

ARTIGO ORIGINAL

O “PROGRAMA MAIS MÉDICOS” E O TRABALHO VIVO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA, BRASIL

The “More Doctors Program” and health alive work in a municipality of Amazon, Brazil

Júlio Cesar Schweickard

Cientista Social, Prof. Doutor, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazonas.

E-mail: julio.ilm@gmail.com

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Dentista, Prof. Doutor, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazonas.

E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

Resumo

O artigo tem como objetivo compreender os modos como se dá a produção do trabalho na Atenção Básica na relação com médicos do Programa Mais Médicos num contexto específico da região amazônica. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, embasado pela abordagem analítica proposta por Emerson Merhy e Túlio Franco na dimensão micropolítica do trabalho e nos aspectos multiculturais da saúde. Foram realizadas entrevistas com os médicos e com o gestor municipal no mês de outubro de 2015. O município analisado se caracteriza por ter um contexto multiétnico e ser de fronteira. A maioria da população faz parte de uma das 22 etnias e falam as 11 línguas da região, trazendo desafios para a atenção à saúde. Os efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Básica em Saúde são de contar com a presença regular do profissional médico na equipe, possibilitando a construção do cuidado de modo mais permanente tanto do profissional quanto da equipe como um todo. Ficou clara que a diminuição da rotatividade

Alcindo Antônio Ferla

Médico, Prof. Doutor, Rede Governo Colaborativo, UFRGS.

E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Ardigó Martino

Médico, Prof. Doutor, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural, Universidade de Bologna.

E-mail: ardigo.martino@unibo.it

criou as condições para uma oferta de serviços com qualidade.

Palavras-Chave: Política de Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Amazônia.

Abstract

The article aims at understanding the production of work in Primary Care in relation to medical of Programa Mais Médicos in a specific context of the Amazon region. This is a case study with a qualitative approach, based the assumptions Merhy and Franco on the production of live work in action and micro work. The analyzed municipality is characterized by having a multi-ethnic background and border to be. Most of the population is part of one of the 22 ethnic groups and speak the 11 languages of the region, bringing challenges for health care. The effects of the Program More Doctors in Primary Health Care are to rely on the regular presence of medical professionals in the team, allowing the construction of more permanent care.

Keywords: Health Policy; Health Management; Primary Health Care; Amazon.

Introdução

O Programa Mais Médicos surgiu para enfrentar o problema histórico da escassez e da má distribuição de médicos especialmente no interior do país e nas regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos com grande vulnerabilidade. Desde que o Programa foi lançado, no segundo semestre de 2013, atendeu de imediato o componente da assistência, com o provimento de médicos naquelas regiões com maior necessidade desses profissionais e com menores índices de desenvolvimento humano. Os médicos têm permitido a ampliação do acesso da população à atenção básica e implementado ações de atenção básica que acolhe as pessoas e oferece atendimento para indivíduos, famílias e coletividades no âmbito dos cuidados básicos de saúde.¹

Conforme estudos, o Programa tem três efeitos visíveis sobre a política de Atenção Básica: a) fortalecimento da Atenção Básica com ampliação das equipes com funcionamento regular; b) aumento das práticas ofertadas pelas equipes de saúde; c) redução nas internações evitáveis pela atenção básica.^{2,3} Após 03 anos de implantação do Programa Mais Médicos, com mais de 18 mil médicos em mais de 4 mil municípios do País, os resultados mais evidentes foram a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o aumento significativo da oferta de serviços⁴ de acordo com a necessidade de saúde

da população, a diminuição das desigualdades regionais no acesso à atenção básica,⁴ o que confere uma política de promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde nas regiões mais vulneráveis,⁵ tais como na Amazônia.

A Região Amazônica, pelas suas características geográficas e demográficas, tenciona por adequações na Política Nacional de Atenção Básica pela sua ampla diversidade. A Atenção Básica, como ordenadora do sistema de saúde, incorporou serviços e modelagens tecnoassistenciais inerentes aos povos da floresta, como por exemplo, as Unidades de Saúde Fluviais e as equipes de saúde ribeirinhas,⁶ assim como outras modalidades próprias de serviço. Há abundante diversidade e adversidade no território da Amazônia, que requer atualização das políticas e estratégias e contribui com a atualização da política de saúde. O estado do Amazonas tem a gestão e a organização dos serviços orientadas pelo fluxo através das calhas de rio, que são o caminho do deslocamento das pessoas, sendo que cada município tem um grande número de rios, igarapés e lagos para circulações que buscam a oferta da atenção à saúde da população, como para as demais mobilidades que envolvem a vida no seu cotidiano. Por isso, compreender os efeitos de uma política nacional nos territórios específicos pode auxiliar sobre a reflexão política nacional da atenção básica, mas também sobre o sistema de saúde na perspectiva da integralidade do acesso, da assistência, da atenção e do cuidado. A diversidade é força de revigoração das políticas e

a superação das desigualdades é um objetivo ético que requer grande conhecimento da realidade singular de cada território.

Entende-se que ainda há poucos estudos sistematizados acerca do efeito do Programa Mais Médicos (PMM), ainda mais em regiões de fronteira e em áreas com características do território amazônico. Representa uma iniciativa política de grande magnitude e que dialoga com problemas estruturais importantes para o sistema de saúde brasileiro e, portanto, pode gerar conhecimentos oportunos e relevantes para a qualificação de políticas e práticas no seu interior. Nesse sentido, entendemos que estudos qualitativos são capazes de apresentar cenários e situações do trabalho em saúde, como acesso, barreiras, relações de poder, fluxos de trabalhadores que se organizam na produção do cuidado, que são aspectos fundamentais para compreender os modos de organização do trabalho. A análise qualitativa também possibilita revelar as tensões e os conflitos do cotidiano, evidenciando que as relações no trabalho são vivas e que essas têm capacidade de definir questões relacionadas ao acesso e à qualidade da atenção oferecida à população.

O objetivo do estudo é analisar o efeito da presença do profissional médico pertencente ao PMM na relação com a equipe de saúde no município de São Gabriel da Cachoeira e as interferências na organização e no funcionamento da atenção básica em saúde. Sabemos que promover saúde de qualidade no território da

Amazônia não é tarefa trivial, mas observamos que esse é um processo que está em construção e que tem produzido efeitos importantes para a produção do cuidado e para o trabalho da equipe, afetando a política de saúde, gestão, educação e a formação de profissionais de saúde. A análise da iniciativa no seu processo de implantação, permite gerar conhecimentos para seu monitoramento e a qualificação.

Metodologia

O cenário observado pertence ao território do alto Rio Negro no Amazonas, que se caracteriza pelo histórico de escassez e rotatividade de médicos na atenção básica, baixa cobertura da estratégia saúde da família, gerando uma descontinuidade nas ações de saúde. O município é marcado pela grande diversidade de povos indígenas, tendo uma extensa área de terras demarcadas.⁷ Grandes distâncias e alta dispersão populacional também caracterizam o território para efeitos da análise de políticas.

Por se tratar de uma região de fronteira, há uma forte presença de militares, sendo que na saúde assumem o gerenciamento do hospital regional existente no município. Importante destacar que há no município vários quartéis, como o 5º Batalhão de Infantaria, 21º Batalhão de Construção, Brigada de Arariboia e ainda tem a previsão da chegada de um Batalhão de Logística. Isso gera uma grande circulação de militares de fora do município e do Estado. Cabe ressaltar que há duas regiões no Amazonas que o hospital é de

gestão militar: Alto Rio Negro, no município de São Gabriel da Cachoeira; e Alto Rio Solimões, no município de Tabatinga. Por fim, não podemos esquecer que o município é marcado por indicadores desfavoráveis de desenvolvimento humano.⁸ Até a implementação do Programa, a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família contavam sobretudo com o trabalho médico de profissionais ligados ao exército, com perfis diversos daquele preconizado para esse âmbito de atenção.

O presente estudo possui caráter qualitativo e foi delineado sob os referenciais metodológicos de estudo de caso. Trata-se de uma investigação que busca compreender a dinâmica do trabalho da equipe de saúde e da gestão municipal na relação com o profissional médico do Programa Mais Médicos inserido na atenção básica do município. A entrada dos primeiros médicos do programa em São Gabriel da Cachoeira foi em outubro de 2013. Atualmente são sete médicos cubanos que atendem exclusivamente no contexto urbano. Na área indígena há mais 19 médicos do PMM que atendem o DSEI Rio Negro. No entanto, a pesquisa não abordou os médicos que atuam na área indígena, mas se limitou aos que atuam na área urbana do município.

As entrevistas, com roteiro semi-estruturado, foram realizadas com os sete

médicos cubanos pertencentes ao PMM e com os gestores municipal e da atenção básica do município. A entrevista procurou deixar o interlocutor à vontade para colocar seu discurso livremente, podendo assim trazer aquilo que para ele é fosse relevante, fazendo mais sentido na sua compreensão do Programa. O roteiro de entrevistas partiu das seguintes categorias teóricas: formação, produção do cuidado, trabalho em equipe, Atenção Básica em Saúde e integralidade. Essas categorias nortearam a análise.

O presente texto é resultado parcial de um projeto de pesquisa intitulado ‘A Produção do trabalho e o Programa Mais Médicos no Estado do Amazonas’.¹ A pesquisa foi aprovada no Comitê em Ética, registrada no CAE.

O contexto multiétnico e a saúde

No município de São Gabriel da Cachoeira, entre outras características, identificam-se relações de tensão e divergência de interesses devido aos cenários complexos da gestão entre o sistema de saúde municipal e o subsistema de saúde indígena, que divergem em termos de responsabilidades formais e de abrangência territorial. O cenário multiétnico perpassa pelos processos de produção do cuidado em que os médicos do Programa estão inseridos.

A gestão da saúde no município é realizada pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio

¹ O projeto é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazonas.

Negro – DSEI, para a população indígena que vive aldeada, e pelo sistema municipal de saúde, para a população urbana. A região tem como principal característica a diversidade étnico-cultural com 22 etnias e um território indígena de mais de 10 milhões de hectares. As línguas indígenas estão divididas em 4 famílias linguísticas: Tukano Oriental, Maku, Aruak, Yanomami. Essa diversidade linguística representa um enorme desafio para a produção social da saúde, mesmo no contexto urbano do município. A assistência à saúde indígena é realizada nos Polos Base, localizados nas áreas indígenas, e na Casa de Saúde Indígena – CASAI, localizada na área urbana de São Gabriel.

A área indígena do Rio Negro abrange os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Izabel do Rio Negro e Barcelos, ultrapassando, portanto, os limites dos municípios. A interface do sistema municipal de saúde com a saúde indígena num território tão extenso traz diversos desafios para os gestores municipais, pois, na prática, há uma sobreposição de ações, de informações e de responsabilidades. Apesar das ações de saúde indígena serem de gestão do DSEI, os indígenas são contabilizados como cidadãos do município para efeitos estatísticos e de indicadores de saúde e, com alguma frequência, utilizam-se de fluxos de acesso direto, fugindo aos fluxos preconizados em cada componente. Segundo Souza,⁶ o subsistema de saúde indígena deveria ser vista como um sistema que antecede a entrada na rede de saúde maior. A justificativa para a criação do subsistema

foi de realizar uma oferta de serviços observando a equidade e as necessidades específicas das populações indígenas, bem como ao fato de que os índios são cidadãos que tem responsabilidade diferenciada do Estado sobre a preservação da vida.

A gestão municipal é responsável pela saúde nas áreas urbanas, pois a área rural faz parte do território indígena. No entanto, os indígenas, representados pelas diversas etnias também vivem ou tem parentes nas sedes dos municípios e, portanto, há projeções da cultura e da língua dos territórios indígenas para o espaço urbano. Esses não são atendidos pelo subsistema de saúde indígena, mas pelos municípios, representando um desafio para a gestão municipal, pois é necessário realizar uma atenção e um cuidado segundo os princípios da igualdade e da equidade. Desafio, sobretudo, para o planejamento e a avaliação, que tem ora uma dimensão populacional, ora outra. No caso da organização do cuidado para esses territórios, significa realizar procedimentos e ações de saúde num contexto multiétnico com diferentes práticas e concepções de saúde-doença-cuidado, marcados por diferentes significados simbólicos, linguísticos e culturais sobre a saúde. Uma das médicas entrevistadas destacou a questão da língua: “[...] se eles não compreendiam alguma coisa, então eu procurava o pessoal que sua especialidade é a língua, que fosse a língua geral, que eles também falam a língua geral, fosse Baré, fosse Tukano”[...] (Médica A).

Nessa região, o problema destacado por algumas análises em relação à língua portuguesa é ampliado para outras línguas, mas isso não constitui num problema quando há um suporte local para a “tradução” da situação. Desse modo, a questão da língua não se limita à relação do médico cubano e o usuário brasileiro, pois um médico brasileiro passa pela mesma condição. Segundo a médica,

[...] após passar o tempo eu fui acostumando e eu conseguia fazer um melhor acompanhamento a eles, mas eu acho que o idioma não foi uma barreira para eu chegar no paciente, eu consegui chegar no paciente com o dia a dia falando com eles e tratando de escutar primeiro [...] (Médica A).

Na região são faladas 11 línguas diferentes, mais o português e o espanhol, principalmente nas fronteiras. Na aldeia, as pessoas somente se comunicam em português ou espanhol na presença de um não-indígena. O município tem uma lei municipal que tornou oficial três línguas indígenas, além do português, Baniwa, Nhengatu e Tukano.

A questão da língua na região tem uma particularidade e precisa ser considerada, pois os usuários indígenas também têm dificuldades de entender o médico brasileiro e sua linguagem técnica orientada pela racionalidade colada na cultura produzida pela biomedicina. Em algumas situações o espanhol é mais familiar para aqueles indígenas que vivem na fronteira com a Colômbia. Nesse caso, para o médico cubano a questão da língua facilita o vínculo. Importante constatar que o problema da língua é um duplo problema: a

capacidade de interação linguística e a compreensão de sentidos e significados das palavras e expressões, particularmente quando se trata de falar sobre a saúde.

Importante destacar que a língua indígena não se constitui problema para o cuidado em saúde nas aldeias, pois o agente comunitário indígena de saúde faz a relação entre a comunidade e a equipe. Mesmo quando se tratar de atendimentos em serviços localizados fora do território, é frequente o acompanhamento do agente. O gestor municipal informou que os Agentes têm uma formação mínima, sendo que recentemente foram formados mais de 200 Técnicos de Saúde Indígenas. O agente, por ser da comunidade, faz as ações de educação na língua daquele povo e mediação cultural entre os serviços e a população. Do mesmo modo, na sede do município, tem ACS e profissionais que são de diferentes etnias como estratégia de inclusão e também como estratégia de fixação da força de trabalho. Atualmente, através da política de cotas das Universidades do Amazonas, há enfermeiros e odontólogos indígenas que saíram de São Gabriel da Cachoeira para estudar e retornaram. A presença desses profissionais indígenas abrirá novas possibilidades de discutir a questão da equidade e da alteridade nos serviços da Atenção Básica.

[...] a rotatividade era de praticamente 100% dos profissionais de nível superior, em todas as áreas. Hoje aqui em São Gabriel é difícil. Hoje os enfermeiros que nos temos praticamente 90% são oriundos de São Gabriel da Cachoeira, tanto no DSEI como aqui na SEMSA [...] (Gestor).

O gestor municipal nos informou que tem recebido currículos de técnicos e profissionais de pessoas que são do município

“[...] chegou uma menina que se formou em enfermagem [...]. Outra técnica de enfermagem de Uaurete (área indígena, na fronteira com a Colômbia). Então, isso tem facilitado a relação do profissional com o lugar [...]” (Gestor).

O processo de expansão dos serviços de saúde do SUS também gera expansão do mercado de trabalho e mobilização local de alunos e profissionais.

A política de cotas da Universidade do Estado do Amazonas e a cota indígena na Universidade Federal do Amazonas tem mudado muito o cenário da fixação dos profissionais no interior do Amazonas. O PMM também tem colaborado com a permanência do médico por mais tempo num só município, situação infrequente antes do Programa. A possibilidade de formação de profissionais indígenas e de pessoas do interior tem diminuído sensivelmente a rotatividade dos profissionais.

A micropolítica do trabalho nas Equipes de Saúde

A micropolítica do trabalho consiste na dimensão relacional dos processos de trabalho no cotidiano das equipes de saúde, constituindo uma dimensão viva do trabalho. A abordagem pela micropolítica e pelos processos do cuidado que tratam do trabalho vivo acontece num território e numa realidade.^{9,10} A questão principal configura-se pelos modos de realização do trabalho em determinado espaço-tempo, entendendo que é uma relação entre sujeitos situados em lugares

diferentes, mas que, na situação do cuidado, estão em relação e promovem encontros.

A micropolítica do trabalho, segundo Merhy e Franco,^{11,12,13} revela modos de produção do cuidado, que é campo de disputa que tem como centro o trabalho e os modos como ele se realiza. Por isso, o trabalho realizado em ato passa a ser um campo de observação de questões invisíveis aos estudos clássicos e de possibilidade de transformação das práticas cotidianas. O trabalho pressupõe o encontro entre subjetividades que se produzem no ato do cuidado. Não há como ter cuidado sem as pessoas, as relações, os encontros e as subjetividades. Na organização do trabalho, não há apenas técnicas e equipamentos, há encontros e relações, que disputam fortemente a orientação e a organização do trabalho.

Merhy¹³ nos alerta que a centralidade do serviço de saúde deve ser o usuário, e que o trabalho que se realiza no seu interior deve contribuir com a solução dos problemas e com o andar autônomo dos sujeitos. As dimensões tecnoassistenciais do trabalho em saúde envolvem, portanto, relações que implicam em “acolhimento, criação de vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida.” Frequentemente, as relações de trabalho e cuidado estão dominadas pela lógica de mercado e pelo modelo biomédico que controla os processos de fazer o cuidado. A questão é como desconstruir esse tipo de abordagem e promover

práticas de cuidado que percebam o outro como um sujeito diferente. No contexto do Rio Negro, o outro é marcado por uma diversidade de línguas, outras culturas, outras histórias de relação interétnica. Portanto, o outro é de fato diferente e significa dizer que o cuidado não pode ser realizado pela mesma medida do conhecimento biomédico, sob pena de produzir, ele mesmo, desigualdades.

No que se refere à análise realizada nesse artigo, as questões micropolíticas consideraram aspectos da formação e da experiência profissional dos médicos do Programa, a organização do trabalho nas Unidades e nas Equipes, a variação na cobertura da atenção básica e sua conexão com a atenção especializada na perspectiva dos profissionais do Programa, a capacidade de escuta às expressões culturais da população usuária dos serviços, o acolhimento a grupos específicos e o vínculo do profissional com o território, bem como o efeito da experiência no Programa na vida profissional dos médicos participantes.

O perfil de formação e a experiência dos médicos intercambistas entrevistados tem uma relação direta com o tipo de atenção desenvolvida na Atenção Básica e nas equipes. Quanto à formação dos médicos cubanos há que destacar que é ampla e com forte ênfase na medicina de comunidade e também que considerar que, naquele país, não há tão grande elitização do ingresso nos cursos de medicina e atuação próxima da comunidade. Além disso, todos os

entrevistados possuem mais de dez anos de formados e com experiência no trabalho com comunidades rurais de Cuba. A participação em outras “missões” internacionais traz uma carga de experiências que vai desde a formação até a organização de serviços de saúde em situações de catástrofes naturais. Os médicos desse município participaram em missões na Venezuela, Honduras e Haiti, sendo que no primeiro país participaram na formação dos profissionais médicos e na estruturação do sistema pela lógica da Atenção Primária à Saúde e nos outros dois tiveram uma participação de caráter humanitário por conta de furacão e terremoto. Na experiência profissional, parece haver maior contato com a diversidade em diferentes países e regiões, o que parece facilitar a gestão do cuidado nesses contextos.

O primeiro efeito da chegada dos médicos do Programa foi o aumento imediato de médicos nas equipes de Estratégia da Saúde da Família – ESF. A cobertura da Atenção Básica passou de 63,73% para 70,6%, culminando em uma ampliação de 11%. A questão não é tanto quantitativa porque seis das sete equipes já tinham médicos, mas qualitativa porque com os médicos do Programa as equipes passaram a ter médicos com 40 horas, diferente da situação anterior que os médicos tinham contratos de 20 horas com a Atenção Básica do município e 40 horas com o hospital. Outro aspecto é que os médicos passaram a se dedicar exclusivamente à Atenção Básica, sendo que 8 horas são dedicadas para a educação permanente em saúde. No

desenho anterior, frequentemente, especialistas eram destacados para atuar na atenção básica, com graus variados de desconhecimento com os princípios da atenção básica. O perfil profissional dos médicos do PMM é mais próximo do perfil preconizado para a atuação na atenção básica.

Os médicos que atuavam na Atenção Básica antes do PMM eram do quadro de militares que vinham para atuar no hospital, dada a grande dificuldade para captar profissionais médicos com outras características. O período médio de permanência desse profissional na região é de dois anos. Portanto, os médicos militares ou prestando serviço militar na região tinham como principal atividade o hospital e não a Atenção Básica. Segundo entrevista com o gestor, a regra atual do exército permite que o médico tenha outro contrato com o município para um período de 20 horas.

[...] antes do Programa Mais Médicos a mão de obra utilizada pra contratação da Atenção Básica eram os militares, e às vezes a gente tinha um médico civil, ficamos com um uns 2 anos, mas ele era do DSEI e atendia Atenção Básica com um vínculo de 12h. Os militares a gente contratava 20h um médico do hospital de manhã e outro 20h à tarde, na mesma UBS e na mesma Estratégia Saúde da Família [...] (Gestor).

A rotatividade fazia parte da dinâmica do trabalho em saúde na região devido à carência de médicos e outros profissionais. A presença dos profissionais médicos permanentes na equipe produz efeitos na imagem que os usuários têm da Atenção Básica, como analisa uma médica cubana:

[...] aqui nesta cidade tem diferença, porque os pacientes desta região tem atenção médica, eles

não estão acostumados a ver um médico com esta frequência que nós estamos aqui, a gente tem uma permanência de 40h no posto e antes de nós chegarmos para eles procurar um médico custava muito trabalho, então aqui a gente consegue fazer acompanhamento. (Médica A).

A presença do profissional também auxilia na diminuição da demanda espontânea, pois há possibilidades de fazer um planejamento tendo como referência os Programas de Saúde da Atenção Básica, com captação direta e busca ativa de usuários. Foi muito enfatizado pelos médicos entrevistados a preocupação pelo cuidado do usuário pela equipe de saúde, com o acompanhamento das pessoas nos seus respectivos territórios.

[...] o objetivo do trabalho daqui é precisamente diminuir o paciente que tem que chegar lá no hospital, então tudo tem que ser planejado, controlado, agendado e de equipe. O atendimento não é só do médico, mas da equipe completa [...] (Médico C).

A organização do trabalho da equipe foi outro aspecto destacado pelos médicos “ [...] Duas vezes por semana terça e quinta nós fazemos as visitas domiciliares com uma equipe completa agente comunitário, enfermeiro e eu médica, mas se precisamos que alguém esteja presente como a psicóloga ou assistente social nós convidamos porque é tudo agendado...” (Médica A). No discurso dos médicos, o trabalho multidisciplinar é um pressuposto para a atenção no território, valorizando o papel do ACS:

[...] Então os agentes de saúde olham o paciente e quando nós temos as reuniões eles falam quais os pacientes que precisam por ex: diabéticos, hipertensos, e nós vamos até lá para auxiliar. O trabalho em conjunto é muito importante, como nós

somos estrangeiros as enfermeiras ajudam o paciente a compreender o que nós estamos falando, no trabalho em equipe a atenção ao paciente é mais integral e a qualidade bem melhor [...] (Médica B).

[...] contamos com a ajuda dos agentes comunitários porque são eles que tem contato direto com a população. Eles são os que conhecem a população, eles são os que conhecem os pacientes, eles são os intermediários entre o posto e a comunidade, então a gente se apoia muito neles. (Médico D).

O trabalho com a equipe é difícil, é difícil porque nem todo mundo tem um jeito de pensar igual, nem todo mundo tem as mesmas funções, eles podem por exemplo, agora ficar trabalhando com bolsa família e eu estou aqui fazendo meu atendimento, a enfermeira está fazendo preventivo, está supervisionando o trabalho de cada um, é difícil mas acho que cada um procura fazer o que lhe corresponde, sua função e se cada uma faz sua função. (Médica A).

[...] sempre coloco o agente comunitário porque para mim ele é uma das pessoas mais importante, o profissional mais importante que tem na unidade, ele é o elo entre a população e a equipe da unidade [...] (Médico F).

A questão do acompanhamento dos usuários foi marcante em quase todas entrevistas, sendo que a equipe precisa elaborar estratégias para criar vínculo para ter adesão aos programas:

[...] tenho aqui um total de 12 grávidas onde o pessoal consegue fazer acompanhamento mensal se é uma paciente que não tem risco ou se tem baixo risco e quinze dias uma paciente que tem risco ou alto risco, mas a gente consegue fazer esse acompanhamento pela enfermeira e por mim, o posto procura que nunca fique sobrecarregado o trabalho da enfermeira ou o meu, se ela fez encaminhamento na consulta anterior, continua para fazer acompanhamento comigo e então a gente consegue intercambiar [...] (Médica A).

[...] acho que em todo sistema, depois que a mulher tem o seu filho custa muito trabalho fazer acompanhamento no posto, mas a gente trata de tomar estratégias: se ela vem pegar vacina, aí mesmo aproveita para passar com a

médica, com a enfermeira para consultar puericultura. (Médico F).

Mehry⁸ aponta que o trabalho vivo permite fazer reflexões acerca da condição do sujeito ativo no mundo do trabalho. No relato acima, observa-se uma aposta na cogestão do trabalho. O desenvolvimento do trabalho, assim compreendido, constitui-se numa “travessia de fronteiras”, já que desloca o limite da possibilidade de sua realização para o campo do “trabalho vivo em ato”, ultrapassando as possibilidades de atenção integral quando comparado a um trabalho rotinizado e predominantemente normatizado. Ainda sobre a autonomia para a gestão da clínica e sua visão de mundo, o médico do programa se vê como um profissional adequado, com formação profissional capaz de realizar o cuidado a pessoas em regiões de alta vulnerabilidade social e grande diversidade sociocultural.

Quando questionamos quanto aos aspectos culturais da população e suas tradições, os médicos apresentaram discursos respeitosos pelas diferenças e, em alguns casos, tentando estabelecer diálogos e parcerias para a produção do cuidado integral do usuário.

[...] então a gente trabalha com vista em só melhorar a qualidade de vida da população, nunca mudar os estilos e modo de vida da população porque isso é impossível pelo menos para nós aqui no Brasil, pelo menos orientar como elas podem viver melhor, com mais saúde, com respeito a alimentação, a higiene, a convivência, com respeito a tudo porque tudo tem a ver com a saúde humana. (Médica A).

O trabalho realizado na atenção básica no PMM produz efeitos na organização do sistema especializado, pelo aumento da demanda. Foi unânime o registro de dificuldades dos médicos quanto aos encaminhamentos para especialistas. Algumas situações são resolvidas quando há o especialista no hospital do município. Senão, a gestão municipal precisa encaminhar os usuários para outras localidades através do Sistema de Regulação – SISREG, mas que não garante uma consulta rápida.

Acho que o problema fundamental tá no atendimento. São Gabriel da Cachoeira pela distância que tem da capital - Manaus, necessita de recurso humano médico especializado, falo de cirurgião, falo de obstetra, falo de pediatra, falo de ortopedista, falo de otorrino, falo de oftalmologista porque a gente o que consegue é dar atendimento básico mas se não tem onde encaminhar o que posso fazer? (Médica B).

A gente trata de evitar que o paciente chegue ao limite, mas quando tá crônico e necessita ser avaliado, a maioria dos pacientes chega aqui e a gente não dá para fazer outra coisa que não seja encaminhar. Eu faço atendimento, faço acompanhamento, coloco medicação, solicito exames que demoram, de fato sei, o exame demora demais. Relato médica A.

O hospital, hoje só tem um cirurgião e já quase a mais de um ano não tem pediatra. Antes tinha um cardiologista, mas foi embora. Então é difícil, não tem uma UTI, quase um pronto socorro, mas que não é uma unidade de uma UTI. Então o município é de difícil acesso, porque o município não tem rodovias, você vai de barco ou você vai de avião, não tem jeito. Então, infelizmente as transferências, as referencia para Manaus, a emergência médica tem que ter uma estabilidade para depois poder trasladar, porque você não pode trasladar um paciente instável ela vai morrer. Então hoje aquela atenção secundária, eu penso assim, deve ser uma prioridade no futuro e não num futuro tão tardio, deve ser num futuro

precoce para poder o município ter uma atenção à saúde melhor, porque infelizmente você não pode fazer muita coisa na atenção básica, se você não tem aquele resguardo hospitalar, é muito difícil. E isso é um problema.

As demandas para atendimento especializado, que não teve expansão proporcional ao aumento do acesso real ao cuidado na atenção básica, permanecem como um problema em diversas localidades. Novos estudos devem se debruçar sobre os principais componentes desse aumento da demanda: ampliação do acesso, situações clínicas mais avançadas, experiência dos profissionais do PMM, resistências dos serviços e profissionais da rede especializada.

Outra dimensão micropolítica analisada, refere-se à experiência profissional no ingresso no PMM. Quando questionados quanto às experiências que mais tem marcado a sua presença na região e no trabalho em saúde, apareceu como algo marcante o problema da desnutrição e da mortalidade infantil.

Experiências são muitas, mais aqui. Em Cuba não existe a desnutrição infantil, em cuba tem 0% de desnutrição infantil, mas aqui temos visto muitas pessoas desnutridas, sobretudo crianças. A mulher tem muitos filhos e, claro, desatende a um desses filhos, então é algo que humanamente nos choca muito ver. São crianças, é difícil [...]” Relato médico D.

A unidade básica de saúde no início lembro que chegava muita criança sobretudo com doenças graves, com encaminhamento para hospital, precisavam esse encaminhamento urgente. Já a Unidade hoje quase não recebe já crianças com doenças graves. Eu lembro no início que morriam crianças por doenças agudas e são coisa que já não acontecem aqui no município,

pelo menos aqui na área não acontece. Eu fiquei muito triste. Eu trabalhei primeiro lá no Posto do Areal que é mais longe de aqui do centro da cidade mesmo e os costumes são mais diferentes. A população tem menos condições de vida e todas essas coisas e aí tive que assistir a morte de uma criança de 2 anos e fazer o atestado de óbito. Muito triste. Há muito tempo que não fazemos um atestado de óbito. O médico cubano não está acostumado a essa situação, porque lá em Cuba é muito difícil uma criança morrer para doenças agudas, não lembro, nunca assisti. De fato um médico de atenção básica de lá, nunca faz um atestado de óbito de uma criança, porque sempre morrem dentro do hospital por doenças muito graves, muito graves mesmo [...] (Médico E).

Com esses depoimentos entendemos que a questão da desnutrição e da mortalidade infantil não são naturalizadas ou transformadas somente num dado de algum indicador. As situações listadas pertencem à sensação vivencial dos profissionais, remetendo-os às vivências pessoais e familiares. As situações são chocantes para esses profissionais, porque estão comparando com o seu país e a construção social da saúde. Assim, a presença desses profissionais nos ajuda a sermos vigilantes quanto ao perigo da reificação das informações e das estatísticas e o efeito que isso pode produzir no cuidado. Nos exemplos citados, pode-se verificar a gestão da clínica com base em tecnologias leves, na medida em que o usuário e seus familiares são chamados à cena para organizar o cuidado, mas, sobretudo, uma ênfase importante na prevenção de doenças e na promoção de saúde, de forma ativa pelos profissionais e unidades.

O Programa e os seus efeitos na realidade do Município

O Gestor Municipal avalia que Programa Mais Médicos, sob o ponto de vista financeiro, trouxe uma economia de recursos para o município, pois os custos pagos aos médicos fora do Programa são maiores, não apenas no município, mas para muitos que são distantes das capitais e regiões mais densamente povoadas. Algumas vezes, o município “ficava refém do sujeito que estava disponível e do preço que ele queria cobrar pelo seu trabalho.” No entanto, entende que a avaliação no Programa ultrapassa a questão financeira, “[...] mas a gente vê uma dimensão muito maior: o vínculo, a qualidade da atenção, a questão de fixar, da rotatividade [...] (Gestor).

A rotatividade diminuiu porque não precisou mais fazer contratos pontuais com médicos militares do hospital. Em regra, não se conseguia um médico de família de tempo integral e com dedicação exclusiva à Atenção Básica. Segundo o gestor, o médico militar não tinha a dedicação exclusiva ao município porque a sua presença na região se devia ao contrato com o exército. Convém destacar que a maioria dos médicos militares que atuam no hospital são especialistas, como cirurgião, ginecologista, pediatra. No entanto, no período da pesquisa, o próprio exército estava tendo dificuldades para trazer os especialistas para a região, tendo que fazer um rodízio com médicos de outras regiões do país. O hospital possui 42 leitos para internação e ambulatório.

O gestor entende que o principal efeito do PMM está no fato de se poder manter as equipes da Estratégia da Saúde da Família e a Atenção Básica funcionando de acordo com a política nacional:

Eu acho isso de você ter fixo o médico, porque a nossa cobrança como gestor pra Atenção Básica em todos esses tempos é a presença do médico na equipe. Sempre foi, pois no CNES se não tiver um médico pelo menos 60 dias, eu perco a equipe. Então eu preciso ter um médico. Pela organização política, dessa política implantada pelo governo, ele é uma figura importante e se não tiver não existe a Estratégia. Hoje nós estamos muito tranquilos e aí quando eu vou fazer uma defesa da Atenção Básica como gestor, falo que hoje nós temos médicos em todas as equipes de ESF, em todas as Unidades. Estamos bem, não tem como reclamar de nada. Esse é o impacto porque nós não estamos falando se ele é cubano ou não, mas o Programa deu a presença do médico hoje fixo na atenção, porque a necessidade inclusive é cultural nossa é que eu tenho o atendimento do médico. Ouvi várias reclamações, por exemplo, em alguma reportagem agora recente no SUS né, “não eu fui lá mas só tinha enfermeira pra me atender, eu vim embora, cadê o médico?” e aí com esse Programa a gente conseguiu sim. Olha eu tenho médico na minha cidade, na minha unidade tenho 07 médicos, tem um em cada uma estão trabalhando legal. Tá ótimo. (Gestor)

Segundo o Gestor, o trabalho dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica “reduziu a entrada na urgência-emergência do hospital”, pois a gestão municipal sempre foi cobrada pelo diretor do hospital que a porta de entrada estava sendo a urgência-emergência. “[...] conseguimos melhorar a qualidade da Atenção Básica com a presença do Programa Mais Médicos [...]” (Gestor municipal).

Os efeitos também se deram para dentro da vida dos médicos do Programa, pois se sentiram acolhidos pela população e parte da comunidade. “Formamos parte não só de uma UBS, comemoram os nossos aniversários, a nossa chegada, após as férias, ou seja, sempre lembram todas as atividades e também formamos parte de uma comunidade, moramos numa comunidade, com vizinho, com pessoas que costumamos visitar, saudar [...]” (Médico C).

Considerações Finais

O Programa Mais Médicos teve efeitos visíveis e percebidos na realidade do Município.

Possibilitou a presença de profissionais médicos de tempo integral nas Unidades Básicas de Saúde, o que produziu efeitos para o acesso da população e para o trabalho dos demais profissionais das equipes. As equipes passam a produzir mais, de forma mais regular e mais próxima do que o preconizado nos protocolos e rotinas, gerando um efeito positivo na produção do cuidado. Além disso, com uma maior qualidade na Atenção Básica, há uma sensível diminuição da entrada na urgência e emergência do hospital, assim como grande oscilação de demanda espontânea nas unidades.

Sob o ponto de vista da gestão, a diminuição da rotatividade foi um grande avanço para a Atenção Básica, pois o tipo de contrato realizado com médicos anteriores ao Programa e seu perfil não eram os mais adequados para o fortalecimento do trabalho junto à população em seus territórios. Desse modo, as equipes de saúde puderam realizar os programas de saúde com regularidade, impactando na diminuição da demanda espontânea e nos casos mais agudos. Essa situação permitiu o incremento de consultas e procedimentos, mas também das ações de prevenção e promoção da saúde, as atividades coletivas e a interação com o território. Estudos com dados consolidados de doenças e óbitos são importantes para analisar o impacto do Programa, mas há constatação de melhora no perfil de demanda nas unidades.

O Programa cumpre com um dos seus objetivos que é de provimento de profissionais

médicos em regiões como o município de São Gabriel da Cachoeira, mas também contribui para que se discuta outros aspectos como a formação dos profissionais da região. Vimos a importância de um profissional ser de um local com grande

diversidade linguística e cultural. Desse modo, poderemos nos aproximar do princípio da equidade, de uma saúde de qualidade que reconheça a diferença e a alteridade.

Referências

- ¹ Ministério da Saúde (BR). Mais Médicos – Dois anos : mais saúde para os brasileiros. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: <http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf>
- ² Collar JM, Neto JBA, Ferla A. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. Saúde em Redes [Internet]. 2015 [citado em: 15 dez 2016]; 1(2):43-56. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/591>.
- ³ Ferla A et al. O Programa Mais Médicos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): analisando efeitos nas políticas e práticas no sistema de saúde brasileiro. Porto Alegre: UFRGS; 2015.
- ⁴ Oliveira FP et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface Comun Saúde Educ. 2015;(19): 623-634.5
- ⁵ Santos, LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cien Saúde Colet. 2015;(20):3547-3552.
- ⁶ Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>
- ⁷ Souza, MLP. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: O caso do estado do Amazonas. Tempus (Brasília). 2015;(9):191-197.
- ⁸ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do censo demográfico 2010. [Internet] Brasília; 2013. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>
- ⁹ Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ¹⁰ Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus (Brasília). 2012; 6(2):151-163.
- ¹¹ Merhy EE, Franco T. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. [Internet] 2003. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
- ¹² Merhy EE. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. [Internet] 2005. [citado em: 15 dez 2016] Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>
- ¹³ Merhy EE, Franco T. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.