



## Artigos Originais

# Programa Mais Médicos: a percepção dos usuários e profissionais da equipe da Saúde da Família sobre a qualidade da assistência no extremo sul catarinense

More Medical Doctors Program: the perception of users and professional team family health care about quality in the far south catarinense

Wanessa Zanotto<sup>1</sup>  
Janaina Medeiros de Souza<sup>1</sup>  
Ione Jayce Ceola Schneider<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

**Resumo:** O objetivo é investigar a percepção dos usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família a respeito da qualidade da Atenção Primária a partir da inclusão, na equipe, de um profissional do Programa Mais Médicos. Participaram usuários e profissionais de uma Equipe de Saúde da Família por meio da utilização de um instrumento e de uma entrevista semiestruturada. Estes foram analisados de forma qualitativa, por meio da análise temática, e quantitativa, por meio de frequência absoluta. Na percepção dos usuários o atendimento prestado pelo profissional do Programa foi mais humanizado e integral. Na percepção dos profissionais da Equipe de saúde não houve diferenças em relação à dinâmica da equipe, em especial pela demanda de trabalho. Conclui-se que o Programa se mostrou positivo na percepção dos usuários, porém não alterou a dinâmica organizacional.

**Palavras-chave:** atenção à saúde, estratégia saúde da família, atenção básica.

**Abstract:** This study aimed to investigate the perception of users and Health Team professional family about the quality of primary care from the inclusion in the team, who is a professional from More Medical Doctors Program. The survey was conducted with users and professionals of the Family Health Team through the use of an instrument and a semi-structured interview. These were analyzed qualitatively, through thematic analysis, and quantitative through absolute frequency. In the perception of users the service provided by the professional program was more humane and integral. In the perception of the health team professionals there were no differences in team dynamics, difficulty was mainly by the demand for labor. It was concluded that the program was positive perceptions of users, but did not change the organizational dynamics.

**Keywords:** health care, family health strategy, basic attention.

## 1. Introdução

No ano de 2013, segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, existia uma relação de 1,8 médicos para cada mil habitantes. Em países como Argentina, Uruguai, Portugal e Espanha este número varia de 3 a 4 médicos a cada mil habitantes<sup>1</sup>.

Cerca de 700 municípios não apresentavam médicos residentes e 22 estados estavam abaixo da média brasileira, cinco destes tinham menos de 1 médico por mil habitantes – Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Com o objetivo de melhorar o diagnóstico da saúde no Brasil, em julho de 2013 o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos que faz parte de um conjunto de ações previstas no Pacto Nacional pela Saúde<sup>1,2,3</sup>.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído pela Presidenta Dilma Rousseff, através da Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013. Regulamentado por Portaria Conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, o Mais Médicos prevê 3 Eixos de atuação: Provisão Emergencial; Educação e Infraestrutura<sup>1,3,4</sup>.

Após dois anos de início do Programa Mais Médicos, cerca de 18.240 médicos passaram a atender a população de 4.058 mil municípios, o equivalente a 73% dos municípios do país, e os 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs). Esses profissionais estão garantindo atendimento na atenção primária a 63 milhões de brasileiros que não contavam com esse serviço<sup>3,4</sup>.

O estado de Santa Catarina apresentava uma relação de 1,6 médicos a cada mil habitantes no ano de 2012. Segundo os dados do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), no início do ano de 2016, existiam um total 396 médicos ativos pelo Programa no estado<sup>5</sup>.

Conforme os dados da pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe), com

cerca de 14 mil entrevistas, nota 9 foi atribuída ao Programa, em uma escala de 0 a 10. Do total de entrevistados, 85% disseram que a qualidade do atendimento médico está melhor ou muito melhor após a chegada dos profissionais do Programa. Além disso, 87% dos usuários apontaram que a atenção do profissional durante a consulta melhorou e 82% afirmaram que as consultas passaram a resolver melhor os seus problemas de saúde<sup>6</sup>.

A qualidade da atenção primária é diretamente afetada pela forma de ação do profissional de saúde e equipe, que se reflete em diferentes formas de acolhimento e cuidado ao usuário. Sabe-se, segundo estudos encontrados sobre a percepção dos usuários, que o tempo de espera pelo atendimento, a falta de humanização da equipe, a falta de clareza nas orientações e a falta de autonomia nas decisões interferem na qualidade do atendimento prestado<sup>7,8</sup>.

Um profissional médico com a formação voltada para os pressupostos da atenção primária à Saúde tem papel fundamental dentro da equipe de Saúde da Família (eSF)<sup>9</sup>. Neste sentido, este estudo teve como objetivo investigar a percepção dos usuários e profissionais da eSF, em um município do extremo sul catarinense, a respeito da qualidade da atenção primária a partir da inclusão na equipe de um profissional médico do Programa Mais Médicos.

## 2. Percurso Metodológico

Esta pesquisa tem natureza qualitativa, uma vez que analisou a percepção dos sujeitos sobre um determinado fenômeno<sup>10</sup>, que no caso é a qualidade da atenção primária à saúde. Seu objetivo tem caráter descritivo exploratório que, segundo Gil<sup>11</sup>, proporciona maior familiaridade com o problema.

A pesquisa foi realizada por meio da utilização de um instrumento em formato de formulário que contém questões selecionadas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e de uma entrevista semiestruturada. Estes instrumentos foram aplicados em duas versões: uma indicada para os profissionais da equipe de atenção primária e outra para os usuários. Além disso, foram aplicados em dois momentos distintos, com um intervalo de tempo de dois meses. No primeiro momento, as questões foram referentes à qualidade da atenção primária antes da chegada do profissional do PMM, sendo perguntas retrospectivas, visto que este médico já estava atuando na unidade. As entrevistas duraram em média 25 minutos.

A população de estudo contou com profissionais da equipe de atenção primária e usuários das três eSF do município Balneário Arroio do Silva. O município em questão possui 11.616 habitantes, fica localizado no Extremo Sul Catarinense, e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,746. Conta com duas unidades básicas de saúde e 3 equipes de SF<sup>12</sup>.

A amostra foi formada por participantes recrutados por conveniência, e como critério de inclusão, a equipe selecionada foi a que recentemente havia recebido um profissional médico vinculado ao Programa Mais Médicos. Os usuários foram convidados a participar de acordo com seu interesse e disponibilidade no momento que a pesquisadora estivesse na unidade básica de saúde em questão, no primeiro momento. No segundo momento, eles foram contatados por telefone, e foi agendado um horário para a realização da entrevista.

Os profissionais da eSF foram contatados pessoalmente, de forma a se verificar o melhor momento para realização das entrevistas e aplicação do Instrumento direcionado aos profissionais, executado em local apropriado da unidade, designado pelo profissional, o que possibilitou o sigilo.

O preenchimento dos Instrumentos (em formulário próprio, em papel) foi feito pelo pesquisador, de forma a evitar problemas quanto à leitura e interpretação das questões. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas.

As informações dos Instrumentos foram analisadas de forma qualitativa, por meio da análise temática de Minayo<sup>10</sup>, e também de forma quantitativa, por meio de frequência absoluta.

Os usuários estão identificados no decorrer deste artigo por nomes de flores, e os profissionais por personagens de livros do autor Jorge Amado para manter em sigilo suas identidades.

O projeto atende aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob protocolo **CAAE**: 49875815.1.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisados declaram não haver conflito de interesses.

## 3. Resultados e Discussão

A primeira coleta foi realizada com um total de 21 usuários vinculados a eSF, em um segundo momento os usuários foram novamente contatados e as entrevistas refeitas. Neste período, ocorreu perda amostral de doze usuários; entre os motivos desta perda estão: a dificuldade de comparecer à segunda entrevista devido ao horário de trabalho, mudança de número telefônico e não comparecimento na unidade durante horário marcado para a realização da entrevista.

Quanto aos profissionais, inicialmente oito foram entrevistados, no segundo momento de coleta, quatro destes. A perda amostral se deu devido à contratação de novas agentes comunitárias de saúde (ACS) e pela dificuldade de encontrar horário disponível para a realização da entrevista na agenda de trabalho.

Os dados quantitativos coletados a partir do Instrumento estão apresentados nas categorias de forma sintetizada. Este possuía questões referentes ao acesso aos serviços de saúde, realização de consultas, acolhimento, atenção integral, vínculo, matriciamento, reunião de equipe e realização de visitas domiciliares.

Quando analisados os dados dos instrumentos dos usuários, observou-se que os participantes relataram aumento no tempo de duração consulta com o médico do Programa Mais Médicos, que o médico tornou-se o profissional que mais realiza a escuta dos usuários, melhora no acolhimento e nas orientações prestadas, realização de exame físico durante a consulta, tempo suficiente para o usuário falar durante o atendimento, e que possuem facilidade de acesso para retirar dúvidas após as consultas.

Em relação aos profissionais não foram identificadas mudanças em relação à organização, realização de reuniões e capacitações para os profissionais da eSF após a chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos.

A partir da transcrição e análise das entrevistas dos Usuários, as seguintes categorias foram criadas: Satisfação e Insatisfação, Desigualdade de acolhimento e Interesse pelo paciente. A partir das entrevistas dos profissionais, as categorias criadas foram: Comunicação, Participação social, Subdivisão da equipe por profissão, Capacitações e Relação médico/comunidade.

### 3.1 Usuários

#### 3.1.1 Satisfação e insatisfação

Alcançar a satisfação dos usuários é um dos principais objetivos dos serviços de saúde. Isso é fundamental para a garantia da qualidade da atenção. A satisfação com o serviço de saúde é influenciada por vários fatores, como: o conhecimento do funcionamento do serviço, a cultura local, as ações dos profissionais diante das demandas apresentadas, e as experiências passadas na utilização do serviço<sup>13,14</sup>.

Sabe-se, segundo estudos encontrados sobre a percepção dos usuários, que o tempo de espera pelo atendimento, a falta de humanização da equipe, falta de clareza nas orientações e falta de autonomia nas decisões interferem na qualidade do atendimento prestado<sup>7,8</sup>.

Abaixo estão relatados alguns trechos das respostas dos usuários à questão:

O que deixa o senhor satisfeito/insatisfeito com o atendimento?

Boca de leão: "Nunca me negaram um atendimento. Sempre que eu precisei, eu sempre tive atendimento... Nunca disseram assim pra mim: a gente não tem como te atender, você tem que procurar recurso em outro lugar. Sempre fui atendida, e sempre com boa vontade, nunca usaram de má vontade."

Bromélia: "A gente tem que entender que o paciente ele veio aqui não veio procurar a doença, ele veio procurar a saúde, ele precisa de um carinho, ele precisa de atenção, e aqui não é assim. A gente vem aqui e é mal tratada e mal atendida."

Cravo: "A falta de educação e desprezo que elas nos dão. Não todas, generalizando, tá? Tem umas ali que são uns amores, tu chega ali e elas atendem muito bem, mas tem outras que atendem muito mal."

Crisântemo: "Eu acho que é o tempo de espera, a gente não precisar ficar aqui esperando, ou vir cedo demais pra marcar."

Observou-se que o paciente se sente satisfeito em encontrar atendimento quando necessário, porém fica insatisfeito ao ser mal atendido, como verifica-se no relato da Bromélia e Cravo.

O grande tempo de espera também interfere negativamente na qualidade da atenção prestada, como é relatado por Crisântemo.

Na primeira coleta, os usuários relataram tempo de espera pelo atendimento, em média, de cinquenta minutos; já na segunda coleta, este tempo reduziu para 45 minutos, em média. Porém, os usuários relataram que a espera compensava, pois, o atendimento era de maior qualidade, com mais atenção e cuidado<sup>15</sup>.

Os dados referentes ao tempo de espera para o atendimento concordam com o estudo de Paz et al.<sup>13</sup>, cujos resultados demonstraram que 58,8% dos usuários relataram ser atendidos na primeira hora e 15,2% relataram esperar mais de 2 horas por uma consulta.

### 3.1.2 Desigualdade de acolhimento

Na entrevista semiestruturada, os usuários relataram que o atendimento, ou seja, o acolhimento, na unidade básica de saúde é bom quando realizado pelo profissional médico e enfermeira; porém o atendimento na recepção da unidade tem menor qualidade, em alguns casos não respeitando o princípio da equidade do SUS, como relatado nos trechos a seguir:

Copo de leite: "Eu que estou acostumada, que eu venho aqui 3, 4 vezes por semana, por causa da saúde dele. Elas já me conhecem e eu já sou mais bem tratada. Tem outras pessoas que vem e que a gente sente que não são bem tratadas."

Begônia: "Eu sei que atender o público não é fácil, mas assim, o que eu vejo algumas vezes quando eu estou esperando para ser atendida são privilégios. E eu acho que todo mundo é igual, e o atendimento deve ser igual para todos."

Garantir a acessibilidade e a equidade no Sistema Único de Saúde é um desafio no âmbito do acolhimento. Equidade é um parâmetro de justiça e distribuição igualitária, referindo-se a diferenças desnecessárias e evitáveis. Neste contexto é fundamental haver qualificação dos profissionais das eSF por meio de debates e educação continuada<sup>16</sup>.

O acolhimento é considerado uma ação de humanização, não apenas um recurso técnico no início da triagem<sup>17</sup>. Deslocar o eixo centrado no profissional médico para uma equipe multiprofissional, capaz de realizar escuta qualificada, auxilia a relação dos profissionais com os usuários. Este é o pilar fundamental da construção de um novo modelo de atenção primária à saúde<sup>18</sup>.

É fundamental que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida. Algumas vezes há incompatibilidade da demanda e do olhar técnico-profissional, neste caso, é necessário um esforço de diálogo e compreensão. Conhecer os usuários não só facilita a identificação do problema, como também o seu acompanhamento. Implementar efetivamente o acolhimento como diretriz demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção primária: requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores<sup>19</sup>.

Na coleta realizada na unidade básica de saúde em questão, quando questionados sobre a qualidade do acolhimento recebido os usuários consideraram inicialmente, antes da chegada do Médico vinculado ao Programa Mais Médicos, que o acolhimento era bom; posteriormente 6 usuários responderam que o acolhimento era muito bom. Quanto ao profissional da eSF que mais realiza a escuta aos usuários, o enfermeiro foi o mais citado inicialmente, posteriormente o profissional médico. Vale ressaltar que o modelo de acolhimento desta unidade é pela equipe de acolhimento do dia.

Sobre a resolubilidade das demandas dos usuários, 100% dos usuários responderam que a equipe busca resolver suas demandas. Um estudo realizado por Falk et al.<sup>20</sup> com 89 usuários, identificou que 63,6% dos usuários reconheciam a resolubilidade como fator indispensável no acolhimento.

### 3.1.3 Interesse pelo paciente

O interesse médico está cada vez mais focado nas estruturas internas do organismo e em busca de lesões que expliquem as doenças. Visualiza-se o paciente em seguimento, não como um todo, como um ser único. Assim, a importância do sujeito é cada vez mais secundária e o lugar do indivíduo é o de portador de lesões<sup>21</sup>.

Quando os usuários foram questionados, na entrevista semiestruturada, sobre o que os deixam satisfeitos em relação ao atendimento estes relataram que é o interesse pelo paciente. Como pode-se visualizar no relato abaixo:

Orquídea: "O interesse dela pelo paciente. Ela é muito interessada, ela interage muito bem com o paciente." (quando questionada sobre o que deixa satisfeito com o atendimento)

Após a análise dos dados coletados nos instrumentos, pode-se observar aumento, para o dobro, no tempo de duração consulta. O médico tornou-se o profissional que mais realiza a escuta dos usuários, todos os usuários relataram que o médico os chama pelo nome e há tempo suficiente durante o atendimento para que possam falar sobre seus problemas e preocupações.

O número de usuários que relataram a realização do exame físico durante a consulta subiu de 1 para 9.

Os dados encontrados no estudo de Brito<sup>15</sup>, que entrevistou 243 usuários pacientes de médicos cubanos em unidades de saúde em Ceilândia-DF, reafirma a qualidade da consulta prestado pelo médico do Programa, na medida que este médico interessa-se pelo paciente: 67% disseram que a consulta dos médicos do Programa passou a durar mais de 15 minutos; 73% relataram que o médico fez exame físico. Ainda, segundo este estudo a satisfação do usuário está diretamente relacionada ao interesse do médico durante o atendimento.

## 3.2 Profissionais

### 3.2.1 Comunicação entre a equipe

Para o desenvolvimento de um trabalho em equipe, especialmente na área da saúde, a comunicação é um fator essencial para o estabelecimento de relações interpessoais<sup>22</sup>. Porém, muitas vezes devido à grande demanda de trabalho, a comunicação torna-se um desafio, como podemos visualizar nos relatos abaixo:

Gabriela Cravo e Canela: "A própria reunião de equipe, que não tem faz muita diferença, porque ai não tem a opinião de todas as pessoas da equipe. É muito mais centrada ao médico, ao enfermeiro, ou muitas vezes só centrada ao pessoal da secretária de saúde, a gestão, que não fica nem 1% do tempo aqui dentro né. Então não tem muita participação, assim de equipe toda"

Vadinho: "Na verdade, as reuniões acontecem quando ocorre algum problema. Não acontece para fazer o planejamento da unidade que seria o correto, como eu te falei é bem corrido aqui. Então, quando ocorre o problema a gente se reuni e resolve, mas ai não é tão efetivo."

A comunicação entre os profissionais da eSF deve ser prática diária. Isso garante abordagem multidisciplinar, facilita o planejamento de ação e organização horizontal do trabalho. Boa comunicação permite a abertura de espaços para a discussão e fortalecimento da atenção primária, por meio do respeito e cooperação entre a equipe<sup>23</sup>.

Quando questionados sobre a realização de reuniões em equipe e planejamento de ações, após a chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos, três profissionais relataram haver reuniões, um respondeu que não há.

Nos relatos citados a cima, *Vadinho* relata que as reuniões ocorrem apenas quando há problemas. O excesso de demandas e a grande quantidade de equipes na unidade são fatores que dificultam a realização das reuniões, segundo os profissionais entrevistados.

O excesso de demanda de trabalho também é relatado na pesquisa realizada por Navarro, et al<sup>23</sup>, como fator limitante para o desenvolvimento de uma atenção primária bem articulada e capaz de atuar por meio da promoção e prevenção de saúde.

### 3.2.2 Participação social

A participação ativa dos usuários é essencial no desenvolvimento e controle da atenção primária. Os usuários devem coparticipar com contribuições construtivas para promoção de ações, com vistas a operacionalizar o que é proposto nas políticas e programas que regem o funcionamento do SUS no Brasil<sup>24</sup>.

Neste sentido é importante que a população tenha conhecimento em relação aos aspectos organizacionais da atenção primária. Para isso grupos de educação em saúde são importantes, pois, através deles a população se faz mais presente nas Unidades<sup>24</sup>.

Nos relatos abaixo estão descritas as respostas de dois profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a participação da comunidade:

Quincas Berro D'Água: "É mais ou menos. Antigamente os hipertensos e diabéticos, nas reuniões tinha mais gente do que hoje, porque nos grupo a gente fazia a entrega dos medicamentos, então eles não precisavam vir aqui. Por que o que eles querem é só benefício pra eles, eles não se interessam em ir lá escutar uma palestra, uma instrução. Eles querem o que é bom pra eles. Pegar o remédio sem ter que vir aqui pegar fila. Então acho que diminuiu por isso" (quando questionados sobre a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe).

Antônio Balduino: "A nossa comunidade é bem participativa em tudo, tudo que a gente faz de reuniões de grupos pra eles, eles participam bastante. A chegada da doutora Maria Fernanda ajudou bastante no sentido de elo entre o médico mesmo, por que antes era mais o agente comunitário e o enfermeiro. Mas ela é muito próxima à população, ela interage bastante com eles. Coisa que isso antes não tinha."

Os relatos trazem percepções diferentes sobre a participação social na Atenção Primária. Na fala de *Quincas Berro D'Água* identifica-se a pouca participação da comunidade nos Grupos de Educação em Saúde realizados na unidade. Observa-se também distorção sobre a funcionalidade e objetivos dos Grupos de Educação em Saúde, por meio dos termos 'palestra' e 'instruções'.

Esses grupos têm por finalidade promover a educação popular, que proporciona uma forma de participação comprometida com as classes populares. Visam à troca de conhecimentos entre os usuários e a eSF de forma a criar autonomia em relação à condição de saúde. Deve haver troca horizontal de conhecimento e não hierarquizada<sup>25</sup>.

O segundo relato, de *Antônio Balduino*, ressalta mudança da participação da comunidade em decorrência de melhor relacionamento médico-comunidade, devido à chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos. Segundo o profissional entrevistado o médico é muito próximo da comunidade, possui maior vínculo com estes, o que incentiva participação mais ativa da comunidade.

### 3.2.3 Subdivisão da equipe por profissão

O excesso de demanda de trabalho da eSF dificulta a comunicação entre os profissionais, como já relatado anteriormente. Como consequência disso, os profissionais sentem dificuldade de se reconhecer como Equipe. Os relatos abaixo demonstram isso:

Tieta: "A equipe? Toda a equipe? Médicos, enfermeiros?"

Pedro Arcanjo: "Reunião em equipe e com enfermeira, a chefe."

Dona Flor: "A gente tenta conversar e resolver dentro do setor."

Além da subdivisão da equipe, também fica evidente nos relatos acima uma relação hierarquizada entre os profissionais, e o enfermeiro considerado 'chefe'.

No contexto da atenção primária, faz-se necessário uma abordagem multidisciplinar, bem como o planejamento de ações e de organização horizontal de trabalho. Assegurando assim a promoção do controle social e, o mais importante, o desempenho sincronizado de todos os membros da equipe<sup>23</sup>.

O trabalho em equipe é fundamental para as ações na área da saúde, objetiva a construção de um projeto em comum de cuidados de saúde para atender as necessidades dos usuários com qualidade, de forma integral<sup>23</sup>.

O estudo qualitativo realizado por Leite et al.<sup>26</sup> também aponta as dificuldades de se trabalhar em equipe no contexto do SUS. Em sua pesquisa foram entrevistados 40 profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ressalta-se que o trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as diversas intervenções técnicas e na interação de pessoas de diferentes áreas profissionais. A articulação das ações se dá por meio da comunicação, a qual deve ser horizontal e cotidiana.

### 3.2.4 Escassez de capacitações

Segundo o Artigo 200, no seu inciso III, na Constituição Federal de 1988<sup>27</sup>, é atribuição do Sistema Único de Saúde ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde.

No ano de 2009 foi estabelecida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual define que a educação permanente em saúde é responsabilidade de todas as esferas do governo e deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde<sup>28</sup>.

Nesta pesquisa, ao questionar os profissionais sobre a oferta de capacitações/educação continuada, tanto na primeira quanto na segunda coleta, 75% afirmavam haver esse tipo de oferta. No entanto, nos relatos das entrevistas semiestruturadas observou-se hierarquização quanto aos profissionais que participam das capacitações: elas são mais voltadas para médicos e enfermeiros. Identificou-se, também, que o excesso de trabalho dificulta a ocorrência de maior número de capacitações. Como pode-se verificar nos relatos abaixo:

Gabriela Cravo e Canela: "Tem, mas é lá de vez enquanto, e é mais pro pessoal de nível superior, para técnico e agente é muito pouco."

Tieta: "Poderia ter mais. Eu acho que se houvesse mais tempo, haveria mais capacitações."

A prática da Educação Permanente em Saúde, apresenta-se como desafio evidente no trabalho diário dos profissionais eSF. Concorda com os achados desta pesquisa, o estudo

realizado por Alves et al.<sup>29</sup>, que mostra que a grande demanda de trabalho é o principal agravante que dificulta o estabelecimento de ações formativas aos profissionais.

Além da dificuldade de ocorrência de capacitações existe também a dificuldade de realizá-las de forma efetiva, com discussões relevantes na realidade da atenção primária. Paulino et al.<sup>30</sup> descreve que as ações educativas devem ser problematizadas e só serão relevantes se despertarem nos trabalhadores a capacidade de reflexão sobre seus valores e condutas no cotidiano e provocar transformações. A atualização é fundamental para a realização do trabalho uma vez que o conhecimento é algo dinâmico e a cada dia surgem novas informações que o profissional precisa buscar e acompanhar.

### 3.2.5 Relação médico comunidade

Na percepção dos profissionais, a relação médico comunidade foi o fator que mais experimentou mudanças após a chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos. Segundo os profissionais da eSF este novo médico desenvolveu uma boa relação com a comunidade, o que permitiu a realização de um cuidado mais humanizado e mais integral à população, como pode-se verificar nos trechos expostos a seguir:

Antônio Balduino: "A chegada da doutora Maria Fernanda ajudou bastante no sentido de elo entre o médico mesmo, porque antes era mais o agente comunitário e o enfermeiro. Mas ela é muito próxima assim à população, ela interage bastante com eles. Coisa que isso antes não tinha." (sobre a participação da comunidade)

Vadinho: "A doutora Maria Fernanda, ela é uma excelente médica, como eu te falei, bem vinculada com os pacientes, ela é muito próxima da população e eu acho isso muito importante da saúde pública. Por que hoje em dia esses médicos eles tem dificuldade nisso, assim não menosprezando o trabalho deles, mas eu acho que a estratégia de saúde da família é isso: conhecer realmente tudo o que acontece lá dentro da casa da pessoa pra saber se o que ele fala no consultório tem haver ou não, eu acho isso bem importante, e ela trouxe essa mudança pra dentro da unidade aos poucos."

Construir um bom relacionamento com o usuário requer do médico disposições, como por exemplo, demonstrar real interesse, ter presente que o protagonista do encontro clínico é sempre o usuário. A observação, a capacidade de escutar com paciência e abertura são também elementos fundamentais para construção de uma relação positiva que se reforça no momento do exame físico e da escuta observativa, elementos indispensáveis no encontro médico-paciente<sup>31</sup>.

David Mendel<sup>32</sup>, em sua obra denominada *Proper Doctoring*, faz a seguinte citação sobre o relacionamento médico paciente:

"Os pacientes querem ser escutados e ver que há interesse por eles; querem que o médico procure entender o que pensam, o que sentem, mesmo que não saibam expressá-lo. O médico tem de saber se o paciente está ou não satisfeito com os serviços prestados. Este tipo de relação é impossível se o médico está convencido de ser uma estrela e que, ao paciente, caberia apenas admirá-lo. Todos temos a inclinação de pensar que somos o centro do Universo".

Neste estudo, como já relatado na categoria Interesse pelo Paciente, todos os usuários revelaram que o novo médico passou a realizar exame físico durante a consulta e que este deixa tempo suficiente para que eles possam falar. Estes são fatores fundamentais no desenvolvimento de um atendimento integral, com respeito aos princípios da atenção primária.

## 4. Considerações

Pode-se concluir, após a análise das entrevistas realizadas neste estudo, que a percepção dos usuários em relação ao Programa Mais Médicos foi positiva, na qual foi identificado um atendimento mais humanizado e integral por parte deste novo profissional. Já no âmbito da percepção dos profissionais não houve diferenças em relação à organização e estruturação da equipe, isso se deu principalmente devido à grande demanda de trabalho, o que dificulta a realização de atividades de capacitação e a realização de reuniões de equipe.

## Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela saúde. 2013. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_nacional\\_saude\\_mais\\_medicos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf). Acesso em 26.03.2016.

2. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 9 jul. 2013. Seção 1, p. 4952. [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/16/Portaria\\_Interministerial\\_1369\\_2013Mais\\_Medicos.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/16/Portaria_Interministerial_1369_2013Mais_Medicos.pdf). Acesso em 10.03.2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. <http://maismedicos.gov.br/>. Acesso em 12.03.2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos - Sistema De Gerenciamento de Programas. <http://maismedicos.saude.gov.br/new/web/app.php/maismedicos/rms>. Acesso em 20.03.2016.
6. Azevedo SP, Andrade AC, Ribeiro FW, Salles PRC, Santos STC, Damasceno AG. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Percepção da Comunidade. <http://www.convencionalud2015.sld.cu/index.php/convencionalud/2015/schedConf/presentations>. Acesso em 20.03.2016.
7. Lima T, Arcieri R, Garbin C, Moimaz S, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde Soc* 2014; 23(1): 265-76.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Ministério da Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007.
9. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Martins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 224-44.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2014.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 29.03.2016.
13. Paz EPA, et al. Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(5): 419-26.
14. Bergmann L. A pesquisa de satisfação dos usuários da estratégia de Saúde da Família: uma análise do seu potencial pedagógico na formação dos profissionais para atuação na Atenção Primária. Coleção SUS. Porto Alegre: s.n; 2014.
15. Brito LMD. (Monografia). Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico. Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia-FCE. 2014.
16. Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev salud pública* 2011; 13(4): 703-16.
17. Junges RJ, et al. O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização. *Saúde Soc* 2012; 21(3): 686-97.
18. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17(8): 2071-85.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Acolhimento à Demanda Espontânea. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Falk MLR, et al. Acolhimento como dispositivo de Humanização: percepção do Usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS* 2010; 13(1): 4-9.
21. Gomes L, Vianna C. Interação do profissional de saúde com o paciente idoso. *J. bras. med* 2008; 95(5/6): 36-9.
22. Fernandes HN, et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *J. res.: fundam. Care (online)* 2015; 7(1): 1915-26.
23. Navarro ASDS, Guimarães RLDS, Garanhani ML. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. *Rev Min Enferm* 2013; 17(1): 69-75.
24. Amaral IBDST. Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. *Saúde debate* 2015; 39(107): 1173-81.
25. Prado EVD, Sales C, Nomiyama S. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(Supl 2): 1441-52.
26. Leite DF, Nascimento DDGD, Oliveira MADC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis* 2014; 24(2): 507-25.
27. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.



28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: DF; 2009.
29. Alves MDR, et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. RPCFO 2014; 6(3): 882-8.
30. Paulino VCP, et al. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. Rev enferm UERJ 2012; 20(3):v312-6.
31. Blasco PG. A Arte Médica (II): a relação com o paciente. RBM Oncologia 2014; 71 (esp): 13-21.
32. Mendel D. Proper Doctoring: A Book for Patients and their Doctors. Nova York. New York Review Book. <https://www.amazon.com/Proper-Doctoring-Patients-Doctors-Paperback/dp/1590176219>. Acesso em 03.04.2017.

---

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 19.07.2017

**Wanessa Zanotto**

Universidade Federal de Santa Catarina/Araranguá

Rod. Gov. Jorge Lacerda, 3201

CEP: 88.906-072 Araranguá, SC – Brasil

Email: wazanotto@gmail.com

---