse capítulo.

2.1 Modelo teórico de análise do acesso aos serviços de saúde na APS após o Programa Mais Médicos

Historicamente o modelo médico-hegemônico desenvolveu-se a partir da centralização das ações de saúde na cura e na figura do médico – o detentor do poder de cura e que desenvolveu aparatos tecnológicos para subsidiar a sua atuação (MACHADO, 1997). Passando a exercer influência também na disputa pela oferta de serviços de saúde no Brasil – elementos explicitados na discussão anterior sobre a atuação do médico nas políticas de saúde.

De modo que, a resposta à pergunta: Como o PMM modificou o acesso aos serviços de saúde na APS em Santo Antônio de Jesus? Aponta para elementos relacionados ao atendimento as necessidades em saúde, a um maior cuidado e atenção à saúde; a criação de demanda para os serviços médicos; o atendimento a demandas espontâneas – que poderia também ser reprimida; a prioridade por atender o fluxograma dos programas que a USF dispõe; consultas aligeiradas [ou não]; todos estes e outros elementos separadamente ou em conjunto.

Uma política de inserção dos médicos nos serviços de saúde pode ocupar esta linha tênue entre o debate da medicalização e da diminuição das iniquidades no acesso aos serviços médicos. Portanto, para apreender como o acesso aos serviços

de saúde está acontecendo após a implantação do PMM é necessário articular a crítica ao fazer profissional médico, não o entendendo como dado, mas como uma construção social. E ao modelo de atenção à saúde que norteia e se realiza nestas equipes que o PMM compõe.

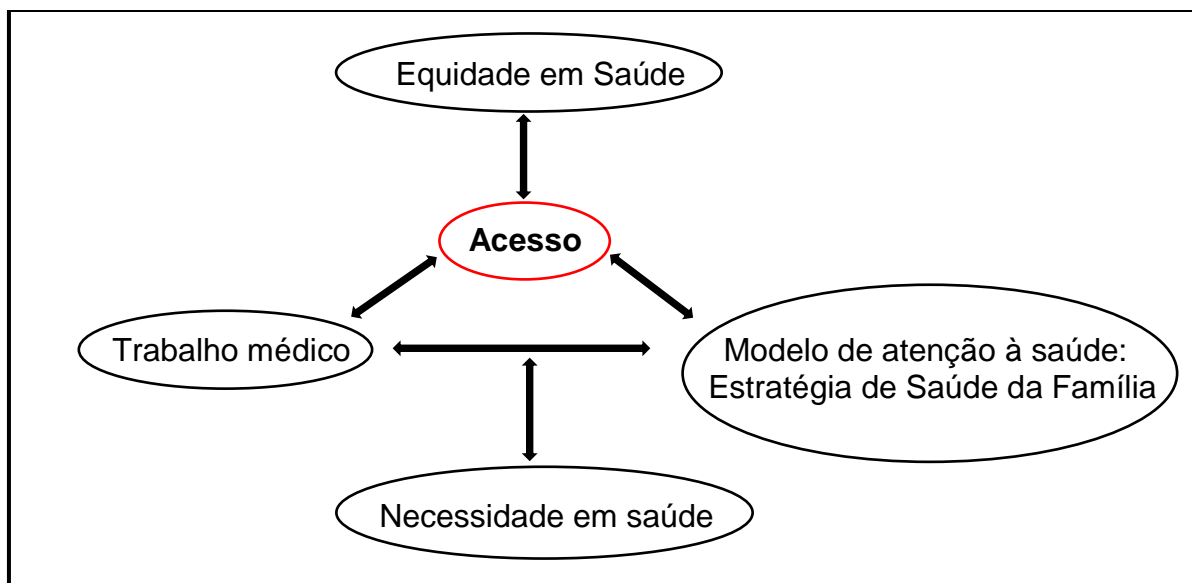
O PMM em seu eixo provimento emergencial, vai atuar diretamente na APS, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na organização dos serviços de saúde do SUS, a ESF é colocada como articuladora de um novo modelo de atenção à saúde¹⁰ que seja centrado na saúde e nas necessidades das pessoas, não só na doença e na cura.

Este conjunto pode levar a indicação de redução ou não nas iniquidades no acesso aos serviços de saúde, que está atrelado a mudanças na organização dos serviços de saúde enquanto política social e como é operacionalizada pelos sujeitos trabalhadores em seu cotidiano. Já que o “acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2865)

O acesso aqui pensado para a análise do Programa Mais Médicos não pode ser analisado sem considerar o histórico do trabalho médico e o modelo de atenção à saúde que orienta a organização da política de saúde (a ESF), se são voltadas ou não para atender as necessidades de saúde, que em conjunto, poderiam chegar a equidade em saúde. Ficando esses elementos dispostos semelhante à figura a baixo.

¹⁰ Prerrogativa que vai sofrer alterações com a aprovação da Portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, de 21 de setembro de 2017, que estabelece novos parâmetros para a PNAB.

Figura 1: Modelo teórico de análise do acesso à saúde na APS após o Programa Mais Médicos



Fonte: Elaboração própria

O marco referencial para a estruturação da pesquisa e análise dos dados – como se trouxesse no primeiro capítulo – diz respeito ao acesso aos serviços de saúde na ESF, mas apreendendo este articulado as discussões do trabalho médico historicamente, do modelo de atenção à saúde: ESF, das necessidades em saúde e da equidade em saúde, entendendo-os como interinfluentes.

As necessidades em saúde estão ligadas diretamente a análise sobre o acesso aos serviços de saúde, por ambos serem considerados como momentos finalísticos ou de “consumo” dos serviços. As necessidades antevêm o acesso, pois, para que haja a busca pelo acesso aos serviços de saúde, primeiro é necessária a identificação do carecimento pelo possível usuário.

As necessidades em saúde, como assinalado, são em um primeiro momento identificadas pelas pessoas, que então procuram e tentam alcançar o atendimento à sua demanda. No entanto, o que se percebe como demanda é construído socialmente, dentro de uma sociedade em que a saúde é tratada como mercadoria e as suas práticas são curativas, as necessidades serão, majoritariamente, identificadas a partir do adoecimento.

A APS, como apontado por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), possui características que lhe permitem a construção de sistemas de valores que podem provocar mudanças nas necessidades criadas pelo modelo de saúde biomédico

hegemônico, e contribuir para a concepção de novas necessidades, que não só as clínicas.

Poder-se-ia continuar a reflexão de que a construção de novas necessidades e o atendimento universal de todas possibilitaria a igualdade no acesso à saúde, mas, sociedades desiguais, como a brasileira, possibilita, com mudanças nos sistemas de saúde, – para um acesso universal aos serviços de saúde – alcançar certa justiça social que permita atender diferente as distintas necessidades – se obtendo equidade no acesso aos serviços de saúde.

Assim a equidade está no topo da figura por se tratar de uma grande questão, uma interrogação sobre como está se processando o acesso aos serviços de saúde a partir do PMM, se atendendo as necessidades em saúde e proporcionando maior equidade as pessoas que frequentam os serviços de saúde da ESF, ou não. Os aspectos políticos perpassam estas categorias, já que incidem diretamente na organização da política de saúde, de modo que, todas estas dimensões não são estanques, mas se inter-relacionam.

2.2 Natureza da metodologia e técnicas operacionais

A presente dissertação é fruto de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva, pois teve como propósito aproximar-se ao objeto, torná-lo mais explícito e construir hipóteses a seu respeito, além de descrever as características referente a política em estudo (GIL, 2002).

A opção por uma pesquisa desta natureza não foi neutra, mas intencional, a medida em que, assim como Minayo (2008), acredita-se que a pesquisa qualitativa é a que mais adequada para a análise em Ciências Sociais, apesar de ser sempre uma aproximação, um recorte da realidade, incapaz de conter a totalidade da vida social, a pesquisa qualitativa permite “reconstruir teoricamente os processos, as relações, os símbolos e os significados da realidade social” (p. 14). Queiroz (2008, p. 23) vai ao encontro com essa concepção ao afirmar que “as técnicas qualitativas procuram captar a maneira de ser do objeto pesquisado, isto é, tudo que o diferencia dos demais”.

Dentro da pesquisa qualitativa foram articuladas técnicas que permitiram explorar o objeto na busca pela resposta à pergunta de investigação. A descrição da

metodologia faz-se importante: permite – respeitando as especificidades – refazer e reaplicar a pesquisa em diferentes momentos e lugares.

Foi articulado a revisão bibliográfica e documental sobre o PMM e conceitos centrais à pesquisa, busca em bancos de dados secundários, pesquisa de campo com um caderno de registro e realização de entrevistas semiestruturadas gravadas.

Para o sucesso de um trabalho científico, tem-se que partir das produções existentes sobre o tema, sendo essencial para entender quais aspectos já foram apreendidos sobre o objeto, Minayo (2008) chama essa parte de “fase exploratória”. A fase exploratória é importante, principalmente, para apreender o que se tem na literatura sobre o objeto, sendo composta pela exploração bibliográfica, documental e metodológica.

Nessa fase exploratória foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática sobre desigualdade e iniquidades em saúde que envolveu autores como: Barata (2009); Paim (2009); Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009); Cohn *et al* (2015), dentre outros. Sobre o trabalho e profissão médica, valendo-se das teorias de Machado (1997); Donnangelo e Pereira (1996); Amaral (2007).

Sobre o acesso aos serviços de saúde foram utilizadas as produções de: Giovanella e Fleury (1996); Travassos e Martins (2004); Starfield (2002); Travassos e Castro (2012); Jesus e Assis (2010); Assis e Jesus (2012); Azevedo (2007); Azevedo, Gurgel e Tavares (2014), dentre outros. Quanto as produções sobre o PMM, foram selecionadas as publicações que tratavam de pelo menos um destes temas: cobertura, acesso, Região Nordeste. Os trabalhos analisados, em sua maioria, estão na edição especial da Revista Ciência e Saúde Coletiva¹¹ e na Plataforma de Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos¹².

Um outro componente da fase exploratória foi o levantamento de informações em bancos de dados do Ministério da Saúde sobre a situação de saúde do município e indicadores de acesso aos serviços de saúde. Dentre as bases de dados utilizados estão o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Departamento de Informática SUS (DataSUS), as Informações em Saúde (TABNET), o Departamento de Atenção Básica (DAB), o Sistema de Informação da Atenção Básica

¹¹ Ciência e Saúde Coletiva. Vol.21 no.9. Rio de Janeiro set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=pt&nrm=iso>.

¹² Plataforma de Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos Disponível em: <<http://maismedicos.bvsalud.org/>>.

(SIAB), Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE) e no sítio do Programa Mais Médicos.

O debruçamento sobre a literatura que discute sobre o acesso aos serviços de saúde permitiu a eleição de quatro características/dimensões do acesso: organizacional, financeira, geográfica e sociocultural para a elaboração das entrevistas. Entretanto, a realidade permitiu entender que os elementos a serem discutidos pelo acesso após a inserção dos médicos do PMM estavam mais próximo do campo do cuidado em saúde e da relação interpessoal entre profissional e sujeito de direito.

Assim os elementos geográficos, financeiros e principalmente organizacional e sociocultural foram analisados plasmados nas falas das entrevistadas. Os elementos dessa fase exploratória também contribuíram para a delimitação do campo de pesquisa empírica, como se observa a seguir.

2.3 Delimitações para a pesquisa de campo: a cidade de Santo Antônio de Jesus

Este trabalho foi desenvolvido tendo como referência o Território de Identidade do Recôncavo da Bahia. Este por ser o lugar onde a Universidade do Recôncavo da Bahia (UFRB) se localiza e pela riqueza cultural e histórica que envolve este território.

A UFRB foi criada no ano de 2005, tem como uma de suas missões a de atender a população do Recôncavo e contribuir para o desenvolvimento regional sendo, deste modo, um marco no processo de reestruturação e redemocratização da educação superior na Bahia, que até então só possuía uma universidade federal. Este trabalho colabora para pensar este território a partir da sua realidade empírica e para seu desenvolvimento regional.

A UFRB foi construída para a expansão física, acadêmica e pedagógica da rede federal de educação superior e corrigir anos de ausência de ensino de nível superior federal em seu território, este que é reconhecido como palco de transformações da história da Bahia.

O Recôncavo da Bahia imprimiu a tônica do processo de desenvolvimento da Bahia desde o início da colonização do Brasil (SANTOS, 2009), dando o primeiro passo para a independência da Bahia. O Recôncavo, mais recentemente, sofreu um período de mudanças políticas e econômicas em consequências de mudanças

nacionais e internacionais, a partir do Século XX houve a formação de uma “nova sociedade do Recôncavo” (PEDRÃO, 2007). Das mudanças nacionais, o período do Estado Novo foi importante para a revalorização da região com a construção das rodovias, mas mudando o papel de cidades tradicionais neste movimento: “Cachoeira, que sempre fora a porta de entrada para o Sertão através do vale do Rio Paraguaçu, cedeu lugar a Santo Antônio de Jesus, onde se iniciou o plano de transporte rodoviário” (PEDRÃO, 2007, p. 15).

O estado da Bahia reconhece a existência de 27 Territórios de Identidade, essa divisão, segundo a sua Secretaria de Planejamento foi feita tendo em vista identificar prioridades temáticas definidas a partir da realidade local, possibilitando o desenvolvimento equilibrado e sustentável entre as regiões. A definição desses territórios baseou-se “no sentimento de pertencimento, onde as comunidades, através de suas representações, foram convidadas a opinar”¹³. Uma divisão que se coloca importante diante da diversidade cultural que o estado possui, da sua extensão, dos seus 417 municípios.

O Recôncavo da Bahia é composto por 20 cidades, são elas: Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Governador Mangabeira, Muniz Ferreira, Maragogipe, Muritiba, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Félix, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara e Varzedo¹⁴. A escolha de qual cidade seria realizada a pesquisa empírica seguiu à análise dos perfis discriminados no Programa Mais Médicos. Ficando da seguinte forma:

Quadro 1: Caracterização das cidades Recôncavo da Bahia segundo os critérios do Eixo Provimento Emergencial

Cidades/Perfis	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Perfil 5	Perfil 6	Perfil 7	Perfil 8
Cabaceiras do Paraguaçu							X	
Cachoeira				X				
Castro Alves							X	
Conceição do Almeida							X	
Cruz das Almas		X						

¹³ Disponível em: <<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>>. Acessado em 01 de novembro de 2016.

¹⁴ Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/Result_Territorioch.asp>. Acessado em 23 de julho de 2016

Dom Macedo Costa							X	
Governador Mangabeira							X	
Maragogipe							X	
Muniz Ferreira							X	
Muritiba				X				
Nazaré				X				
Santo Amaro		X						
Santo Antônio de Jesus					X			
São Felipe							X	
São Félix							X	
São Francisco do Conde			X					
São Sebastião do Passé			X					
Sapeaçu							X	
Saubara							X	
Varzedo							X	
TOTAL	-	2	2	3	1	-	12	-

Fonte: SAGE. Elaboração própria.

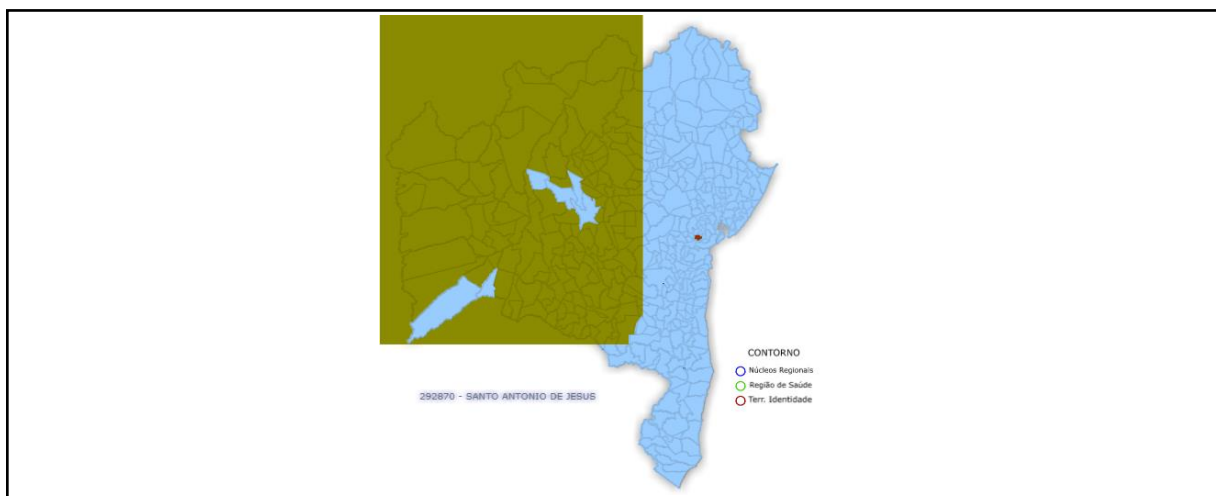
Destas, a cidade de Santo Antônio de Jesus (SAJ) foi a selecionada para a pesquisa de campo por ser o único município dentro do Recôncavo, um dos sete do estado da Bahia e um dos 98 municípios do Brasil (SAGE) que está no perfil G100 do PMM, este diz respeito aos 100 municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes no Brasil, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes. Ainda, SAJ é a única cidade do recôncavo em que se efetiva os três eixos do PMM, no que se refere ao eixo educação, tem 60 vagas de graduação e 8 de residência na UFRB.

Estudo realizado por Brito (2004) mostra que entre os anos de 1960 e 2000 o número de habitantes no município de SAJ aumentou de 27.945 para 77.368 habitantes, ou seja, mais que dobrou em quatro décadas. No censo de 2010 haviam 90.985 pessoas e a estimativa do IBGE para o ano de 2017 é de 103.342 habitantes em uma área territorial de 261,740 km². O Município foi emancipado em 29 de maio de 1880, fica a margem da BR 101 com 193 km de distância de Salvador via terrestre e 108 km via Ferry Boat (GOOGLE-MAPS). Como se pode verificar no Mapa da Bahia¹⁵.

¹⁵Disponível em:

<http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipioch.asp?cidade=292870&nome=SANTO%20ANTONIO%20DE%20JESUS>. Acessado em 15 de outubro de 2017.

Figura 2: Mapa da cidade de Santo Antônio de Jesus-Bahia



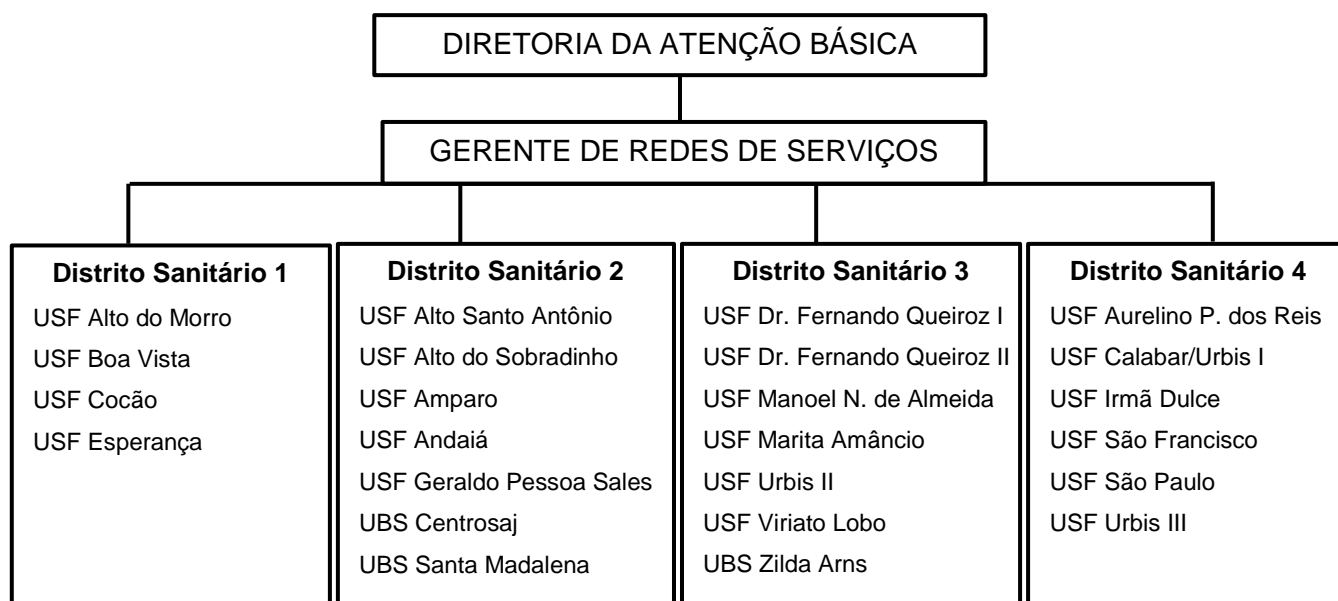
No que diz respeito à política de saúde, SAJ pertence ao Núcleo Regional de Saúde Leste – Salvador, e sedia uma Microrregião de Saúde composta por 23 municípios (BAHIA-Regiões de Saúde do Estado da Bahia). Segundo dados do CNES em setembro de 2017 o município de SAJ contava com 168 equipamentos de saúde geridos da seguinte maneira: 51 pela administração pública municipal; 2 pela administração estadual ou federal, 4 por entidades sem fins lucrativos, 91 por entidades empresariais e 20 por pessoas físicas.

Quanto aos equipamentos administrados pela Diretoria de Atenção Básica Municipal estes são 31: sendo 21 Unidades de Saúde da Família (USF) e 3 Unidades Básicas de Saúde (CNES). Desde a Portaria GSMS nº. 307 de 1 de julho de 2016 o município de SAJ “definiu a Territorialização da Atenção Básica por meio da organização administrativa e espacial dos Distritos Sanitário (DS) para fins de planejamento e execução de ações e serviços de saúde”. Sendo definidos quatro DS no município, um que abrange as unidades de saúde da zona rural e outros três urbanos. Cada DS possui um subgerente com responsabilidades gerenciais mais próximas das unidades de saúde.

Sendo o Departamento da APS em Santo Antônio de Jesus organizado da seguinte maneira:

¹⁶ Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipioch.asp?cidade=292870&nome=SANTO%20ANTONIO%20DE%20JESUS. Acessado em 15 de outubro de 2017.

Figura 3: Organograma do Departamento de Atenção Básica de SAJ



Fonte: Departamento de Atenção Básica de Santo Antônio de Jesus

O Distrito Sanitário 1 engloba as USF da Zona Rural e não recebeu nenhum médico do PMM. Destas 21 USF, no mês de setembro de 2017, oito funcionavam com médicos do Programa Mais Médicos. Setembro é o último mês de referência para a elaboração da metodologia, pois foi neste que se obteve informações *in loco* da diretoria da APS sobre a atual situação do PMM no município. Destas oito USF's, quatro foram selecionadas para pesquisa empírica. Para a escolha utilizou-se como critério as EqSF em funcionamento com PMM desde o ano de 2014¹⁷, o primeiro ano após o lançamento do PMM, até o mês de setembro de 2017.

No intervalo entre os anos de 2014 e 2017 foi observado no CNES o tipo de EqSF, se convencional ou do PMM. Foi escolhido o mês de março de cada ano como referência para essa observação, pois os primeiros meses do ano são mais difíceis de atualização municipal, é geralmente o momento de contratação e organização dos serviços. No ano de 2017, além de março foram observados os meses de julho e setembro. Julho, pois foi um mês onde já estavam alocados os profissionais que chegaram no município no final de maio, segundo a diretoria da APS, e setembro por

¹⁷ Teve o momento de troca de profissionais e outro em que o município ficou inadimplente com o PMM, de modo que, o funcionamento destas EqSF ficou um período sem médico ou funcionando com médico temporário contratado pelo próprio município.

ser o último mês levado em consideração para a seleção das equipes a serem entrevistadas.

Das 21 USF quatro se encaixaram no critério estabelecido – ter participado do PMM desde o começo de 2014 até setembro de 2017 –, duas do DS 2, uma no DS 3 e uma no DS 4. Foram elas: USF Turmalina Paraibana e USF Citrino (ambas do DS 2), USF Esmeralda (do DS 3) e a USF Ametista (DS 4). Para preservar o sigilo dos participantes da pesquisa, foram utilizados nomes de pedras preciosas que são encontradas no Brasil em substituição ao nome original das USF, aludindo a importância das EqSF para a estruturação do SUS e de como estas precisam ter o seu valor reconhecido.

Como cada médico do PMM atua por até três anos, no período da pesquisa empírica, não foram os mesmos profissionais que estavam atuando desde 2014. Assim, os usuários puderam ter contato com dois profissionais distintos do PMM. Quanto aos trabalhadores, em sua maioria, só os ACS puderam ter contato, enquanto equipe, com estes dois profissionais, já que com a mudança de gestão municipal mudou-se o quadro de trabalhadores contratados (enfermeiros, subgerentes e diretor da APS).

Nestas quatro USF foi feita observação com registro em diário de campo, além de entrevistas semiestruturadas:

	Sujeito	Elementos motivadores	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Quantidade entrevistada
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	Usuários	Cruciais para compreender como o direito ao acesso aos serviços de saúde se concretizam no seu contato com as USF	Escolhidas aleatoriamente desde que: maiores de 18 anos, que tivessem disponibilidade de tempo médio de 10 minutos, concordassem em responder as perguntas e assinar o TCLE). Foram feitas em dois dias em cada USF	Menores de 18 anos e que não aceitaram assinar o TCLE	06 usuários em cada USF, totalizando 24 entrevistas
	ACS	Centrais à pesquisa, já que possuem relações diárias diretas com os usuários na	O ACS que tinha maior tempo de trabalho na USF. Mais de um com o mesmo tempo= consenso entre eles. Férias=	Desistência em qualquer etapa da pesquisa	Um em cada USF, totalizando 04 entrevistas

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		comunidade e também trilham o trajeto da comunidade até a USF e vice-versa	segundo maior período de tempo. Aceitasse participar da pesquisa e assinar o TCLE		
	Coordenadora de cada USF	A compreensão sobre a organização das ações da USF e o seu histórico	A aceitação do profissional em participar da pesquisa em assinar o TCLE	Desistência em qualquer etapa da pesquisa	Um em cada USF, totalizando 04 entrevistas
	Coordenadora dos DS	Elucidar sobre a divisão do território de atuação de cada USF, a organização dos serviços de saúde e percepção sobre as equipes com e sem PMM	A aceitação do profissional em participar da pesquisa em assinar o TCLE	Desistência em qualquer etapa da pesquisa	Uma em cada DS que contemplam as USF do presente estudo, totalizando 03
	Diretora da APS municipal	Identificar características do PMM no município, os critérios para a escolha da distribuição dos médicos nas equipes e a percepção sobre o acesso aos serviços de saúde nas equipes com e sem o PMM	Aceitação do gestor em participar da pesquisa em assinar o TCLE	Desistência em qualquer etapa da pesquisa	01 gestora

Fonte: Elaboração própria

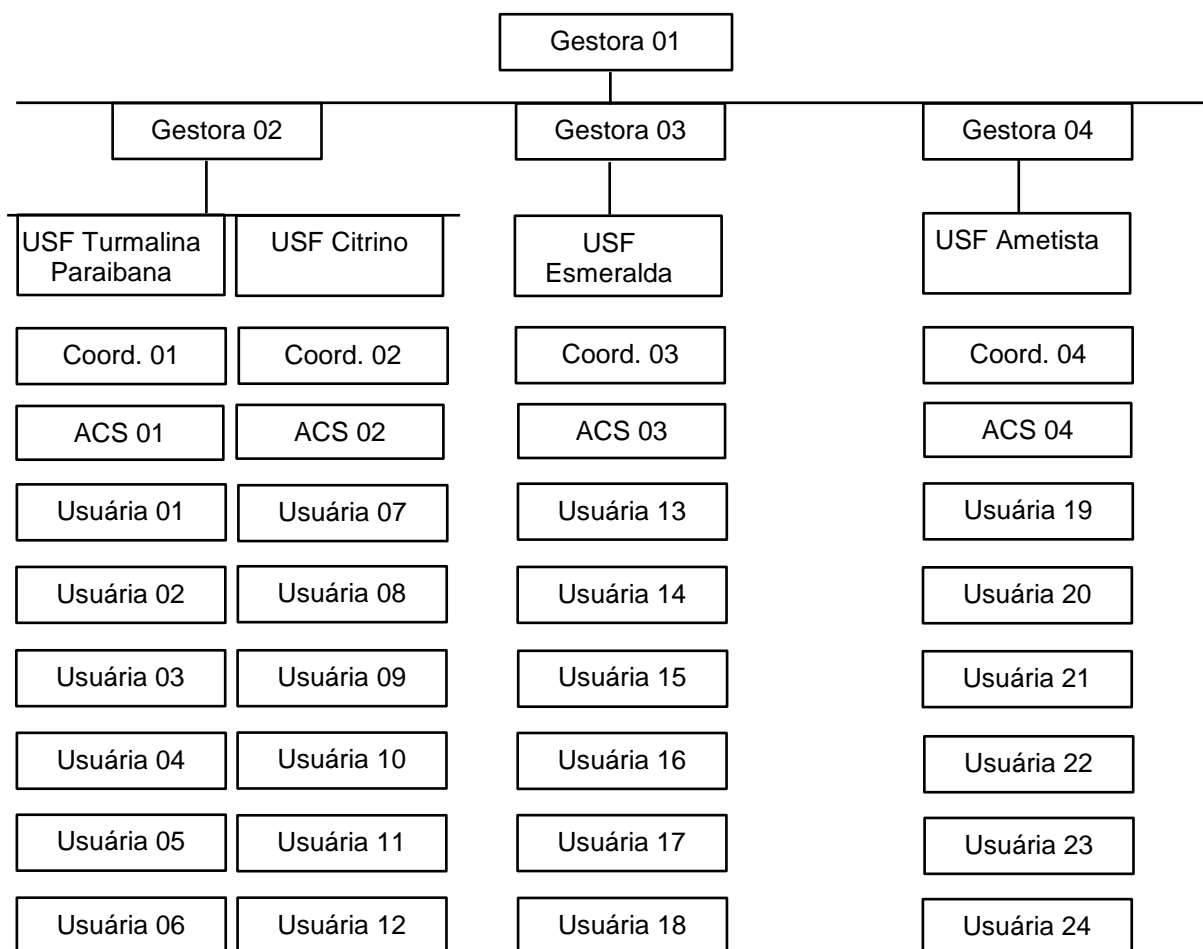
Ao final foram entrevistados 24 usuários e 12 trabalhadores e gestores da APS municipal, cada um com um roteiro diferente (que está nos apêndices), mas todas gravadas¹⁸. As entrevistas foram realizadas no período 23 de outubro a 16 de novembro de 2017.

Para garantia do sigilo dos sujeitos entrevistados estes estão identificados segundo o papel desempenhado e um número, seguindo a ordem das USF: USF Turmalina Paraibana, USF Citrino, USF Esmeralda, USF Ametista. Ficando da seguinte maneira: Usuária de 1 a 24; ACS de 1 a 4; Coordenadora de 1 a 4; Gestora

¹⁸ Exceto a entrevista de uma coordenadora de EqSF, respeitando a sua opção.

1 a 4 (a gestora da APS municipal e 3 subgerentes dos DS's). Conforme pode ser observado no organograma abaixo:

Figura 4: Organograma explicativo sobre os sujeitos da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Esse organograma é um meio de facilitar a compreensão dos leitores sobre a análise, sendo um recurso que pode ser acessado a todo momento para identificar o lugar de fala de cada ator na análise temática de conteúdo. Foi usado na análise os papéis no feminino, pela maioria das entrevistadas serem mulheres, como poderá ser observado no quadro do perfil dos entrevistados apresentado no próximo capítulo.

É importante frisar que a visão dos organizadores e dos usuários sobre os serviços são distintas, aos primeiros interessa organizar a rede de serviços a partir dos interesses em jogo naquele momento, já aos usuários interessa na prática que “aspectos facilitadores para a sua vida e relativos à sua consideração ou não enquanto sujeitos pelos prestadores de serviço como: a presteza no atendimento (tempo de

demora para a solução de sua demanda), a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p. 197).

Pesquisa realizada por Nations e Gomes (2007) chegou a consideração de que, para os usuários em situação de internamento hospitalar, o que mais importa é o cuidado humano, aquele prestado ao paciente e não só a sua doença. A competência técnica foi menos destacada do que aquela, representando que ao usuário é importante também, como destacado por Giovanella e Fleury (1996), a conversa atenta e a atenção personalizada.

Essa distinção se fez necessária à caracterização dos sujeitos da pesquisa no momento de coleta e análise de dados, ainda, a preocupação que se teve na elaboração dos instrumentos de coleta para que dessem conta de tais especificidades. A presente pesquisa foi centrada na percepção de três atores sobre as mudanças no acesso (a disponibilidade de serviços, a possibilidade de adentrá-los e atender as suas necessidades de saúde) após o Programa Mais Médicos: usuário, trabalhadores e gestores, o que permitiu apreender mais variáveis sobre o objeto, partindo de uma visão abrangente.

Para Starfield (2002) estudos sobre o acesso feito a partir dos usuários nos equipamentos de saúde tem-se que ter cuidado, pois, “na interpretação dos achados, estes métodos subestimarão a extensão da dificuldade no acesso aos serviços, porque os pacientes com problemas de acesso que limitam seu uso estarão pouco representados entre os pacientes disponíveis para a entrevista” (p. 231), ou seja, a entrevista a pessoas que estão nas unidades de saúde, poderia não condizer com a realidade, já que estes usuários poderiam não representar aqueles que são adscritos, mas que não vão com frequência ou nunca foram a unidade.

Esse risco assinalado por Starfield foi assumido na medida em que a presente pesquisa investigou as modificações no acesso aos serviços de saúde após a implantação do Programa Mais Médicos, sendo que, os usuários que estão na USF ocupam um lugar estratégico, por ter tido esse acesso ou tentativa de acesso aos serviços de saúde antes e depois do Programa.

O que não quer dizer que a investigação não se preocupou com possíveis distorções, de modo que, no que diz respeito ao usuário, foi perguntado o tempo em que frequenta a unidade de saúde e quanto aos trabalhadores e gestores, sobre a organização dos serviços, especialmente, no que diz respeito as visitas domiciliares.

O risco que se correu é de estar alheio as memórias e percepções do antes e depois do Programa, sem ter um quadro da implantação do Programa construído com os mesmos instrumentos que foram desenvolvidos aqui. Mas buscou-se características dos anos anteriores a partir de análise de dados do Ministério da Saúde sobre o município e na pesquisa de Almeida (2015) no município no ano de 2012.

2.4 O campo: aprendizado e (re)significância

O primeiro contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (SMSSAJ) aconteceu no final do mês de maio de 2017, um momento em que se desejava apresentar a pesquisa e solicitar autorização para realizá-la. No entanto, foram encontradas algumas dificuldades na agenda do gestor o que acabou levando algumas idas e vindas à SMSSAJ.

No começo de junho a autorização estava assinada pelo secretário, mesmo não conseguindo falar pessoalmente com este, tive a interlocução de sua secretária executiva. A sensibilização da pesquisa, a aproximação com a realidade das políticas de saúde no município foi ficando mais fácil de ser acessada com a aproximação à diretora municipal de APS, com os trabalhadores e os cidadãos, assim, o contato com quem está mais na ponta da política foi mais fácil de ser realizado, mesmo com a necessidade de adequação a agenda de cada um.

Das idas e vindas que exigem o campo burocrático, como a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, a necessidade de dedicar um tempo para a escrita e qualificação, contribuíram para que o começo da pesquisa de campo acontecesse no dia 23 de outubro de 2017.

Logo no primeiro dia foi necessário ir a SMSSAJ para conversar com a diretora da APS, apesar dela não ter podido conceder a entrevista neste dia, me recebeu e informou do afastamento de um dos médicos do PMM (da USF Citrino), pela Coordenação Nacional do Programa, por descumprir a condicionalidade da educação continuada. Este fato atingiu diretamente os critérios de inclusão de USF na pesquisa – de estar em funcionamento com médico do PMM desde março/2014 –, mas ao analisar que havia poucos dias de afastamento (mais ou menos 15 dias), que estamos trabalhando a partir da memória dos sujeitos e que não inclui a entrevista com o médico, entendemos ser válido continuar com essa unidade em campo.

O campo exige sempre esse movimento de repensar, reformular, tentar e aprimorar a metodologia e construções teóricas, esse fato citado acima foi apenas um. Se teve que lidar com a agenda dos profissionais, com a curiosidade dos usuários que aguardavam na sala de espera e me viam fazendo a entrevista, com a recusa de alguns, de modo que, a minha presença interferiu inevitavelmente com o campo, com o cotidiano daqueles sujeitos, seja no seu ambiente de trabalho, seja no momento de procura por atenção à saúde.

Os trabalhadores e gestores que participaram da pesquisa se apresentaram solícitos e sensíveis a necessidade da sua participação, quando necessário, passaram seus contatos telefônicos para a confirmação da entrevista. O que foi uma surpresa em campo, esperava – segundo minhas experiências de campo – uma não receptividade e profissionais receosos em responder perguntas. Tendo a refletir que que por se tratar de uma cidade que sedia algumas faculdades e universidades, como o *campus* de ciências da saúde da UFRB, os trabalhadores e gestores da saúde estão, de certa forma, acostumados com a presença de estudantes tanto em estágios quanto em pesquisa, enfim, minha experiência foi de receptividade.

Apesar de ter sido necessário, as vezes, se adequar a agenda dos trabalhadores e gestores, estes estavam em seus locais de trabalho e dispunham de algum lugar ao qual podia fazer a entrevista com privacidade. No entanto, não possuía essa mesma facilidade de espaço com os usuários, tendo alguns elementos que dificultaram a realização das entrevistas.

Uma das primeiras dificuldades foi a aproximação em salas de espera. Na primeira tentativa me apresentei ao coletivo que aguardava atendimento, mas o retorno foi negativo, ninguém quis realizar a entrevista, então percebi que teria que ter diálogos individuais. A partir daí, passei a observar nas salas de espera pessoas que não estavam em conversas com outras pessoas – para não atrapalhar o diálogo – ou que não estavam ocupadas cuidado de crianças, então, passei a me apresentar e a apresentar a pesquisa individualmente. Assim, cada pessoa era um novo começo.

Para os usuários a entrevista era em um primeiro momento um desconhecido, mas depois percebiam que se tratava da sua relação com a unidade de saúde, concordando em participar. Muitos utilizaram desse momento como desabafo e como instrumento para a gestão municipal ouvir sua voz, colocando que seria importante sempre haver pesquisas para saber como está sendo a oferta e o acesso aos serviços de saúde.

Outra dificuldade foi gravar as entrevistas por causa do barulho externo que poderia comprometer a qualidade do áudio e a tentativa de fazer as perguntas de modo que outros possíveis entrevistados não escutassem para não induzir suas respostas, sendo em cada caso um diálogo que contou com a colaboração dos usuários, como permitir o gravador mais próximo da sua face. Assim, como é característico das entrevistas semiestruturadas, a cada entrevista a formulação das perguntas e a ordem das palavras eram alteradas para a melhor compreensão do entrevistado e fluidez do diálogo, mas sem perder o foco.

Para viabilizar a pesquisa, visto o curto tempo e o curto recurso, contei com o apoio de um primo e uma amiga que me acolheram em suas casas no município de SAJ, o que facilitou com que terminasse a pesquisa no dia 16 de novembro de 2017. Ainda, o deslocamento durante a pesquisa foi realizado a partir de moto-táxis, ônibus/coletivo municipal, caronas e caminhadas, sempre com a indicação de transeuntes para chegar até as unidades de saúde. Assim, contei com uma rede de pessoas conhecidas e desconhecidas, mas que contribuíram para que a pesquisa acontecesse.

2.5 Análise das entrevistas: Análise Temática de Conteúdo

A análise das entrevistas seguiu a escuta exhaustiva dos áudios e anotações dos trechos mais elucidativos das falas. Não foi feita, deste modo, a transcrição completa das entrevistas, mas seletiva, pelo pouco tempo que restou à análise, que, entretanto, não ficou comprometida. Seguiu-se a análise segundo os preceitos da Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2013).

A Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2013), está ligada a noção de tema, comportando muitas relações e que poderia ser apresentada por uma palavra, frase ou resumo. O tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1979, p. 105 *apud* MINAYO, 2013, p. 315) bem como “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica. Pode constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão” (UNRUG, 1974, p. 19 *apud* MINAYO, 2013, p. 315-16).

De modo que, fazer uma Análise Temática “consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2013, p. 316). Apesar de ser utilizada em sua origem em pesquisas quantitativas, cada vez mais este tipo de análise tem sido utilizado em pesquisas qualitativas. A Análise Temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A pré-análise consiste na escolha de quais materiais serão analisados e no retorno às hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa. O investigador primeiro faz leituras flutuantes do conjunto das comunicações, no caso desta dissertação, foi feita escuta flutuante, ou seja, escuta até ficar impregnado pelo conteúdo. A todo momento remetendo aos objetivos e hipóteses iniciais para possibilitar sair da sensação inicial de caos (MINAYO, 2013).

Ainda na primeira etapa o *corpus* é constituído, este diz respeito ao universo estudado em sua totalidade. Após isso a tarefa é de formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, sendo o momento em que o pesquisador pode voltar as formulações e indagações iniciais com a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura de novas indagações, explorando a riqueza do trabalho de campo e não caindo no tecnicismo (MINAYO, 2013).

Na segunda etapa, a exploração do material, o investigador procura encontrar palavras ou frases que sejam representativas da fala dos entrevistados e que estão em conexão com objetivos da pesquisa, deste modo conseguindo diminuir a quantidade de material. A partir daí tem-se a agregação dos dados entre categorias teóricas e empíricas que estão concatenadas com o tema (MINAYO, 2013).

A terceira etapa é de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, momento em que se procura propor significados e realiza interpretação inter-relacionando ao quadro teórico construído anteriormente ou a partir de novas dimensões teórica surgida pela leitura do material (MINAYO, 2013).

Após esse processo de identificação dos núcleos de sentido, foi optado pela organização da análise se dá a partir de dois grandes temas que comportasse as múltiplas falas de usuários, gestores e trabalhadores: O acesso aos serviços médicos ou a uma cesta de serviços? A relação entre usuários e o acesso aos serviços de saúde após o PMM; e Para além do médico: Equidade e Integralidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Trazendo os contrapontos de visões/núcleos de sentido.

3. O PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS

Este capítulo faz o movimento de aproximação à realidade do Programa Mais Médicos no município de Santo Antônio de Jesus, tendo como base as categorias discutidas no modelo teórico abordado anteriormente: o acesso aos serviços de saúde na ESF articulado as discussões do trabalho médico historicamente, do modelo de atenção à saúde: ESF, das necessidades em saúde e da equidade em saúde.

No primeiro capítulo foi feito um levantamento bibliográfico e no segundo a descrição e discussão da metodologia, nesse terceiro momento é feita a análise dos dados secundários e da pesquisa empírica, pretendendo, assim, atingir os objetivos que dizem respeito a mudanças em iniquidades e no acesso aos serviços de saúde.

É importante para essa análise reafirmar que a pesquisa se deu em um município que não sofre com a falta de médicos, mas que, de acordo com a gestão municipal, possui dificuldade na fixação dos mesmos; e que segundo os parâmetros da coordenação do PMM, os seus habitantes têm baixo nível de receita *per capita* e estão em situação de vulnerabilidade, que são, tendo em vista o princípio de equidade, aqueles que mais necessitam de serviços de saúde no SUS.

As análises apresentam que existe uma distinta visão entre usuários, gestores e trabalhadores sobre o acesso aos serviços de saúde médicos. Como Giovanella e Fleury (1996) discutem, enquanto os gestores pensam a organização dos serviços em uma rede hierarquizada e regionalizada, os usuários preocupam-se com o acolhimento, com a escuta, com o tempo de espera, com a possibilidade de ir até a unidade de saúde e com a resposta a sua demanda. Deste modo, as análises foram feitas segundo a análise temática de conteúdo e propondo o contraponto de visões entre os atores.

3.1 Programa Mais Médicos: Acesso, Nordeste, Bahia

Apesar de ser um Programa recente, o PMM conta com uma considerável produção acadêmica – tendo, até mesmo, uma edição especial da Revista Ciência e

Saúde Coletiva¹⁹ – e outras em curso – como é possível identificar na Plataforma de Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos²⁰, estes estudos enfocam diversos aspectos do PMM.

Na revisão de literatura realizada por Kemper, Mendonça e Sousa (2016) foram selecionadas 54 publicações categorizadas em seis enfoques: análise da implantação do PMM (15 publicações), efetividade (15), mídia (8), limitações e críticas (6); formação (5) e análise jurídica/constitucional (5). Dentro da categoria efetividade existem cinco subtemas: acesso, cobertura e equidade; integralidade e longitudinalidade; mudanças do processo de trabalho e modelo de atenção; satisfação dos cidadãos; e intersectorialidade.

No que diz respeito ao subtema acesso, cobertura e equidade – foco da presente dissertação – os trabalhos analisados apontam que o PMM contribuiu para reduzir iniquidades, com o atendimento a municípios mais necessitados, aumentar a cobertura e acesso efetivo pela fixação médicos nas equipes – o que era um incremento necessário para a expansão da ESF –, aumento da produção de serviços e da produtividade das equipes, ainda pelo cumprimento da carga-horária, formação adequada e constante processo de aprendizagem dos médicos (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

A pesquisa de Silva *et al* (2016-A) realizada em uma das regiões de maior vulnerabilidade do estado de São Paulo, comparando o acesso a partir de indicadores de produção, marcadores e situação de saúde antes e depois do PMM, chegou a consideração de que “após a implementação do programa houve melhora no acesso à saúde e no trabalho de promoção de saúde focado no território, um grande desafio na Atenção Primária à Saúde”(p. 2899), mesmo não tendo redução a curto prazo das internações por causas sensíveis à APS.

Um outro estudo realizado a partir da percepção da população sobre o acesso a saúde após o PMM, no município de Mossoró-RN, envolveu duas dimensões do acesso a serviços de saúde: a organizacional e a técnica,

[Há] um maior acesso à consulta médica e uma redução do tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta, que, antes, chegava a durar meses. Contudo, evidenciam a continuidade dos mecanismos de marcação

¹⁹ Ciência e Saúde Coletiva. Vol.21 no.9. Rio de Janeiro set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=pt&nrm=iso>.

²⁰ Plataforma de Conhecimento sobre o Programa Mais Médicos Disponível em: <<http://maismedicos.bvsalud.org/>>.

de consulta pela tradicional distribuição da ficha de atendimento por ordem de chegada, o que gera filas nas UBS, ainda na madrugada (SILVIA *et al*, 2016-B, p. 2864-65).

Ainda, no que diz respeito a dimensão técnica, a população desta cidade percebeu a redução das incertezas no atendimento, já que os médicos se dedicam ao menos 32 horas a APS e “[...] apontam outras barreiras que comprometem a resolutividade de seus problemas de saúde, tais como acesso às especialidades médicas, a medicamentos e exames” (SILVIA *et al*, 2016-B, p. 2865).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) realizou alguns estudos de caso sobre o PMM que analisa a atuação dos médicos da cooperação Brasil-Cuba. Um destes foi o Estudo de Caso no Rio Grande do Norte realizado pela OPAS (2016) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que apontou, dentre outros aspectos, que o Programa gerou mudanças no modelo de atenção à saúde ao fortalecer a APS, assim como, houve um aumento na satisfação da população sobre a atenção prestada pelo médico e pela equipe, conferindo qualidade.

No Estudo de Caso sobre o PMM em Curitiba (OPAS, 2015), Renato Tasca, um dos representantes da OPAS/OMS no Brasil, apresenta a “Cadeia de Valor do Programa Mais Médico”, estando no centro da engrenagem da cadeia a questão: “mais acesso e menos desigualdades” e por combinação: melhora das condições, qualidade da atenção, fortalecimento do sistema de saúde, mudança de paradigma da formação, sustentabilidade da intervenção, satisfação e aceitação. Assim, são identificadas sete áreas – visão bem abrangente – a serem observadas quanto aos resultados sobre o Programa.

A experiência do Maranhão (OPAS, 2016) apontou, dentre os achados, a diferença perceptível aos gestores quanto à fixação de profissionais e acesso à assistência na APS entre os municípios que aderiram ao PMM e os que não aderiram; o acesso à assistência médica inovadora e de qualidade, com médicos comprometidos com o cuidado humanizado dos usuários, assim como, a satisfação dos usuários com o sistema de saúde local.

Os dados de pesquisas realizadas na Região Nordeste, apontam que esta foi “a [Região] que recebeu o maior número de médicos do programa, 4.849 [...] com uma participação de 18,1% em relação ao total de médicos em APS” (GIRARDI *et al*, 2016, p. 2678). Assim, a escassez de médicos “na região Nordeste reduziu de 25,1% para

18,1%” (GIRARDI *et al*, 2016, p. 2680) entre os anos de 2013 e 2015, no entanto, esta e a Norte continuavam sendo as Regiões com maior escassez.

Segundo Nogueira *et al* (2016, p. 2892), “com o PMM, a razão de médicos por mil habitantes na Região Nordeste passou de 1,23 em 2012, para 1,34 em dezembro de 2014”. Esse aumento foi seguido em todos os estados, a “Bahia de 1,09 passou para 1,17”. Segundo, Oliveira, Sanchez e Santos (2016) 74,2% (978) dos municípios do Nordeste estão no perfil de 20% ou mais população vivendo em extrema pobreza. Estes dados apontam um aumento de médicos por mil habitantes na Região Nordeste, mas que persistem desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre as regiões brasileiras.

Porquanto, a literatura já aponta sugestões sobre as possibilidades de mudanças no acesso aos serviços de saúde após a implantação do Programa Mais Médicos em algumas cidades do Brasil, desde números que indicam maior cobertura, até a satisfação de trabalhadores, gestores e usuários. A seguir será discutido especificamente sobre a realidade da cidade de Santo Antônio de Jesus.

3.1.1 O Eixo Provimento Emergencial do PMM em Santo Antônio de Jesus: Implantação e Situação Atual

Na Região Nordeste, os estados da Bahia e Pernambuco estão entre os “que mais concentram municípios com baixa renda *per capita*, 39% e 52%, respectivamente” (ALVES *et al*, 2016, p. 2895). O cálculo desta renda leva em consideração a renda anual *per capita* inferior a R\$1.000,00 (mil reais), ou seja, menos de R\$ 85,00 (oitenta e cinco reais) *per capita* mensal. Dos municípios com esta característica de renda, 98 deles têm mais de 80 mil habitantes, pertencem, assim, ao perfil G100 do PMM (SAGE-PMM, 2018).

No Nordeste 39 municípios compõem esse perfil, na Bahia são sete (7) municípios, e dentro do Território de Identidade do Recôncavo da Bahia é apenas o município de Santo Antônio de Jesus (SAGE-PMM, 2018).

No censo de 2010 o número de habitantes de SAJ estava em 90.985 pessoas, já no ano de 2017, segundo o IBGE, essa população aumentou para 103.342, ou seja, mais de 13.000 habitantes em menos em sete anos. Como Andrade (2015) ressalta, Santo Antônio possui popularidade no comércio sendo conhecido como o “mais barato

da Bahia”, além de bens perecíveis e duráveis, existe o comércio de serviços de saúde.

O município de Santo Antônio de Jesus possui uma cobertura de equipes de saúde da família em torno de 79,84% da população, dessa, o PMM é responsável por 20,89% (SAGE-PMM, 2018). No ano 2012, a cobertura era de 72,58% (DataSUS), assim, após a implantação do PMM, houve um aumento em torno de 8%. Mas, a presente pesquisa parte do pressuposto que a disponibilidade de serviços é pré-requisito para o acesso, mas não a garantia para a sua realização.

Mesmo a cobertura dos serviços da APS estando próxima a 80%, esse valor não corresponde diretamente a realidade, pois existe USF com uma população adscrita superior a preconizada pelo Ministério da Saúde. A leitura dessa realidade é trazida pela Gestora 01 “a gente tem uma cobertura estimada destes 70 (setenta) e poucos por cento quase 80 (oitenta), mas se a gente for fazer de fato um estudo populacional talvez esta cobertura não seja esse valor que eu coloquei aqui”. Apresentando uma visão crítica sobre esses números, das dificuldades e pontos em que a gestão municipal precisa melhorar. A dissertação de Andrade (2015) apontou que a maioria das USF de SAJ atendem a uma população adscrita superior a 4.000 (quatro mil) pessoas, ou seja, acima do preconizado.

Uma realidade que é agravada cada vez mais pelo aumento populacional. Atualmente, existem mais de 20% de áreas descobertas, o que requerer aumentar o número de EqSF para serem referenciadas à essa população descoberta, uma necessidade também já reconhecida pela gestão municipal.

A cobertura por planos privados de saúde no município é de 10,67% semelhante a média do Estado da Bahia que é de 10,97% (SAGE-PMM, 2018). Essa média de cobertura por planos privados de saúde de SAJ é a maior dentre todos os municípios do Recôncavo da Bahia, mesmo sendo baixa. Deste modo, 10,67% da população possui acesso aos serviços de saúde que não só os oferecidos diretamente pelo SUS.

Quanto ao processo de implantação do eixo provimento emergencial do PMM em SAJ, em final de 2013, os três primeiros médicos do PMM chegaram à cidade, dois da cooperação Brasil-Cuba e um brasileiro, e foram alocados nas unidades Citrino, Esmeralda e Ametista. O município conseguiu aumentar a sua quantidade de vagas no ano de 2017, chegando a oito vagas autorizadas pelo sistema e mais uma vaga extra em diálogo direto com a gestão do PMM (Gestora 01).

Segundo a Gestora 01 o motivo para conseguir uma vaga extra se deu pela população de SAJ ser numerosa, pela extensão territorial, pela quantidade de USF e da cobertura de atenção básica que ainda é insuficiente para a população. Ela ainda afirma que “aqui não vivenciamos a dificuldade de encontrar médicos porque temos uma cooperativa, mas existe uma dificuldade de fixação, isso é fato”.

Na pesquisa empírica realizada em SAJ por Almeida (2015), entre novembro de 2012 e fevereiro de 2013 – ou seja, antes do PMM –, a fala do gestor municipal do período convergiu no mesmo sentido: apontando a dificuldade para a contratação e fixação de médicos. Assinalou também a existência de uma concorrência entre os municípios circunvizinhos para a contratação de médicos e que esta levava a negociação direta sobre os salários entre os gestores e esses profissionais. Assim, justificou, que a alternativa adotada pelo município foi a contratação de uma cooperativa para intermediar a admissão e evitar essa negociação salarial direta.

Essas falas revelam a existência de uma concorrência entres municípios do interior da Bahia para a compra da força de trabalho médico e a própria oferta particular/individual dos profissionais, o que é, ao mesmo tempo, prevista à profissão médica como autônoma. Mas, nesse entremeio, não se pode perder de vista que, o que está em disputa é a saúde enquanto mercadoria.

A interferência nesse mercado de oferta e venda do trabalho médico, também pode ser considerado como um dos motivos que levou a sociedade médica brasileira a rejeitar o PMM, já que ele quebra essa lógica de comercialização da saúde, ao tratar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Assim, para uma gestão municipal de saúde que propõe atuar segundo os princípios da APS, conseguir realizá-los sem profissionais comprometidos com a saúde e em atuação nas comunidades fica inviável. Na avaliação da Gestora 01, uma das maiores conquistas do PMM no município de Santo Antônio foi a certeza de fixação de médicos na USF por um período de três anos, atuando 4 dias na semana e cumprindo com a carga-horária. Desse modo,

O Programa Mais Médicos é importante, como eu falei, pela questão da fixação. Então, como a gente fala tanto em criar vínculo, as unidades de saúde com as comunidades adscritas, então, o fato de ter o médico do Programa você sabe que por pelo menos três anos eles vão ficar ali naquela comunidade, tendo, claro, a possibilidade de renovar este contrato (GESTORA 01).

A gestão municipal – em exercício durante a pesquisa de campo – mostrou-se interessada em manter o provimento emergencial do PMM no município, mesmo diante da dificuldade encontrada no começo de 2017.

Com a troca de gestão municipal (2016-2017), foi constatado que o município possuía três médicos do PMM em atuação e cinco vagas bloqueadas por causa de uma inadimplência municipal referente ao pagamento do auxílio moradia de um médico, o que impedia a adesão a edital para solicitar novos profissionais. “Então estava na eminência de sair um novo edital, a gente correu atrás para regularizar essa dívida” [...] “em contato com o Ministério da Saúde, com o Programa Mais Médicos, a gente conseguiu sanar o problema, pagamos a dívida e aí o município pôde aderir ao edital e desbloquear as cinco vagas” (Gestora 01).

O estudo de Rosa e Coelho (2011), que objetivou identificar o fluxo das contas municipais do PSF no município de Santo Antônio no ano de 2005, desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde, apontou que houve um financiamento irrisório do Programa por parte do governo federal e uma inexistência de cofinanciamento estadual e um grande esforço econômico do município em ampliar o acesso aos serviços de saúde através da saúde da família .

Assim, além da economia em saúde que uma atuação fluída da USF consegue gerar ao município, ao tempo em que evita o adoecimento e o agravamento de doenças, a existência do PMM também traz essa redução direta de gastos do município com recurso humano, ao tempo em que os salários dos médicos são pagos diretamente pelo governo federal e o município paga, em contra partida, segundo a Gestora 01, R\$ 1.700,00 aos médicos, referente à alimentação e à habitação – condicionalidade aos municípios que aderem ao PMM.

Nesse processo de mudança de gestão, de saída de médicos do PMM sem a substituição por novos profissionais pela inadimplência do município, algumas USF ficaram por um período sem médico, havendo assim uma quebra na oferta de serviços dos médicos do PMM nas USF. Das USF investigadas, a Turmalina Paraibana teve uma médica sem ser do PMM pelo o período de um mês.

Mesmo contanto com oito vagas autorizadas pelo PMM e mais uma extra, totalizando nove, no momento da pesquisa de campo, sete médicos do PMM estavam atuando. Na USF Citrino havia menos de um mês do afastamento do médico por descumprimento de parte da condicionalidade educação e a outra profissional recém chegada ainda estava para ser alocada.

Dentro deste contexto de resultados e mudanças no PMM em âmbitos marco e micro é que a pesquisa de campo foi realizada. A seguir são apresentadas algumas características das unidades de saúde da família, o perfil dos sujeitos entrevistados e a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde a partir de suas vozes.

3.2 Caracterização das Unidades de Saúde da Família investigadas

A caracterização das USF investigadas deu-se através de informações extraídas do CNES e da Dissertação de Andrade (2015). Trazendo como resultado uma análise da organização destas unidades a partir do contraponto de dessas informações.

USF Turmalina Paraibana

A USF Turmalina Paraibana faz parte do Distrito Sanitário II, foi cadastrada no CNES no mês de maio de 2003. Segundo Andrade (2015), possui sede própria e está localizada em uma área periférica da cidade, cobre uma população de 1.307 famílias, 4.272 pessoas um número acima do preconizado pelo MS que é de 4.000.

O horário de funcionamento é das 7:00 às 16:00 horas, não fecha durante o horário de almoço, que é de uma hora. O motivo de fechar uma hora antes das 17 horas – que é o horário habitual – segundo a gestora 02, é por essa USF estar localizada em um dos territórios mais periférico do município. Além da equipe de saúde da família, a unidade conta com a equipe de Saúde Bucal (eSB), e com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O acesso aos serviços se dá a partir do Acolhimento por Classificação de Risco. Segundo o Ministério da Saúde (2013) o acolhimento é entendido como atitude e tecnologia de cuidado, como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, e que deve funcionar de acordo com a realidade, havendo sempre reajustes no dia a dia de cada USF.

Segundo a coordenadora/enfermeira tem mais de dois anos que “toda a equipe foi treinada para fazer o acolhimento com classificação de risco”, e que existe uma

divisão das pessoas responsáveis pelo acolhimento na USF por turno, para que não haja sobrecarga. Assim, na prática, diariamente são distribuídas fichas de atendimento para médico, enfermeira e dentista em dois turnos, pela manhã (das 7:00 até às 8:30 horas) e pela tarde (das 13:00 até às 14:00 horas). E a avaliação de risco é feita para as demandas espontâneas que chegam depois do horário ou caso as fichas já tenham sido distribuídas.

Segundo a coordenadora/enfermeira 01, todos os dias o médico atende à demanda marcada e mais quatro acolhimentos. Tendo, mesmo com a classificação de risco, o estabelecimento uma média de demanda. Os atendimentos também são divididos por programas ou demandas da ESF como Hiperdia, pré-natal, puericultura, demanda livre e visita domiciliar, em turnos específicos (segundo cartaz na USF). Essa organização dos serviços de saúde é um dos meios que podem facilitar ou não o acesso pelos usuários.

Segundo o CNES, o primeiro médico do PMM começou a atuar na USF Turmalina Paraibana no mês de abril de 2014, era uma mulher e fazia parte da cooperação Brasil-Cuba, deste modo, intercambista, terminou em abril/2017²¹. Em substituição a esta, no mês de junho/2017 começou a atuar um novo médico pelo PMM, desta vez, um homem e brasileiro.

USF Citrino

A USF Citrino faz parte do Distrito Sanitário II, foi cadastrada no CNES em maio de 2003. Segundo Andrade (2015) está localizada em uma sede alugada, atende 1.481 família e 4.871 pessoas. Sendo um número superior ao preconizado pelo MS na PNAB de 2012. O horário de funcionamento é das 7:00 horas até as 17:00 horas, tendo duas horas de almoço. Além da EqSF, conta com a eSB e o apoio do NASF.

O acesso aos serviços médicos se dá mediante marcação, segundo a coordenadora/enfermeira 02, é dividido o atendimento por programa ou demanda em cada turno: preventivo, clínica geral, Hiperdia, pré-natal e crianças, e visita domiciliar

²¹ Esta informação é a que consta no CNES, mas a gestora 01, no entanto, informou que no início de sua gestão, fevereiro/2017, atuavam apenas três médicos do PMM no município, uma intercambista e dois brasileiros, e nenhum deles nestas unidades investigadas. Então, a data de saída – dos médicos que começaram a atuar no PMM no final de 2013 e início de 2014 – provavelmente foi em final de 2016, e esses médicos não foram desligados do Sistema CNES no mesmo momento.

(segundo cartaz na USF). A marcação acontece todos os dias da semana para gestantes, pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes, já a marcação para atendimento clínico é feita em dois dias da semana pela manhã. Existe também uma espécie de acolhimento com classificação de risco com base em lista de sintomas criada pelo médico.

Nas palavras da coordenadora/enfermeira 02:

Quem chegasse, por exemplo, hipertenso e diabético, sempre em palestras e o médico na consulta orienta que em três meses tem que retornar a unidade para renovar a receita ou, se sentir alguma coisa, retornar antes. Mas, assim, todo dia quando chega aqui marca, só tem um dia quando não consegue uma consulta tão antecipada, se tiver com alguma emergência, como ele fez a listinha de risco, e aí a demanda livre dia de terça e sexta, ou então se chega, não é a terça nem a sexta, mas a gente sempre deixa duas fichas extras e aí ele atende.

Essa descrição é de como procedia o acesso aos serviços médicos quando atuava o médico do PMM, com a recente saída, o médico substituto havia mudado esta dinâmica, passando a atender menos fichas e, até então, não tinha feito visita domiciliar.

Segundo o CNES, nesta unidade o PMM começou em novembro/2013 com uma médica brasileira que saiu em janeiro/2015, atuando por pouco mais de um ano, e foi substituída por outro brasileiro em fevereiro/2015, o mesmo foi desligado do PMM, por descumprir parte da condicionalidade educação, em começo de outubro/2017.

USF Esmeralda

A USF Esmeralda faz parte do Distrito Sanitário III, foi cadastrada no CNES no ano de 2014, segundo Andrade (2015) esta USF está localizada em uma sede alugada. No período da pesquisa de campo, a sede própria estava próxima de ser inaugurada. Atende 5.213 pessoas e 1.581 famílias, sendo um número superior ao preconizado pelo MS na PNAB de 2012. O horário de funcionamento é das 7:00 horas até as 17:00 horas, tendo duas horas de almoço. Além da EqSF, conta com a eSB e o apoio do NASF.

O acesso ao serviço médico na unidade é feito mediante marcação que acontece um dia na semana para o período de uma semana. Os turnos também são divididos por programa ou demanda: Hiperdia, pré-natal, visita domiciliar e demanda livre (segundo cartaz na USF).

Segundo o CNES, o primeiro médico do PMM começou a atuar na referida USF no mês de novembro/2013 era uma mulher e fazia parte da cooperação Brasil-Cuba, deste modo, intercambista, e ficou até junho/2017²². Em substituição, a esta, no mês de julho/2017 começou a atuar uma novo médica pelo PMM, desta vez, uma brasileira.

USF Ametista

A USF Ametista faz parte do Distrito Sanitário IV, segundo o CNES, foi implantada em 2005. Está localizada em uma sede alugada, segundo Andrade (2015) atende 3.794 pessoas e 1.127 famílias cadastradas. Sendo um número limítrofe ao máximo recomendado pelo MS na PNAB de 2012. O horário de funcionamento é das 7:00 horas até as 16:00 horas, tendo uma hora de almoço, a Gestora 04 apontou que a USF fecha mais cedo por ser uma área mais vulnerável à violência. Além da EqSF, conta com a eSB e o apoio do NASF.

O acesso ao serviço médico na unidade é feito mediante marcação em um dia para todo o período de uma semana. Os turnos também são divididos por programa ou demanda: pré-natal, visita domiciliar, consulta agendada (segundo cartaz na USF).

Segundo o CNES, o primeiro médico do PMM começou a atuar na referida USF no mês de novembro/2013 era uma mulher e fazia parte da cooperação Brasil-Cuba, deste modo, intercambista, terminou em junho/2017²³. Em substituição, a esta, no mês de julho/2017 começou a atuar um novo médico pelo PMM, desta vez, um homem e brasileiro.

²² Esta informação é a que consta no CNES, mas a gestora 01, no entanto, informou que no início de sua gestão, fevereiro/2017, atuavam apenas três médicos do PMM no município, uma intercambista e dois brasileiros, e nenhum deles nestas unidades investigadas. Então, a data de saída – dos médicos que começaram a atuar no PMM no final de 2013 e início de 2014 – provavelmente foi em final de 2016, e esses médicos não foram desligados do Sistema CNES no mesmo momento.

²³ Esta informação é a que consta no CNES, mas a gestora 01, no entanto, informou que no início de sua gestão, fevereiro/2017, atuavam apenas três médicos do PMM no município, uma intercambista e dois brasileiros, e nenhum deles nestas unidades investigadas. Então, a data de saída – dos médicos que começaram a atuar no PMM no final de 2013 e início de 2014 – provavelmente foi em final de 2016, e esses médicos não foram desligados do Sistema CNES no mesmo momento.

3.2.1 Perfil dos sujeitos entrevistados

Nestes equipamentos, como já ressaltado na metodologia, foram entrevistadas 12 trabalhadoras e gestoras: quatro enfermeiras/coordenadoras; quatro ACS's e quatro gestoras da política de APS. Além de 24 usuárias dos serviços e ações desenvolvidas por equipes de Saúde da Família composta por médicos do PMM. Os perfis destes sujeitos estão descritos nos quadros abaixo.

Quadro 2: Perfil das trabalhadoras e gestoras da APS de SAJ entrevistadas, novembro 2017

Função	Sexo	Idade	Cor/etnia	Formação	Tempo no serviço
Gestão	Fem.	37	Parda	Mestrado Graduação em Enfermagem	9 meses
Gestão	Fem.	28	Parda	Especialização Graduação em Enfermagem	10 meses
Gestão	Fem.	32	Parda	Especialização Graduação em Enfermagem	3 meses
Gestão	Fem.	41	Parda	Especialização Graduação em Enfermagem	2 meses
Coordenação	Fem.	37	Parda	Especialização Graduação em Enfermagem	4 anos
Coordenação	Fem.	28	Branca	Graduação em Enfermagem	1 ano e 11 meses
Coordenação	Fem.	35	Branca	Especialização Graduação em Enfermagem	1 ano
Coordenação	Fem.	28	Branca	Graduação em Enfermagem	2 meses
ACS	Fem.	46	Preta	Ensino médio	9 anos
ACS	Fem.	38	Parda	Ensino médio	19 anos
ACS	Fem.	39	Preta	Ensino médio	19 anos
ACS	Fem.	37	Preta	Graduação em Geografia	15 anos

Fonte: Elaboração própria

As trabalhadoras e gestoras entrevistadas são todas do sexo feminino, com variação de idade ente 28 e 46 anos. Todas coordenadoras da USF são enfermeiras, e atuam também exercendo a enfermagem dentro da EqSF, mas além delas, as gestoras possuem graduação em enfermagem. Das ACS, apenas uma possui ensino superior.

As ACS informaram que começaram o seu trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e que em final de 2005 foram incorporadas as equipes da ESF. Momento, em âmbito nacional em que foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) que colocou a ESF como o modelo prioritário de atenção à saúde para a reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS e incorporou o PACS e o Programa de Saúde da Família (PSF) na equipe da

Estratégia de Saúde da Família. Em âmbito local, a cidade de Santo Antônio de Jesus seguiu esse processo nacional de expansão das EqSF, entre 2004 e 2006 o município aumentou o número de EqSF de 08 para 19 (ALMEIDA, 2015).

O tempo de serviço no cargo que ocupava no momento da pesquisa também é variável entre as entrevistadas. Entre as ACS variam de 09 a 19 anos, já entre as demais, em sua maioria, são entre 02 e 10 meses, o que aponta uma mudança no quadro de funcionários com a gestão municipal iniciada em 2017.

Quando ao vínculo de trabalho, segundo informações do CNES, as coordenadoras/enfermeiras entrevistadas foram contratadas a partir de uma cooperativa (três delas), ou seja, vínculo terceirizado, e uma foi contratada diretamente pela gestão municipal através de contrato por tempo determinado, o que, em ambos casos, apresenta uma precarização do trabalho. As ACS possuem vínculo estatutário, ficando seu trabalho resguardado quanto as mudanças de gestão municipal.

O vínculo de trabalho torna-se substancial quando se fala no trabalho na APS, porquanto o tempo de permanência permite a criação de vínculo, o conhecimento sobre o território e a continuidade no trabalho. Havendo, desse modo, uma relação de causa e efeito entre as demissões/contratações de trabalhadores e o acesso aos serviços de saúde na APS.

As usuárias entrevistadas, são também todas do sexo feminino, apenas um do sexo masculino, com idade variante ente 19 e 65 anos. Como a escolha destes sujeitos, na pesquisa, foi aleatória a quem estava na USF, a representatividade desse *corpus* assemelha-se ao público que estava nas unidades, em sua maioria, constituído de mulheres. Como pode ser analisado no quadro abaixo:

Quadro 3: Perfil das usuárias entrevistadas da ESF de SAJ, novembro 2017

USF	Sexo	Idade	Cor/Etnia	Escolaridade	Origem de renda	Renda Mensal	Tempo de frequência na USF
Turmalina Paraibana	Fem.	19	Negra	Fundamental completo	-----	Não possui	14 anos
Turmalina Paraibana	Fem.	25	Negra	Médio completo	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	14 anos
Turmalina Paraibana	Fem.	49	Negra	Fundamental incompleto	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	14 anos
Turmalina Paraibana	Fem.	29	Amarela	Médio incompleto	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	14 anos
Turmalina Paraibana	Fem.	23	Negra	Médio completo	Trabalho	1 salário mínimo	14 anos

Turmalina Paraibana	Fem.	21	Parda	Médio completo	Trabalho e PBF*	De 1 a 3 salários mínimos	7 anos
Citrino	Fem.	42	Negra	Médio completo	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	5 anos
Citrino	Fem.	25	Negra	Médio incompleto	-----	Não possui	3 meses
Citrino	Fem.	30	Negra	Médio completo	PBF*	De 1 a 3 salários mínimos	8 anos
Citrino	Fem.	29	Parda	Médio completo	BPC**	1 salário mínimo	8 anos
Citrino	Fem.	59	Parda	Fundamental incompleto	-----	Não possui	14 anos
Citrino	Fem.	30	Negra	Superior incompleto	Seguro desemprego	1 salário mínimo	14 anos
Esmeralda	Fem.	43	Negra	Superior completo	Aposentadoria	De 1 a 3 salários mínimos	12 anos
Esmeralda	Fem.	65	Parda	Fundamental incompleto	Aposentadoria	1 salário mínimo	5 anos
Esmeralda	Fem.	35	-----	Fundamental completo	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	1 ano
Esmeralda	Fem.	25	Branca	Fundamental completo	-----	1 salário mínimo	1 ano e meio
Esmeralda	Fem.	38	Parda	Superior completo	Trabalho	1 salário mínimo	10 anos
Esmeralda	Mas.	40	Negro	Fundamental incompleto	-----	Não possui	1 ano e meio
Ametista	Fem.	33	Parda	Médio incompleto	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	4 anos
Ametista	Fem.	36	Parda	Fundamental incompleto	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	12 anos
Ametista	Fem.	46	Parda	Fundamental incompleto	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	12 anos
Ametista	Fem.	65	Branca	Alfabetizada	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	12 anos
Ametista	Fem.	45	Negra	Superior completo	BPC**	1 salário mínimo	12 anos
Ametista	Fem.	46	Branca	Fundamental completo	PBF*	Menor que 1 salário mínimo	12 anos

*PBF: Programa Bolsa Família

**BPC: Benefício de Prestação Continuada

Fonte: Elaboração própria

As mulheres entrevistadas aguardavam atendimento para elas mesmas ou para seus filhos (as), maridos e pais idosos aos quais levavam/acompanhavam. Levar os filhos menores de 07 anos para acompanhamento da USF – que é uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) – também foi um dos fatores que levaram estas mulheres a estarem na USF no dia da entrevista. O que, em geral, sobrecarrega o trabalho dessas mulheres, que sofrem a exigência de ocuparem múltiplos papéis.

O lugar da mulher enquanto de cuidado e responsável pelo zelo da saúde familiar faz parte dos preceitos construídos dentro da sociedade patriarcal e machista. Em estudo realizado por Costa (2011) a respeito das representações sobre esterilidade, é revelado que para a mulher a maternidade é concebida como a

realização de um sonho desde sempre existente no passado feminino, enquanto que, para o homem faz parte de um plano de futuro e passível de transformações. Ficando fulgente como a mulher carrega a responsabilidade natural sobre a geração e o cuidado da prole.

Quanto ao aspecto cor/etnia, 11 delas se autodeclararam negras e oito pardas, ou seja, 19 das 24 entrevistadas se autodeclararam negras ou pardas. Quanto ao quesito renda, a fonte majoritária declarada pelas entrevistadas foi a proveniente do PBF. Algumas das usuárias afirmaram que sem PBF não saberiam como prover a sua sobrevivência e de sua família. No mesmo sentido, estudiosos do PBF apontam que “o Bolsa Família possui um significado real para os beneficiários, uma vez que para muitas famílias pobres do Brasil, esse Programa é a única possibilidade de obtenção de uma renda” (ZIMMERMAN, 2006, p. 146).

Referente ao quesito educação formal, 06 concluíram o ensino médio e 04 acessaram ao ensino superior, mas, a maioria das entrevistadas não concluíram o ensino médio. Quando são associadas as informações de gênero, educação, raça e renda chega-se a consideração de que trata-se de sujeitos em situação de desigualdades sociais. Sendo que essas desigualdades incidem diretamente nas necessidades em saúde sentidas por essa população. A criação de políticas de saúde que efetivem o direito ao acesso universal à saúde tendem a diminuir uma das desigualdades que seria a de saúde.

A maioria das usuárias entrevistadas frequentam as USF há pelo menos cinco anos, ou seja, um ano antes da implantação do PMM; 13 delas, desde a inauguração das respectivas unidades. Um aspecto importante que contribuiu para o alcance dos objetivos da pesquisa.

3.3 O Acesso aos Serviços de Saúde após o PMM a partir das vozes de sujeitos sociais, em Santo Antônio de Jesus

Para Giovanella e Fleury (1996) e Cohn *et al* (2015) o acesso é uma categoria central para compreender como o direito à saúde se expressa na inter-relação entre os usuários e os serviços de saúde, ou seja, mesmo com as conquistas institucionais é preciso compreender a sua realização para os setores populares. Neste sentido que

foi feita a análise abaixo, identificando a partir das falas, principalmente das usuárias, as características dos serviços que podem facilitar ou dificultar seu acesso.

Para tanto, a análise foi dividida em dois tópicos gerais criados a partir das falas dessas usuárias, o primeiro é “O acesso aos serviços médicos ou a uma cesta de serviços? A relação entre usuários e o acesso aos serviços de saúde após o PMM” e o segundo “Para além do médico: Equidade e Integralidade no Acesso aos Serviços de Saúde.

3.3.1 O acesso aos serviços médicos ou a uma cesta de serviços? A relação entre usuários e o acesso aos serviços de saúde após o PMM

Como a discussão de necessidades em saúde de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) propõe, para que haja a busca pelo acesso aos serviços de saúde, primeiro é necessária a identificação do carência pelo possível usuário. Igualmente, uma das primeiras perguntas feita as usuárias entrevistadas foi o motivo que as levou a USF naquele dia. As respostas foram variadas, quatro delas estavam grávidas, sendo o motivo principal, o acompanhamento pré-natal – este é feito em conjunto do (a) médico (a) com a enfermeira, marcando retornos alternativos entre os dois profissionais –, outras quatro mulheres foram se consultar com a enfermeira para o acompanhamento familiar, que em sua maioria é a orientação e a entrega ou injeção de contraceptivos à gravidez.

Aquelas que estavam à espera do contato com o médico²⁴, fizeram afirmações de demandas a serem atendidas por este último, como encaminhamento para consulta com oftalmologista, encaminhamento para especialistas, solicitação de *check-up* e algumas para acompanhamento da hipertensão e/ou diabetes.

Quando questionadas sobre os serviços que mais procuravam na USF, em sua maioria, as usuárias fizeram a associação à figura do médico e da enfermeira. Ao primeiro, é reforçada a imagem de um profissional que tem o poder de encaminhamento à especialista, que pode solicitar exame (*check-up*) e a posteriori fazer essa avaliação,

²⁴ É importante ressaltar que em alguns dias de entrevistas o médico não estava em atuação na USF, era seu dia de educação continuada, nesses casos, em algumas USF eram dias de marcação de atendimento para esse profissional.

[...] sobre saúde mesmo dos meus filhos que eu quero fazer *check-up* geral, porque tem mais de ano que eu não fiz exame nenhum e minha filha que tem 12 anos está queixando muito de dores no pé da barriga e eu quero saber se é pré-menstrual, que já tá para vim ou não, ou se é algum problema, entendeu? Aí eu venho no médico para passar exame para ver se eu consigo fazer pra ver o que é (USUÁRIA 21).

A usuária identifica uma demanda de atenção à saúde apresentada por sua filha e vai à procura do médico para que possa ser atendida. A figura do médico é associada a solicitação de exame para identificação do diagnóstico, reafirmando o seu poder de determinar a saúde e a doença, mas um poder agora que está vinculado ao uso de tecnologias para diagnóstico. Esses aspectos não podem passar despercebidos na análise dos resultados, dimensionam os sentidos empregados pelas usuárias e suas expectativas sobre o acesso aos serviços médicos.

Ainda no sentido de apreender sobre como estas usuárias identificam seu carecimento, foi inquirido se existia uma frequência de ida até a USF. Como em sua maioria o *corpus* da pesquisa é constituído de mulheres, a determinação regular de meses para ir até a USF é mais vinculada as questões de gravidez e planejamento familiar – orientações e aquisição de contraceptivos à gravidez que é frequentemente realizado com a enfermagem.

No que diz respeito ao contato com o médico existe uma maior associação com a solicitação de exames, e de *check-up*, sendo a ida de uma a duas vezes ao ano. Na fala dessa usuária fica clara a expectativa sobre os serviços da ESF: “é difícil vim aqui, só venho mesmo para coisa de exame, pesar menino, venho aqui mais para pesar e enfermeira, e meu remédio que eu pego aí todo mês tenho que vim por causa da medicação” (usuária 20).

Essa estratégia de acesso aos serviços de saúde criada pelas usuárias a partir da sua realidade e da vinculação com as condições imediatas de disponibilidade de serviços, são exemplos do que Cohn (2015) classificou como “cesta básica”

Mesmo nas situações em que exigem maior complexidade no atendimento, esses segmentos sociais montam uma “cesta básica” de serviços norteados pela percepção e pelo conhecimento por eles adquiridos. É essa “cesta básica” que configura o “grau de ajuste” da população, que conhecendo o rodízio de obstáculos interpostos entre as suas necessidades e a disponibilidade problemática dos recursos dados, formula modos próprios de acessibilidade a partir da sua capacidade de enfrentamento das carências que perpassam o seu cotidiano (COHN, 2015, p. 110).

Diante dos obstáculos interpostos cada usuária cria as suas próprias maneiras de interpô-los para acessar ao serviço. Durante a pesquisa de campo, a exemplo, na sala de espera da USF Esmeralda, chegaram duas mulheres solicitando marcação para consulta médica, cada uma em um momento distinto. A primeira ao ouvir a justificativa de que haviam acabado as fichas de marcação do turno da manhã e que seria necessário retornar à USF no turno vespertino, não se contentou, em alto tom de voz argumentou que tinha uma filha ainda bebê em casa e que sua avó, uma idosa, que tinha ficado com a criança e que não havia possibilidade de retornar novamente para a marcação. Diante de tal situação da dinâmica organizacional da unidade que impossibilitava o acesso, a recepcionista pediu que a mesma se acalmasse, pois “com calma tudo se dá jeito”, e a usuária saiu de lá com a consulta médica agendada. A segunda usuária, entretanto, não logrou o mesmo resultado, chegou pouco tempo depois e ao ouvir a mesma justificativa, contentou-se a ter que retornar em um outro momento. Assim, as duas tinham o mesmo objetivo, depararam-se com os mesmos obstáculos, mas as estratégias de ajuste tomadas fizeram com que uma acessasse ao serviço e a outra não.

Mas, além das usuárias que buscavam acesso para suas demandas pré-elaboradas e com estratégias de acesso pré-estabelecidas, também tiveram entrevistadas que chegaram até a USF sem mais perspectivas para atender as suas necessidades. Na situação o médico é visto como aquele que tem o poder de restaurar a sua saúde,

[...] vim trazer a menina para vacinar e a procura do médico para ver o que ele pode fazer por mim, porque eu estou com problema muito grave que é dor nas pernas, dor no pescoço, a pressão está alta, então, geralmente mesmo eu estou precisando de eu ser atendida [...] porque já andei muito, a gente anda muito, já corri muito, corri muito atrás, mas até agora nada foi favorável, então chegou o momento em que eu estou precisando de ajuda mesmo (USUÁRIA 24).

A usuária faz um relato de sua peregrinação para alcançar o acesso a um diagnóstico da sua situação de saúde, já que identificou que estava com algum tipo de enfermidade, restando uma última esperança no médico que chegou há pouco tempo na USF. A ACS de seu território que lhe vendo na USF conseguiu que ela fosse atendida pelo médico sem ter marcado uma consulta antecipadamente. Deste modo, o seu acesso se deu pela identificação de sua demanda pela profissional que acompanha a sua família.

Quanto a estes elementos da dinâmica organizacional das USF's, como já foi descrito acima, cada USF possui sua própria maneira de organizar os serviços de saúde, seja o modo de marcação, acolhimento, demandas programadas e dia de estudo do profissional médico. Assim, foi perguntado as usuárias se elas teriam facilidade ou dificuldade para acesso ao profissional médico, um aspecto que tem intrínseca relação com o a presença deste profissional na USF, o tempo de permanência e a quantidade de dias trabalhados.

As usuárias, em sua maioria, relataram que têm que chegar bem antes da USF abrir, pois a formação das filas começa cedo para pegar ficha para consulta médica. Na USF Turmalina Paraibana – que funciona segundo um protocolo de acolhimento por classificação de risco, não faz marcação de consulta médica antecipada, mas estabelece uma quantidade de fichas para atendimento por turno e essas são acessadas pela ordem de chegada – foi entrevistada duas usuárias às 10 horas da manhã que aguardavam as fichas do turno vespertino que seriam distribuídas às 13 horas. Assim, a Usuária 02 relata que “[...] hoje estou aqui 10 horas da manhã para marcar consulta uma hora, porque se a gente não vim cedo a gente não consegue, tem que vim cedo, mas mesmo assim eu não reclamo não, porque estava tempos difícil, que nem tinha [médico]”.

Mesmo tendo que chegar cedo na USF, esse não seria o maior problema segundo as usuárias, pois temem por necessitar acessar o serviço e não ter médico na USF. O tempo difícil ao qual a Usuária 02 se refere foram os últimos dois meses de 2016 e os quatro primeiros meses de 2017 em que a USF ficou sem esse profissional, nesse período teve apenas uma médica durante um mês, mas que, segundo a Coordenadora/enfermeira 01 e as usuárias, não tinha perfil de USF.

Assim, a Usuária 02 complementa que “antes da cubana tinha um tempinho já que não tinha médico, aí veio a cubana, depois veio outra, uma senhorinha aí, uma abençoada [uma amiga que estava ao lado falou “a cavala”], É... aquela! (risos) depois veio ele”. No mesmo sentido a Coordenadora/enfermeira 01 identificou diferença no atendimento entre esta médica e os profissionais do PMM.

Depois que a cubana saiu, minha médica do Mais Médicos, já passou outra médica. Então, assim, a gente avalia a diferença, porque a minha médica, a outra do Mais Médicos era também bem comprometida nas consultas com a população, na avaliação, no diagnóstico e a outra médica que passou já teve uma diferença, a população sente, a comunidade sentia e a gente como equipe também sentia, que era uma médica que trabalha em emergência,

então você vê que ela tinha perfil mais de hospital, não tinha aquele perfil de unidade de saúde e o doutor que está aqui agora ele tem esse perfil.

Além das formas de ajustes para acessar aos serviços de saúde, uma das faces do acesso apontada pelas usuárias e pela coordenadora é a do acolhimento e do cuidado que é dispensado pelo profissional de medicina ao usuário no momento de atendimento, ou seja, a relação médico-paciente. Para a Usuária 12 o acesso está melhor após o médico do PMM na USF,

[...] antes de Dr. XXX [médico do PMM] chegar, era um pouco complicado, aí a gente tinha que dormir, as vezes era senhas reduzidas, chegava aqui não achava mais ficha. Teve uma vez que eu vim mesmo, excedeu, foi logo recente, mesmo com a demanda tinha a flexibilidade de encaixar e aí foi alguns dos recursos de alguns meses que ajudaram a gente a ter o acesso a médico melhor, até então não tenho mais do que reclamar não (USUÁRIA 12).

A usuária chama a atenção sobre um determinado aspecto que é a demanda reprimida, momento em que não conseguia acesso ao serviço médico, pois não tinha mais capacidade de atendimento. Mesmo tendo chegado o profissional, teve uma procura acima da capacidade de atendimentos diários, já que muitas pessoas aguardavam há muito tempo, existia uma demanda reprimida. Uma estratégia adotada foi flexibilizar a quantidade pré-estabelecida e assim conseguir atender à necessidade de acesso aos serviços até se chegar a uma normalidade de demandas de acordo com as fichas estabelecidas.

Para as mulheres grávidas e pessoas com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, o acesso é facilitado pelo estabelecimento de turnos de atendimentos e agendamento do retorno no próprio dia do último atendimento.

Segundo as trabalhadoras, além das necessidades concretas de acesso aos serviços de saúde, um outro fator que leva a população a procurar por consulta com o médico seria a sua imersão e o “costume” de acesso a partir do modelo de atenção à saúde medicamentoso.

[...] a gente sabe que a população está acostumada com a [atenção] curativa. Aqui mesmo, os médicos, principalmente do Mais Médicos, eles querem atender bem, então, é um atendimento um pouco demorado e as pessoas não estão acostumadas com isso, ficam na porta o tempo todo ‘esse médico demora, esse médico demora’, eles não estão acostumados com isso, eles estão acostumados com o quê? muitas vezes o médico nem olha na sua cara e está ali passando remédio, e esses médicos [do PMM] não! Eles demoram

mesmo na consulta. Mas, depois eles [as usuárias] tanto gostam que estão todo o dia querendo ter consulta com o médico (ACS 04).

A ACS 04 revela em um primeiro momento a dificuldade em provocar mudanças na concepção das pessoas sobre o acesso aos serviços médicos, já que, segundo a sua concepção, os usuários estariam acostumados com um atendimento aligeirado. E em um segundo momento, aponta que a atuação dos médicos do PMM estava provocando mudanças na concepção das usuárias sobre o que seria o trabalho médico dentro da USF. Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), a presença do médico nas equipes de saúde, quando desenvolve uma boa relação interpessoal com as usuárias logo é passado pela comunicação na própria comunidade e atrai mais pessoas à unidade, um processo em que a oferta também cria a demanda.

Essas mulheres historicamente excluídas do acesso a diversas políticas sociais como educação, trabalho, moradia e saúde etc. a partir do PMM conseguiram um acesso à saúde com um maior vínculo e cuidado, voltada as suas necessidades. Apesar de condicionadas historicamente a um atendimento aligeirado e superficial, as usuárias afirmaram sentir-se mais seguras com a avaliação médica do PMM, por ter maior espaço para tirar dúvidas e mais tempo na sala de atendimento. Aproximando-se, assim, de um cuidado mais humano que diminui diferenças de tratamento dados as diferentes classes sociais (DONNAGELO; PEREIRA, 1976) e passando a ter acesso a uma assistência médica que lhes gera mais segurança (COHN *et al*, 2015).

Um outro aspecto levado em consideração no momento das entrevistas com as usuárias diz respeito a localização da USF. Esse é um elemento essencial a ser analisado, pois, a divisão da população através de territórios adscritos é uma das principais características da ESF. Os elementos trazidos por essas mulheres envolveram discussões em âmbito geográfico, mas também financeiro. Elas afirmaram que vão andando até as USF graças a proximidade com as suas residências, o que não lhes gera custos com deslocamento.

Quanto a visita domiciliar – aspecto que pode facilitar o acesso as pessoas que não conseguem se deslocar até a USF – as usuárias entrevistadas, em sua maioria, afirmaram nunca ter recebido visita do médico ou da enfermeira, demonstraram entendimento de que precisa ter alguma necessidade, como estar acamada e/ou com dificuldade de locomoção, a exemplo, para o recebimento de tal visita. Nesse quesito de visita, foi apontado pelas coordenadoras/enfermeiras a dificuldade de realização em localidades distantes da USF pela falta de disponibilização de carro pela

Secretaria de Saúde. Aspecto que configura-se como uma barreira organizacional do acesso.

As usuárias afirmaram receber visitas das ACS apresentando esses profissionais como facilitadores do vínculo da USF com as suas residências. O ACS foi o profissional mais citado pelas usuárias dentre os trabalhadores da USF que tinham maior vínculo. Dentre as profissionais entrevistadas, as ACS são as únicas que têm vínculo trabalhista estável e com mais anos de atuação, o que mostra a importância da permanência na equipe para criação de vínculo entre profissionais e comunidade.

Em estudo sobre a acessibilidade aos serviços de saúde na saúde da família no município de Pedreira-SP, Lore (2004) chegou a consideração de que o ACS “é uma porta de entrada “extramuros” do serviço, facilitando o acesso da população” (LORE, 2004, p. 83), graças ao vínculo e ao acolhimento que esse profissional cria com a população.

A proximidade da USF e divisão por território também facilita o acesso pela demanda ser menor do que em espaços como hospitais. Quando questionadas sobre o principal local de procura após a identificação de carência, a maioria afirmou ser a USF, mas se caso não conseguisse, por não ter médico, ser noite ou final de semana, iriam até o hospital. Descreveram o acesso a esse último como mais difícil por ter mais demanda, ao mesmo tempo em que é mais especializado e com acesso a maiores tecnologias pesadas, como exames.

Algumas dessas usuárias mostram conhecimento sobre a USF como porta de entrada da rede de serviços, que para acessar a atenção secundária e terciária é necessário ser encaminhado pela EqSF. A Usuária 02 relatou “[...] é, tem que passar por aqui primeiro. Porque mesmo se for para ir para lá [no hospital], se for de dia, tem que passar por aqui, tem que ir com encaminhamento, porque se não chega lá... e a demora? meu Deus!”.

Em pesquisa sobre a coordenação do cuidado em SAJ, Almeida (2015) chegou a consideração de que para 33% dos usuários os hospitais eram a primeira porta de entrada de serviços de saúde, esse número aumentava no final de semana para 83% das famílias. Para a autora, um aspecto que facilita essa outra porta de entrada seria a desarticulação do serviço ambulatorial hospitalar (organizado por demanda espontânea) do Hospital Regional do município com as demais unidades da rede.

A Direção Clínica do Hospital Regional de SAJ, entrevistada por Almeida (2015), acredita que a cultura hospitalocêntrica ainda é muito forte na população, que a partir da análise da “demanda espontânea que chega ao hospital percebe que muitos usuários passam pela USF ou, às vezes, nem procuram alegando não haver médicos, nem materiais, seguindo diretamente para o hospital, por considerarem que “só o hospital cura, só o hospital resolve”” (ALMEIDA, 2015, p. 182).

Uma das questões levantados na entrevista para a presente dissertação foi a seguinte: como é a USF sem médico? As respostas das usuárias relacionaram as dificuldades com deslocamento, custo e continuidade no atendimento, pois teriam que se deslocar para procurar atendimento no hospital

Ave Maria... vira uma zona! Porque a gente se precisar, cair doente, a criança cair doente a gente tem que ir lá para o Regional [Hospital gerenciado pelo estado da Bahia] para ser atendido e é muito longe, as vezes a gente nem tem dinheiro para levar as crianças, a gente tem que ir a pé, aí é mais difícil, é muito longe! Daqui no Hospital Regional lá perto da rodoviária fica difícil (USUÁRIA 24 – grifos nossos).

Das usuárias entrevistadas, apenas uma afirmou preferir ir procurar atendimento primeiro no hospital, as demais percebem o espaço do ambulatório hospitalar como de maior dificuldade de acesso aos serviços médicos em relação à USF com médico. A fala da Usuária 02 corrobora nesse sentido, [sem médico na USF] “é difícil porque a gente tem que ir para o Regional, aí chega lá no Regional é uma pirraça ‘pode voltar para a unidade do seu posto’ ou se não ‘traga o encaminhamento’, eles dizem assim, é difícil de mais!”.

Assim, mesmo com as dificuldades que elas relatam existir na USF, este é um local de maior acolhimento em relação ao hospital. A presença do médico na USF seria um dos fatores que diminui a ida da população ao hospital para procurar por serviços que são oferecidos na USF, e a presença permanente desse profissional é importante não só por essa oferta de serviços, mas para a criação de vínculo e a atenção dispensada à população que – como suas falas trazem – já vem de um processo de descuidado e desatenção, mas que encontra maior vínculo na USF, com aqueles profissionais mais antigos.

Porquanto, quando questionadas como seria o bairro sem a USF, as usuárias afirmaram no mesmo sentido da resposta anterior: “ia ser ruim, né? Porque a gente não tem condições financeiras para médico em clínica particular aí o posto ajuda

muito, porque tinha que comprar remédio, e aqui não, a gente já pega na unidade” (USUÁRIA 08) e também seria “mais complicado, porque no Regional é mais difícil de marcar consulta, tem que ir cedo para conseguir, quando consegue, aí demora mais, é mais complicado” (USUÁRIA 09).

Deste modo, mesmo compreendendo o papel do médico na USF como clínico, as pessoas têm a concepção de que o acesso ao médico na USF é mais fácil, a proximidade geográfica é um importante fator, bem como a questão financeira de deslocamento e compra de remédios. Além disso, a Usuária 12 reconhece que o processo econômico em que o Brasil está passando é adoeedor e diante do desemprego, as pessoas tendem cada vez mais a procurar serviços no SUS, o que aumenta a concorrência por vagas no hospital,

olha, diante da situação econômica que o Brasil está enfrentando, diante também da falta de recursos seria difícil porque a gente poderia estar indo para o Regional [hospital do estado da Bahia] só que, assim, lá tem diversidade de médicos, só que a tendência é ter uma procura maior e aí a dificuldade até para a gente conseguir o acesso a esse médico ia ser maior também e estando no posto a gente sabe que é semanalmente (USUÁRIA 12).

Compreendem ainda a capacidade resolutiva que um médico na equipe de saúde da família consegue alcançar, mesmo sendo apenas uma equipe para uma população adscrita acima do limite recomendado pela PNAB 2012. O que mostra que, mesmo com todas as dificuldades impostas ao desenvolvimento do trabalho das EqSF, essas são reconhecidas dentro de suas comunidades como essenciais ao acesso aos serviços de saúde pela população.

Dentro da EqSF, o médico, graças as especificidades do seu trabalho, ganha relevo, e o acesso a seus serviços, são, do mesmo modo, essenciais. Mas quanto aos médicos do PMM, mesmo com as polêmicas que envolveram o Programa, às usuárias não importa necessariamente a sua origem, mas que haja um profissional que possa lhe prestar atenção.

Quando perguntado se as usuárias sabiam que o médico que estava na USF era do PMM, algumas delas associaram aos médicos cubanos do primeiro ciclo do PMM em SAJ. E não sabiam que os médicos brasileiros que estavam atuando também fazem parte do Programa. Assim, a polêmica que envolveu o Programa midiaticamente pouco chegou até as usuárias que estão na ponta recebendo os

serviços, para as quais interessa existência do médico na unidade, o cuidado empregado, a tenção dispensada e a necessidade satisfeita.

A opinião quando a atuação desses foi positiva, tanto a dos cubanos quanto a dos brasileiros. Apenas três usuárias relataram dificuldade em entender o que as médicas cubanas falavam, mas, ao mesmo tempo, essa dificuldade teria sido superada com a ajuda das outras trabalhadoras da USF e também a dedicação que as cubanas empregavam em seu trabalho. A Usuária 21 afirmou que

gostei muito dela também. Ela foi boa médica! O pessoal não entendia a língua dela aqui, mas as meninas aqui informava tudo que ela falava. Eu não tenho do que reclamar daquela médica não, para mim foi boa médica [...] era meio mundo de gente para ela, ela atendia todo mundo, todo mundo ela atendia, enquanto ela tinha tempo ela estava atendendo.

As Usuárias 22 e 23 ainda relataram sobre o vínculo construído para além das paredes da USF. “Eu já gostava daquela médica, ela ia lá pra casa, sentava no sofá e danava de comer amendoim, eu já gostava dela” (USUÁRIA 22). “Criou um vínculo, a gente tinha Facebook, a gente se falava pelo face, continua ainda se falando pelo face” (USUÁRIA 23).

Apesar das quatro USF investigadas não terem mais profissionais intercambistas, não teria como invisibilizar a fala dessas mulheres que construíram relações com as médicas cubanas. No momento da pesquisa, entretanto, haviam duas médicas intercambistas no município, a Gestora 01 ressaltou essa questão do vínculo que as cubanas criam e da necessidade de maior atenção, por chegarem em um país desconhecido: “elas são muito preocupadas, tudo pergunta, então a gente acaba tendo uma relação de maior proximidade justamente porque elas não estão no país delas, vêm só, então isso já dificulta”. A preocupação em conhecer o território, em elaborar estratégias de cuidado, prevenção e promoção da saúde perpassa a formação acadêmica que os médicos cubanos têm.

Para a gestão municipal, a existência do PMM do ponto de vista de viabilização do médico dentro das equipes é de suma importância, por ter uma certa segurança quanto a permanência/fixação desses profissionais por um período de tempo e o vínculo criado com a comunidade, por isso, justificou a Gestora 01, o interesse em resolver o problema da inadimplência com o PMM.

A opinião sobre os médicos brasileiros também foi positiva, as usuárias fizeram afirmações como:

eu gostei do atendimento dele, muito bom o atendimento dele, apesar de ser novo, mas isso não importa, né? O que importa, né? É educado, trata bem, ele faz perguntas que muitos não faz, examina, gostei (USUÁRIA 04).

[...] o atendimento era melhor, ele conversava mais, tinha um cuidado a mais com a gente. Porque tem médico que a gente chega, pergunta, responde, e acabou, não fala mais nada, e ele não, ele conversava, acompanhou a minha segunda gravidez, foi ótimo (USUÁRIA 09).

Dr. XXX já tinha mais de dois anos, eu não sei não, mas já tinha um bom tempo, todo mundo já estava acostumado com ele. O povo também aqui das visitas que ele ia nas casas, só se via alguém dizer 'ô meu Deus Dr. XXX tão bonzinho e foi embora, Dr. XXX tão bonzinho e foi embora' (USUÁRIA 11).

eu vejo muito falar que ele é bom, hoje é a minha primeira consulta com ele, mas o pessoal tem falado muito que ele é muito bom, que ele é muito dedicado (USUÁRIA 23).

Assim como a experiência da USF Turmalina Paraibana que teve uma médica por um mês que não era do PMM e a população e equipe perceberam a diferença no atendimento. Na USF Citrino que tinha acabado de sair o médico do PMM por descumprimento de condicionalidade, foi sentida a falta do profissional por causa da relação que estava estabelecida entre o médico e os usuários, como pode ser observada nas falas acima das Usuárias 09 e 11.

Na sala de espera da USF Citrino, uma senhora, após ser atendida pelo médico que estava substituindo o médico do PMM falou: “parece que o médico está com pressa hoje”, remetendo a característica do atendimento aligeirado que segundo as usuárias entrevistadas tinha sido superada pelo atendimento dos médicos do PMM.

Na fala da Coordenadora/enfermeira 02 esse aspecto fica claro, quando essa afirma que com a mudança de médicos teve alteração na organização da visita domiciliar e na quantidade de atendimentos médico, por causa do perfil do médico

esse médico está a pouco tempo então não deu para a gente ver, mas é diferente, já deu para ver que tem algumas coisas que são bem diferente, com relação a visita domiciliar o médico do PMM não tinha problema, já ele cria uma certa rejeição, mas aí vai de médico para médico. A quantidade de paciente já diminuiu a dele

A ACS 2 no dia da entrevista também afirmou, no mesmo sentido, que nenhuma visita tinha sido feita e o quanto a presença de um médico durante todo o dia na USF faz falta, pois “houve melhoras porque o médico estava sempre na unidade, então a

gente já tinha o contato direto com ele de falar os acontecimentos, ele já conhece a população, por estar um tempo já na unidade ele conhece a população”.

Ao mesmo tempo em que sentem a falta do profissional, as usuárias reconhecem que seria pior se não tivesse um novo médico na USF, fator que tem ligação com a falta histórica a qual sofrem essas cidadãs, assim preferem que tenha um médico com um perfil medicamentoso do que não tenha nenhum. Deste modo, a Usuária 11 complementa que “Ele [médico do PMM] é bom que a gente já se acostumou com ele, gostava dele, mas se não deu, não deu, né? Paciência”. Há um desgaste destes sujeitos na busca à sobrevivência, estão impregnados pela cultura medicamentosa, motivo pelo qual vão a USF buscar por uma cesta de serviços e têm certa conformação com a falta ou mudança de médicos, sendo “pior é ficar sem médico”.

Assim, quando essas usuárias chegam até a USF com uma cesta de serviços montada tem relação aos fatores discutidos até aqui: a ausência do cuidado, a quebra do vínculo com os profissionais de saúde, ao vazio assistencial, ao tecnicismo médico que lhes toliu e que a sociedade do consumo todos os dias prega. Todos esses aspectos são elementos que dificultam o acesso aos serviços de saúde, uma representação que a população construiu sobre o acesso diante das desigualdades sociais que estão submetidas e que no processo de interpor as barreiras de acesso aos serviços, tentam acessar a cura para o adoecimento.

A pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Débora Castiglione, em entrevista ao sítio da ENSP – sobre a análise qualitativa do projeto Diagnóstico de Saúde em Rio das Pedras, fruto de uma parceria entre a Columbia University, nos EUA, e a Fiocruz – apresentou que para a população do Rio das Pedras o acesso à rede pública de saúde é dificultado pela incapacidade dos profissionais de saúde de lidar de forma compassiva com a população que é de baixa renda.

Dessa forma, para Castiglione “é preciso repensar a forma como se vê o SUS e pensar como as políticas desenvolvidas no país, como o contexto político do Brasil nos últimos anos, tem impactado as relações interpessoais nos serviços de saúde”. O que traz um elemento que foi colocado pelas usuárias na relação direta com o médico que são as relações interpessoais construídas entre os profissionais e as cidadãs.

As vozes das usuárias da presente pesquisa permitem indicar que o acesso aos serviços de saúde após o PMM pode ser considerado de maior cuidado à saúde,

ao ser humano, de escuta, de diálogo, de maior confiança na relação médico usuária e de um atendimento do profissional médico mais humanizado. Na fala da Usuária 13 essa questão fica bem explícita “então, quando o médico atende muito bem a gente tem o gosto e o prazer de voltar, mesmo sentindo, né? A gente não imagina voltar”. Assim como Nations e Gomes (2007) apontaram, as usuárias o que mais importa é o cuidado humano, aquele prestado ao paciente e não só a sua doença.

A pesquisa ainda demonstra a importância da permanência de um médico por um longo período para a realização do trabalho na EqSF, ao ponto em que as cidadãs possam criar vínculos e terem a certeza do acesso, não vivenciando a insegurança da saída de um profissional, como revelam estar acostumadas. Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), a APS é caracterizada como um espaço que “possibilita desenvolver novas modalidades de relações que permitam humanizar a relação instituição-população usuária, por sua própria organização como serviço”.

Pode-se indicar também que a sensibilidade diagnóstica apontada por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) como um dos aspectos essenciais à atuação do médico na USF, é corroborada quando se tem um profissional que se preocupa com aspectos que vão além da descrição da doença, mas com aspectos sociais e familiares do indivíduo.

Assim, é possível considerar que houve um maior acesso aos serviços de saúde em Santo Antônio de Jesus após o Programa Mais Médicos, primeiro pela fixação de profissionais por um período determinado, depois pelo trabalho em equipe de saúde da família que permitia conhecer a população e principalmente pela relação interpessoal médico/usuária e médico/EqSF, com médicos comprometidos com o cuidado humanizado aos usuários. Resultado semelhante aos estudos já citados da OPAS (2016) no Maranhão e no Rio Grande do Norte.

Mas, pelos pontos levantados até aqui é explícita a necessidade de projetos que pautem a fixação permanente dos médicos a partir de vínculos de trabalho estáveis. Além do reconhecimento da necessidade do médico na USF essas usuárias identificaram outras demandas que extrapolam as competências desses profissionais, mas que dificultam o acesso aos serviços de saúde na USF e a continuidade da atenção à saúde. São sobre esses aspectos que trata o próximo tópico, que não tem a pretensão de superar o debate, mas de abrir caminhos para novas pesquisas.

3.3.2 Para além do médico: Equidade e Integralidade no Acesso aos Serviços de Saúde

Apesar de ir a campo com objetivos pré-estabelecidos, as dinâmicas da realidade em interação com os sujeitos sociais desdobraram aspectos que não podem fugir dos resultados deste trabalho, não objetivando esgotar a discussão, mas abrir espaço para novas pesquisas.

No cotidiano com os serviços de saúde, as usuárias além de reconhecerem a necessidade do médico na USF relatam a dificuldade de acesso a serviços odontológicos, de acesso a exames, a médicos especialistas e remédios. Segundo as usuárias, os maiores gastos feitos em relação à saúde estariam ligados a esses elementos.

[...] mais sobre a questão mesmo de marcar exames, porque a pessoa tem que dormir, aí é mais difícil se quiser conseguir (USUÁRIA 04).

Só com ultrassom, só. Mas os remédios, pego tudo aqui, só o ultrassom (USUÁRIA 08).

[...] nem tanto porque geralmente passa remédio e a gente tem que comprar. Aí dá requisição para a gente marcar na Central – ultrassom, essas coisas – para a pessoa conseguir leva mais de seis meses, né? Aí a pessoa cansa tem que pagar quando o problema está mais sério (USUÁRIA 13).

[...] em parte sim, em outras não, veja porquê... O problema, se eu me deslocar daqui para o Regional tenho que pagar transporte, aqui eu não pago porque é pertinho. Mas em medicamento não é essas maravilhas, porque muitas vezes não tem e a gente tem que comprar (USUÁRIA 14).

Esse posto aqui serve bastante, mas o prefeito poderia colocar mais médicos aqui porque tem capacidade, tem capacidade de ter pediatra bom e médico bom aqui. Eu não estou desfazendo de ninguém pois todos eles é bom, mas colocar mais um médico, por que só um só para o dia todo é muita gente. É igual pediatra mesmo, as pessoas se mata para ir para hospital, a gente tem que dormir em hospital pra ainda conseguir uma vaga e aqui tendo pediatra não é melhor? Já ajuda a comunidade, é o que mais necessita aqui e não tem (USUÁRIA 21).

As falas das usuárias convergem para a necessidade da continuidade do acesso aos serviços de saúde após o contato com o médico, reivindicam, assim, pela integralidade da atenção. A integralidade definida tanto como acesso aos níveis de saúde do SUS (em rede) quanto enquanto ao atendimento das necessidades de saúde das cidadãs.

Na visão das mesmas, na USF ainda deveria ter alguns tipos de especialidades médicas. A dificuldade de conseguir o acesso aos serviços de atenção secundária, leva as usuárias a ponderarem como melhor solução do problema a ampliação do “cardápio” de serviços oferecido pela EqSF. Assim, a falta de integralidade na rede de serviços dificulta com a estruturação da saúde da família enquanto um novo modelo de atenção à saúde.

Essa dificuldade de acesso à atenção especializada já tinha sido identificada no estudo de Almeida (2015), este apontou que de 100% de pessoas que necessitavam de exames diagnósticos solicitados pela EqSF, 41% não conseguiu acessar. “A integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial e a garantia do acesso à atenção especializada com o estabelecimento de sistema de referência e contra referência são fatores decisivos para o exercício pelas equipes de atenção primária para a coordenação dos cuidados” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, 534).

A Coordenadora/enfermeira 01 expõe essas dificuldades referentes a integralidade da atenção à saúde, citando as poucas vagas para especialistas que são ofertadas “ortopedista são quatro vagas, oftalmo quatro vagas, imagine isso para cinco mil habitantes!”. Além disso quando consegue a marcação, muitas vezes o usuário não é informado a tempo por falta de um meio de comunicação, como o telefone, assim a mesma continua “não tem telefone para ligar para a população para confirmar a data da consulta com especialista, quando precisa liga do telefone particular” (COORDENADORA/ ENFERMEIRA 01).

Nesse sentido Gestora 01 reconhece que muitas dificuldades que envolvem o acesso estão ligadas a problemas de gestão,

acesso a exames laboratoriais, acesso a consultas especializadas, esse diálogo com a central de marcação, a questão dos malotes, porquê as vezes marca-se exames, mas quando se devolve esse malote já agendado a consulta é no dia seguinte e essa população não dá tempo de ser avisada. Então são questões de gestão, que a gente precisa amadurecer, para a gente tentar melhorar o acesso das pessoas (GESTORA 01)

A Gestora 01 toca em problemas centrais apontados pelas usuárias e trabalhadoras da EqSF. Apresentando-se como uma gestão que (re)conhece as dificuldades da população e que tem buscado maneiras de ampliação acesso aos serviços de saúde. No período da pesquisa de campo já estava no planejamento da

gestão a coleta descentralizada de exames laboratoriais, assim teriam “postos de coleta em todas as unidades de saúde”.

Quando questionadas sobre o que elas sentiam falta na USF, as usuárias responderam elencando os mesmos fatores que lhe geram custos citados acima, mas a falta de serviços odontológicos, que é uma atribuição da APS, também foi um elemento destacado.

A questão de sentir falta tem bastante, as vezes tem um medicamento e não tem outro, falta tem bastante (USUÁRIA 02).

Dentista que ficou um século sem vim, quando chegou não tinha material, quando chegou material a máquina estava quebrada e está aí (USUÁRIA 04).

Muita coisa, muita coisa. Agora por exemplo: o dentista chegou, a cadeira está quebrada, não está fazendo extração. Eu acho que falta uma assistente social, porque a enfermeira, as vezes, não consegue resolver tudo as demandas que têm no posto (USUÁRIA 10).

Serviços odontológicos, exame de visão e psicólogo (USUÁRIA 13).

Umhas especialidades que deveriam ter e não tem, como endocrinologista mesmo, que não tem na cidade, só particular, porque pela parte do SUS não tem; otorrino, tudo é mais difícil (USUÁRIA 14).

Deveria ter pelo menos um ginecologista uma vez por mês (USUÁRIA 16).

Eu acho que deveria ter mais profissionais, porque só tem o clínico geral, dentista não sei se tem ainda, então deveria ter pediatra que aqui não tem e outras especialidades (USUÁRIA 17).

O que é ruim daqui é isso que já te disse, é que não tem remédio; quando tira os médicos daqui todo mundo fica zozado atrás de médico; a burocracia para marcar exame, que aqui marcava e não marca mais, ficou ruim pra caramba para as pessoas aqui que não tem condições para ir para longe, pagar transporte, sair muito cedo, pagar clínica para fazer exame, tem muitas pessoas que não tem condições, eu mesmo, eu não vou mentir, sou uma das primeira, eu não tenho condições de fazer exame. Então, isso aqui tiraram tudo do posto, a nossa salvação era aqui esse posto, já não tem mais nada, a valência foi que Deus mandou esse médico aí, mas o resto tiraram tudo (USUÁRIA 21).

As falas das usuárias levam a pensar que o modelo de atenção à saúde que esses sujeitos compreendem está ancorado modelo medicamentoso e médico centrado, ainda considerado hegemônico. Um fator que não está ligado somente a operacionalização da política de saúde em âmbito municipal ou do trabalho profissional das EqSF, mas a todo contexto político e econômico permeado por disputas de interesses do capital que trata da saúde como mercadoria.

Um exemplo da influência do capital na política de saúde são os recentes sucateamentos da Política Social de saúde bucal Brasil Sorridente. Criada em 2004, durante o Governo Lula, foi considerado um avanço na saúde bucal como saúde coletiva. O programa ampliou o acesso aos serviços odontológicos, tanto primários nas USF, quanto de média complexidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Mas, especialistas apontam que desde 2015 e mais recentemente com a nova PNAB (2017) está acontecendo o fim do Brasil Sorridente

O conjunto do governo e as orientações específicas do ministro da Saúde, Ricardo Barros, para o SUS e a política nacional de saúde apontam em outro rumo. É ingenuidade ignorar isto. Não se trata de um problema de gestão, de ser mais ou menos eficiente, mas de política. E a política é hostil à Odontologia pública e às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, aprovadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (NARVAI, 2017, p. 22 – em entrevista a RADIS 182).

Para Paulo Capel Narvai (2017) “as bocas de nossa gente refletem, de modo cruel, nossas iniquidades” e as tantas falas das usuárias são exemplos desse processo de sucateamento do serviço. Nesse contexto, a equidade torna-se um princípio central na medida em que está ligada a correções de injustiças sociais, como o Mais Médicos, aqui estudado, que como os sujeitos da pesquisa evidenciam, conseguiu ampliar o acesso a uma atenção à saúde mais acolhedora, humana e preocupada com o cuidado à saúde do usuário.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde trazidas pelas usuárias não podem estar descoladas das mudanças políticas pensadas para o SUS. Diante do contexto em que esse trabalho foi escrito, na tessitura de mudanças e aprovações de medidas que tendem a um SUS para pobres, programas como o PMM, mesmo com as críticas que lhe cabe para ser aperfeiçoado, e que são feitas por especialistas, não pode sucumbir à crítica que intenciona a sua descaracterização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou discutir as modificações no acesso aos serviços de saúde em Santo Antônio de Jesus após a implantação do Programa Mais Médicos, como é uma das propostas da linha de pesquisa Desigualdade e Desenvolvimento: verificar as ações do Estado na condução das políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades regionais.

O acesso é uma categoria crucial para entender como está se efetivando a política social de saúde para os usuários. Na organização da política de saúde no Brasil, o acesso deve ser pensado como uma categoria de capilaridade que demonstra o que a população pensa e sente a partir de um lugar real. Então, pesquisas realizadas sobre o acesso aos serviços de saúde são cruciais para avaliações.

Os resultados a que este trabalho chegou são temporais, mas apontam, principalmente, para a importância que tem as USF para as comunidades e bairros mais pobres, e como, dentro das equipes de saúde da família os médicos ocupam um lugar estratégico para garantir o acesso aos serviços de saúde.

Conhecer e ser reconhecido, escutar e poder também falar, perguntar, são elementos essenciais e que são característicos da atenção dispensada pelos médicos do PMM na relação médico-paciente. Esses aspectos que poderiam ser analisados apenas no plano das relações interpessoais e simbólicas, também devem ser lidos dentro de uma sociedade desigual, em que a saúde estratifica os acessos segundo as classes sociais.

Assim, esses elementos simbólicos não são finalísticos em si. É possível analisar que o lugar de fala que estas usuárias mulheres ocupam tem relação com as iniquidades de gênero e nas condições de trabalho, moradia, educação, segurança, as quais estão submetidas. Levando-as a ressignificação do que seriam serviços de saúde, assemelhando-se mais a serviços de assistência à doença, que a primeiro momento é o que lhe é possível pelas suas demandas concretas na busca ao seu direito à saúde. Há uma luta destas na busca à sobrevivência, impregnadas ainda pela visão medicamentosa da saúde, buscam, em sua maioria, por cestas de serviços.

Mas a busca por uma cesta de serviços, como ressalta Cohn *et al*, (2015) não é opcional, mas o resultado do “grau de ajuste” que a população conquista diante “do

rodízio de obstáculos interpostos entre as suas necessidades e a disponibilidade problemática de recursos dados, formula modos próprios de acessibilidade a partir da sua capacidade de enfrentamento das carências que perpassam o seu cotidiano” (COHN *et al*, 2015, p. 110). Ainda mais em uma sociedade em que tem reafirmado a saúde como mercadoria.

Conseguir a requisição médica para o *check-up* e encaminhamento à especialista, a exemplo, é apenas uma face imediata dos processos de exclusão aos quais estes sujeitos estão submetidos. A pesquisa aponta que a presença do médico do PMM permite uma mudança nessa lógica de acesso a cestas de serviços, ao tempo em que contribui com a fixação de profissionais por maior período de tempo, gerando certa segurança à população para ir na USF e saber que encontrará um profissional que dê conta de algumas de suas necessidades.

Mesmo assim, pelo PMM ser um programa recente, ainda, por Santo Antônio de Jesus ter tido a especificidade da inadimplência e bloqueio das vagas que ocasionou um período sem médico, a chegada dos novos profissionais diante de um quadro de demandas reprimidas provocou a predominância pela busca por cestas de serviços.

Os resultados desse trabalho levam a pensar a dimensão do cuidado à saúde e a relação interpessoal entre médico e usuários como fatores preponderantes para o acesso aos serviços de saúde. No cotidiano da relação com os serviços de saúde cada sujeito social consegue as suas próprias maneiras de ajustar-se as possibilidades de acesso.

A partir da realidade de Santo Antônio de Jesus é possível afirmar que o eixo provimento emergencial do PMM promoveu maior acesso aos serviços de saúde no que se refere as relações médico-paciente e médico-equipe de saúde. As falas desses sujeitos sociais convergem para a necessidade de permanência do médico na EqSF, mas um profissional com empatia na relação com a comunidade, um profissional que se preocupa com aspectos que vão além da descrição da doença, mas com aspectos sociais e familiares do indivíduo e que desenvolva o trabalho em equipe. Chegar a um acesso mais humano também é diminuir essas iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Segundo a análise das vozes da gestão o PMM em SAJ, o lugar do PMM é estratégico a efetivação da APS no município. O programa ampliou o acesso aos serviços de saúde pela fixação dos médicos por um período de tempo e pela

possibilidade de criar vínculo que esses profissionais têm por permanecer por mais tempo e durante 32 horas na USF e 8 horas de educação permanente. A fala das usuárias se deu no mesmo sentido, descrevendo as suas relações com o médico.

Assim, no movimento circular entre a organização da produção, a oferta e a distribuição de serviços e o seu consumo (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996) apesar das usuárias perceberem diferenças na atenção dispensada pelo médico, não foi identificada uma mudança na concepção do modelo de atenção à saúde, apesar de ser perceptível na gestão e nos trabalhadores o empenho na mudança dessa oferta de ações e serviços.

Assim sendo, diante das análises trazidas, ressalta-se a necessidade de mais estudos sobre a temática e investigações sobre categorias que emergiram do campo – outras barreiras para o acesso aos serviços de saúde, que não só a falta de médicos – que dialogam com a questão do acesso, mas que não foi possível fazer uma análise mais aprofundada por questões concretas de tempo e pelo objetivo do presente trabalho.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Patty Fidelis de. Posição da Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado no município sede da Região de Saúde – o caso de Santo Antônio de Jesus. *In.*: ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim (Organizadoras). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba. 2015. Pp: 175-204.

ALVES, Priscila Tamar *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.21, n.9, pp. 2889-2898. 2016.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. Tese (doutorado). Orientadora: Célia Regina Pierantoni. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2007. 207f.

ANDRADE, Ismael Mendes. **Territorialização da Atenção Primária à Saúde: avaliação e perspectivas no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. Dissertação. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Feira de Santana-BA. 71fl. 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

AZEVEDO, Ana Lúcia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; TAVARES, Maurício Antunes. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, 22 (3): 275-80. 2014.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. **Dissertação** (mestrado em saúde pública) - centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, fundação Oswaldo Cruz. Orientador André Monteiro Costa. 177f. 2007.

BAHIA, Lígia. Entradas e Bandeiras e o SUS no Século XXI. **Ciênc. saúde coletiva** vol.17 no. 11. Rio de Janeiro. Novembro/2012.

BAHIA, Lígia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In* LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

BAHIA. Secretaria de Planejamento. Disponível em:
<<http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>>.
Acessado em 01 de novembro de 2016.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>.
Acessado em 23/12/2015.

_____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>.
Acessado em 23/12/2015.

BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

_____, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.

_____. Departamento da Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acessado em 26/05/2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acessado em: 20 de março de 2017.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.
Acessado em: 20 de março de 2017.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 12.871/2013. 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 2013; 23 de outubro.

_____. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. Disponível em:
<<http://www.maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>>. Acessado em 22/12/2015

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. Disponível em:
<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acessado em 10/09/2016.

_____. Ministério da Saúde. Informações em Saúde-TABNET. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acessado em 25/08/2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do MS nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde-SAGE. Programa Mais Médicos. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acessado em 05/03/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos - Dois Anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

BRITO, Cristovão de Cássio da Trindade. **A PETROBRAS e a gestão do território no Recôncavo Baiano**. Salvador: EDUFBA, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Romance de Formação de um Sanitarista: um estudo de caso. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out 2014.

CIÊNCIA e Saúde Coletiva. Vol.21 no.9. Rio de Janeiro set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30/09/2016.

COHN, Amélia; NUNES, Edilson; JACOBI, Pedro; KARCH, Ursula. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta da equidade. *In*: _____. **A Saúde como Direito e como Serviço**. Ed. 7. 2015.

COSTA, Rosely Gomes. Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representações acerca da esterilidade e do desejo por filhos. **Cad. Pagu** [online]. n.17-18, pp.105-130. 2002. ISSN 0104-8333.

CREMEB, Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Apenas 34% dos médicos da Bahia atuam no interior. **Vida e Ética** - Revista do Cremeb. Ano 1 - nº 2, 2010.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):725-737. Abril/2010.

DONNANGELO, Maria Cecília F; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades. 1976.

ENSP-Escola Nacional de Saúde Pública. Para usuários do SUS, profissionais de saúde não sabem lidar com moradores de favela. Matéria disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/43189>>. Acessado em 21/02/2018.

SCOREL, Sarah. Equidade em Saúde. Fiocruz: **Dicionário da Educação Profissional** (Verbetes). 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acessado em: 22 de março de 2017.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

GIL, Carlos Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 4. Ed. 2002.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. vol.21, n.2, pp. 490-498, 2005.

GIOVANELLA, Lígia. FLEURY, Sônia. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ, C., org. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Pp. 493-566. 2012.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.21, n.9, pp.2675-2684. 2016.

IBGE-Cidades. Município de Santo Antônio de Jesus. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/2VUDH>>. Acessado em 15/10/2017.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta1/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acessado em 01 de maio de 2015.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):161-170, 2010.

KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONCA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016, vol. 21, n.9, pp.2785-2796.

LIMA, Wilza Carla Mota Brito; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos X demanda espontânea. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3 p. 439-449. 2010.

LORA, Adriano Peres. **Acessibilidade aos serviços de saúde**: estudo sobre o tema no enfoque da saúde da família no Município de Pedreira, São Paulo. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP. 2004.

MACHADO, Maria Helena. **Os Médicos no Brasil**: Um Retrato da Realidade. RJ: Editora Fiocruz. 1997.

MAGNO, Liz Duque; PAIM, Jairnilson Silva. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise de conjuntura recente da saúde no Brasil. **RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

_____, Maria Cecília de Souza. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 Ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MOURA, Tânia Maria de Melo. **Metodologia do ensino superior**: saberes e fazeres da/para a prática docente. 2 Ed revisada e atualizada. Maceió: EDUFAL. 2009.

NATIONS, Marilyn K.; GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):2103-2112. Setembro/2007.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.21, n.9, pp.2889-2898. 2016.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios

brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.21, n.9, pp.2719-2727. 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão: Efeitos do Programa Mais Médicos**. Brasília, DF: OPAS. 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar**. Brasília, DF: OPAS. 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba: Experiências inovadoras e lições aprendidas**. Brasília, DF: OPAS. 2015.

PAIM, Jairnilson da Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA. 2006.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson da Silva. VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *In: Boletim do Instituto de Saúde*. Volume 12 - Número 2 - Agosto de 2010.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública** [online], vol.32, n.4. 1998.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil, maio de 2011, p.11-31. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acessado 20/08/2017.

PEDRÃO, Fernando. Novos e velhos elementos da formação social do Recôncavo da Bahia de Todos os Santos. V. 1. **Revista do Centro de Artes Humanidades e Letras**. 2007.

PINTO, Hêider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Rio de Janeiro: **Divulgação em Saúde para Debate**. Nº 51. 2014. Pp. 105-120.

PONTE, Carlos Fidelis. A Saúde como Mercadoria: um Direito de Poucos. In PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV. 2010.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. O pesquisador, o Problema da Pesquisa e a Escolha de Técnicas: Algumas Reflexões. *In*: LUCENA, Célia Toledo; CAMPOS, M. Chistina Sirqueira de Souza; DERMATINI, Zélisa de Brito Fabri (Organização).

Pesquisa em Ciências Sociais: Olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: CERU. 2008.

ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Chistina Bahia. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1863-1873, 2011.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica** 31(3), 2012.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciênc. saúde coletiva** vol.17 no. 1. Rio de Janeiro. Novembro/2012.

SANTOS, Rubenilda Sodré dos. **Cultura política e participa o no Recôncavo Baiano hoje: uma análise sobre Cachoeira e São Felix.** 165f. II.2009. Disserta o (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<http://www.ppgcs.ufba.br/site/db/trabalhos/2632013091522.pdf>>. Acessado em: 25 de julho de 2016.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex [coordena o]. **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descri o de desigualdades.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina. V. 1, 2011.

SHRAIBER, Lilia Blima. MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de Saúde e Aten o Primária. *In*: SHRAIBER, Lilia Blima. NEMES, Maria Ines Baptistella. MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Orgs). **Saúde do Adulto Programas e A oes na Unidade Básica.** São Paulo: Editora Hucitec. 1996.

SILVA, Bruna Pontes da et al. Amplia o do acesso   saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016-A, vol.21, n.9, pp.2899-2906.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. O Debate sobre a Pobreza: questões teórico-conceituais. **Revista de Políticas Públicas.** Vol. 6, n  2, pp. 65-102. 2002.

Disponível em:

<<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3720>>. Acessado em 28/08/2017.

SILVA, Tiago Rodrigues Bento da; SILVA, Jennifer do Vale e; PONTES, Andrezza Graziella Veríssimo; CUNHA, Andrea Taborda Ribas da. Percep o de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016-B, vol.21, n.9, pp.2861-2869.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

STEVANIM, Luiz Felipe. Entrevista Paulo Capel Narvai. *In.*: **RADIS**, nº 182. Novembro/2017.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. *In* LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

TEIXEIRA, Carmem; SILVEIRA, Paloma (organizadoras). Glossário de análise de política em saúde. Salvador: Edufba. 222 p. 2016.

TERRA, Lilian Soares Vidal et al. Análise da Experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2825-2836. 2016.

THIEDE, Michael; MCINTYRE, Di. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública** [online]. Vol.24, n.5, pp.1168-1173. 2008.

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**. 46(6):1007-13. 2012.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lúcia (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25 Sup 2: p.p. 217-226, 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz et al. **Atenção Primária e Promoção da Saúde no Brasil: Origens e Situação Atual.** Texto de referência para o eixo temático do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). Disponível em: <<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/>>. Acessado em 09 de dezembro de 2017.

ZIMMERMANN, Clóvis Roberto. Os Programas Sociais sob a ótica dos Direitos Humanos: o lado do Bolsa Família do Governo Lula no Brasil. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. Número 4. Ano 3. 2006. Pp: 145-159.

Apêndices

Apêndice 01 – Carta de Anuência**Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
Secretaria Municipal de Saúde****CARTA DE ANUÊNCIA**

À Senhora

Profª. Dra. Fabiana Lopes de Paula

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

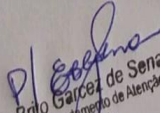
Endereço: Rua Rui Barbosa, 710, Centro. (prédio da Reitoria)

Cruz das Almas-Bahia. CEP: 44380-000

Senhora Coordenadora,

A Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, declara estar ciente e de acordo com a realização da Pesquisa **O Programa Mais Médicos na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária**, sob a responsabilidade de Mayse de Oliveira Andrade (RG 14249108-03, CPF 049873055-77), mestranda em Ciências Sociais do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, garantindo o acesso aos documentos e bancos de dados necessários, bem como as unidades de saúde da família conforme previsto no projeto que foi entregue a este órgão, desde que cumpridas as normas de funcionamento da instituição.

Santo Antônio de Jesus, 10 de 07 de 2017


Elba Brito Galvez de Sena
Diretora do Departamento de Atenção
Especializada
Leandro Gomes Lobo
Secretário Municipal de Saúde

Apêndice 02 – Roteiro de entrevista usuários

Pesquisa: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

Roteiro de entrevista (Usuários)

USF: _____

Data: ____/____/2017

PERFIL

Sexo: feminino masculino

Idade: _____

Cor/raça:

- Branca Preta
 Amarela Parda/mestiça
 Indígena Ignorada
 Não respondeu/não lembra

Escolaridade:

- Não é alfabetizado(a) (não sabe ler e escrever)
 É alfabetizado(a) (sabe ler e escrever)
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Pós-graduado(a)
 Não sabe/não respondeu/não lembra

O/a senhor/a trabalha? sim não

Beneficiário do Bolsa Família? sim não

Aposentado/a sim não

Renda Mensal:

- Não possui renda
 Até 1 salário mínimo (R\$ 937,00/ano 2017)
 Mais 1 a 3 salários mínimos (R\$ 938,00 a 2.811,00)
 Mais de 3 a 6 salários mínimos (R\$ 2.812,00 a 5.622,00)
 Mais de 6 a 9 salários mínimos (R\$ 5.623,00 a 8.433,00)
 Mais que 9 salários mínimos (R\$ 8.434,00)

Há quanto tempo é atendido na unidade de saúde (OPAS, 2017).

- Menos de um ano Entre 1 e 2 anos
 Entre 2 e 3 anos Entre 3 e 4 anos
 Entre 4 e 5 anos Há mais de 5 anos

1. O que o/a senhor/a veio fazer aqui hoje?
2. Há quanto tempo o/a senhor/a frequenta este posto de saúde?

Dimensão Geográfica:

3. Como o/a senhor/a vem até o posto? Andando? De ônibus? Carro? Moto?
4. Já teve situações de receber visita domiciliar ou de precisar e não receber? Se você não, mas com algum vizinho/amigo/familiar?

Dimensão Organizacional:

5. Sente ou já sentiu dificuldade em acessar os serviços?
6. Teve facilidade em conseguir agendar consulta médica?
7. O/a senhor/a acha bom o tempo em que o posto fica aberto?
8. Já teve momentos da unidade ficar sem médico?
9. Já participou de alguma atividade com o médico que não fosse no consultório?

Dimensão Econômica:

10. O/a senhor/a gasta dinheiro para manter a saúde?
11. O posto atende quais necessidades?
12. Você tem custos para vim até a unidade de saúde?

Dimensão Sociocultural:

13. Como foi a sua relação com o posto de saúde nos últimos anos? Veio muito, veio pouco? Gostou? Foi bem atendido/a?
14. Aqui é o seu principal local de procura quando sente alguma coisa em relação à saúde?
15. Por que o/a senhor/a vem até o posto de saúde?
16. O médico lhe conhece pelo nome? O atual ou algum que já esteve no posto?
17. Se já foi atendido pelo médico (do PMM), como foi o atendimento?
18. Quem é a pessoa do posto que o/a senhor/a mais conhece? Qual a função dela?
19. Você sabia que o médico que trabalha aqui faz parte do Programa Mais Médicos?
20. O que era anterior a este também?
21. O/a senhor/a acredita que falta alguma coisa aqui no posto?
22. Como seria a sua vida e da sua família se não existisse o posto de saúde aqui no bairro?

Apêndice 03 – Roteiros de entrevistas trabalhadores e gestores

Pesquisa: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

Roteiro de entrevista semiestruturada (Agentes Comunitários de Saúde)

USF: _____

Data: ____/____/2017

PERFIL

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Cor/etnia:

- () Branca () Preta
 () Amarela () Parda/mestiça
 () Indígena () Ignorada
 () Não respondeu/não lembra

Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto
 () Ensino fundamental completo
 () Ensino médio incompleto
 () Ensino médio completo
 () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo. Qual curso? _____
 () Pós-graduado(a)
 () Não sabe/não respondeu/não lembra

- 1- Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha nesta USF?
 2- Quantas pessoas em média você acompanha?
 3- Como esta USF contribui com a saúde da comunidade?

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL:

- 4- Como é sua rotina de trabalho?
 5- Como os usuários da sua área acessam aos serviços da USF?
 6- Antes do PMM era essa mesma rotina? A relação do seu trabalho com o trabalho do médico mudou?
 7- O(a) senhor(a) identifica que houve mais procura pela USF após a implantação do PMM?

DIMENSÃO GEOGRÁFICA

- 8- Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até a unidade de saúde?
 9- O(a) senhor(a) identifica que há barreiras que impedem algumas pessoas de acessar a USF?
 10- O(a) senhor(a) já acompanhou visitas domiciliares?
 11- Houve mudanças nas visitas domiciliares após o PMM?

DIMENSÃO FINANCEIRA

- 12- O(a) senhor(a) acredita que a presença do médico do PMM na USF diminui os gastos com saúde da população?

DIMENSÃO SOCIOCULTURAL

- 13- Como O(a) senhor(a) vê a comunidade em que trabalha?
 14- O(a) senhor(a) acredita que a USF atende as necessidades da população?
 15- O(a) senhor(a) identifica mudanças no trabalho médico?
 16- O que poderia ser feito para garantir mais acesso aos serviços de saúde pela população?
 17- O(a) senhor(a) acredita que o PMM deveria continuar?

Pesquisa: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

Roteiro de entrevista semiestruturada
(Coordenador de USF)

USF: _____

Data: ____/____/2017

PERFIL

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Cor/etnia:

- () Branca () Preta
() Amarela () Parda/mestiça
() Indígena () Ignorada
() Não respondeu/não lembra

Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto
() Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto
() Ensino superior completo. Qual curso? _____
() Pós-graduado(a)
() Não sabe/não respondeu/não lembra

- 1- Há quanto tempo esta USF está implantada?
2- Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha nesta USF?
3- Quantas pessoas esta USF cobre?

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

- 4- Como é a organização dos serviços de saúde na unidade?
5- Qual os mecanismos de marcação de consulta? Atende demanda espontânea?
6- Especificamente quanto ao trabalho médico, este consegue dar conta da demanda da comunidade?
7- Analisando o histórico de atendimento da unidade, a partir do ano de 2014 houve uma maior procura e acesso aos serviços?

DIMENSÃO GEOGRÁFICA

- 8- Como acontece as visitas domiciliares?

DIMENSÃO FINANCEIRA

- 9- O(a) senhor(a) acredita que a presença do médico do PMM na USF diminui os gastos da população com a saúde?

DIMENSÃO SOCIOCULTURAL

- 10- Como O(a) senhor(a) vê a comunidade em que trabalha?
11- O(a) senhor(a) acredita que a USF atende as necessidades da população?
12- O(a) senhor(a) acredita que a presença do médico do PMM garante mais acesso à população?
13- O que poderia ser feito para garantir mais acesso aos serviços de saúde pela população?
14- O(a) senhor(a) acredita que o PMM deveria continuar?

Pesquisa: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

Roteiro de entrevista semiestruturada
(Subgerente de Distrito Sanitário)

Distrito Sanitário: _____

Data: ____/____/2017

PERFIL

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Cor/etnia:

- () Branca () Preta
 () Amarela () Parda/mestiça
 () Indígena () Ignorada
 () Não respondeu/não lembra

Escolaridade:

- () Ensino fundamental incompleto
 () Ensino fundamental completo
 () Ensino médio incompleto
 () Ensino médio completo
 () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo. Qual curso? _____
 () Pós-graduado(a)
 () Não sabe/não respondeu/não lembra

1- Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha como coordenador deste Distrito Sanitário? Quais são as suas atribuições nesta função?

2- Quais características em comum, o/a senhor identifica, entre as USF que compõem este Distrito Sanitário?

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL

3- A organização dos serviços de saúde na unidade é igual em todas as USF?

4- Você identifica diferenças entre as unidades de possuem o PMM das demais?

DIMENSÃO GEOGRÁFICA

5- O(a) senhor(a) acredita que a existência do serviço médico garante a saúde ou há barreiras físicas que podem impedir esse acesso?

DIMENSÃO FINANCEIRA

6- O(a) senhor(a) acredita que a presença do médico do PMM na USF diminui os gastos da população com a saúde?

DIMENSÃO SOCIOCULTURAL

7- O(a) senhor(a) acredita que a presença do médico do PMM garante mais acesso à população?

8- O que poderia ser feito para garantir mais acesso aos serviços de saúde pela população?

9- O(a) senhor(a) acredita que o PMM deveria continuar?

Pesquisa: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária

**Roteiro de entrevista semiestruturada
(Diretor da APS)**

Local: _____
Data: ____/____/2017

PERFIL

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Cor/etnia:

- () Branca () Preta
() Amarela () Parda/mestiça
() Indígena () Ignorada
() Não respondeu/não lembra

Escolaridade:

- () Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto
() Ensino superior completo. Qual curso? _____
() Pós-graduado(a)
() Não sabe/não respondeu/não lembra

- 1- Há quanto tempo o(a) senhor(a) trabalha como coordenador da APS?
- 2- Desde que ano o município faz parte do PMM?
- 3- Atualmente quantos profissionais do PMM atuam na APS deste município? Já houve períodos de variação? Qual a nacionalidade destes?
- 4- Qual a importância para a gestão municipal de médicos do PMM?
- 5- O município encontra dificuldades de contratação de médicos?
- 6- Existe USF que têm mais dificuldades de fixação?
- 7- Qual critério para a alocação dos médicos do PMM?
- 8- O(a) senhor(a) acredita que a presença do médico do PMM garante mais acesso à população?
- 9- O(a) senhor(a) acredita que a questão da residência dos profissionais da USF modifica a dinâmica de trabalho?
- 10- A cobertura de serviços de saúde da APS atualmente atende as necessidades da população?
- 11- Existe alguma estratégia para ampliar o acesso da população aos serviços da APS? (Divulgação, modelo de marcação de consultas, nome dos profissionais e cronograma das atividades no mural de casa USF, transporte para visita, formação para acolhimento etc.)
- 12- o que poderia ser feito para garantir mais acesso aos serviços de saúde pela população?
- 13- O médico é central neste processo? O PMM modificou a dinâmica de acesso nas unidades onde atua?
- 14- O(a) senhor(a) acredita que o PMM deveria continuar?

Apêndice 04 – Termo de consentimento livre e esclarecido para os usuários

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(usuário)

Órgãos Responsáveis: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB); Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Título do estudo: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária.

Pesquisador(a) responsável: Mayse de Oliveira Andrade

Endereço do(a) pesquisador(a) responsável: Avenida Salvador Pinto, nº 37, Centro. São Félix-Bahia.

Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato: (75) 99263-7657/ mayseandrade@gmail.com

Número do Parecer de aprovação: CEP-UFRB: 2.293.283

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- (O)A pesquisador (a) deverá responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Analisar o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) após o Programa Mais Médicos no município de Santo Antônio de Jesus.

Justificativa: O Programa Mais Médicos é um programa recente (2013) e tem como um dos seus objetivos a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Vários estudos têm sido feitos no sentido de análise deste aspecto, este se diferencia por está sendo feito no Território do Recôncavo da Bahia, em uma das sete cidades deste estado com a população 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, sendo importante para o fortalecimento da política de acesso aos serviços de saúde no território.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá na resposta a uma entrevista, respondendo às perguntas formuladas.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos: Por utilizar entrevista, o estudo pode oferecer como risco o constrangimento e o desconforto. No entanto esses riscos serão minimizados: mediante a assinatura deste TCLE após leitura e sua concordância, caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto poderá se retirar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. Será garantido o sigilo da pesquisa em todas as suas etapas (a pesquisadora e seus orientadores serão os únicos a ter acesso aos dados, tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho podem ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade). Ainda, a pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Acompanhamento e assistência: durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora descrita no cabeçalho, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Assim, caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o

projeto você poderá entrar em contato com esta pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail lá descrito.

Indenização e ressarcimento: É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação.

Em caso de dúvida: Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia situado na Rua Rui Barbosa, 710, Centro. (prédio da Reitoria) Cruz das Almas-Bahia. CEP: 44380-000 – Tel: (75) 3621-6850 e-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santo Antônio de Jesus, ____/____/____

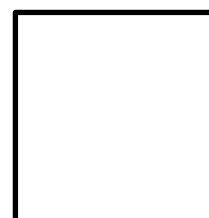
Assinatura do sujeito de pesquisa

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do responsável pelo projeto



Espaço para a digital do polegar direito, caso o participante não seja alfabetizado.

Apêndice 05 – Termo de consentimento livre e esclarecido para trabalhadores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (trabalhadores)

Órgãos Responsáveis: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB); Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Título do estudo: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: discussão sobre o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária.

Pesquisador(a) responsável: Mayse de Oliveira Andrade

Endereço do(a) pesquisador(a) responsável: Avenida Salvador Pinto, nº 37, Centro. São Félix-Bahia.

Telefone do(a) pesquisador(a) responsável para contato: (75) 99263-7657/ mayseandrade@gmail.com

Número do Parecer de aprovação: CEP-UFRB: 2.293.283

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- (O)A pesquisador (a) deverá responder a todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Analisar o acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) após o Programa Mais Médicos no município de Santo Antônio de Jesus.

Justificativa: O Programa Mais Médicos é um programa recente (2013) e tem como um dos seus objetivos a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Vários estudos têm sido feitos no sentido de análise deste aspecto, este se diferencia por está sendo feito no Território do Recôncavo da Bahia, em uma das sete cidades deste estado com a população 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, sendo importante para o fortalecimento da política de acesso aos serviços de saúde no território.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá na resposta a uma entrevista, respondendo às perguntas formuladas e outras que possam surgir no decorrer do diálogo.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos: Por utilizar entrevistas, o estudo pode oferecer como risco o constrangimento e o desconforto. No entanto esses riscos serão minimizados: mediante a assinatura deste TCLE após leitura e sua concordância, caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto poderá se retirar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. Será garantido o sigilo da pesquisa em todas as suas etapas (a pesquisadora e seus orientadores serão os únicos a ter acesso aos dados, tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho podem ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade). Ainda, a pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Acompanhamento e assistência: durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora descrita no cabeçalho, que lhe prestará toda a assistência necessária ou

acionará pessoal competente para isso. Assim, caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com esta pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail lá descrito.

Indenização e ressarcimento: É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial. Não há qualquer valor econômico, a receber ou a pagar, pela sua participação.

Em caso de dúvida: Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia situado na Rua Rui Barbosa, 710, Centro. (prédio da Reitoria) Cruz das Almas-Bahia. CEP: 44380-000 – Tel: (75) 3621-6850 e-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto pela pesquisadora, eu _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santo Antônio de Jesus, ____/____/____

Assinatura do sujeito de pesquisa

Ciência e de acordo do pesquisador responsável:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Declaro que assinei 2 vias deste termo, ficando com 1 via em meu poder.

Assinatura do responsável pelo projeto