

## Programa Mais Médicos e a medicina científica na perspectiva de Luc Boltanski

*Programa Mais Médicos and the scientific medicine, Luc Boltanski's perspective*

*Programa Mais Médicos y la medicina científica desde el punto de vista de Luc Boltanski*

Priscila Lube Moraes<sup>1</sup> , Edson Theodoro dos Santos Neto<sup>1</sup> , Tatiana Breder Emerich<sup>1</sup> , Adauto Emmerich Oliveira<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil.

### Resumo

**Introdução:** A implementação do Programa Mais Médicos propiciou uma resposta favorável na redução da desigualdade de acesso à saúde no Brasil. **Objetivo:** O estudo visou compreender a implantação do Programa Mais Médicos em dois cenários distintos no estado do Espírito Santo demarcados pela situação de extrema pobreza. **Métodos:** Foram realizadas 23 entrevistas com gestores que atuaram no período de 2013 até o fim de 2016. A técnica de análise de conteúdo foi empregada após a transcrição na íntegra. **Resultados:** Emergiram quatro categorias do material empírico e os resultados reiteraram a possibilidade de acesso aos serviços médicos com a permanência do profissional nas comunidades. **Conclusões:** Demonstrou-se a necessidade de políticas de recursos humanos, reforçando que a proximidade do vínculo profissional-comunidade possibilita melhor comunicação, conforme abordado por Luc Boltanski, além de a interação sociocultural reforçar o debate sobre a formação médica brasileira.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; humanização da assistência.

#### Autor correspondente:

Priscila Lube Moraes

E-mail: prilube@ibest.com.br

#### Fonte de financiamento:

não se aplica

#### Parecer CEP:

CAAE: 63949516.7.0000.5060

#### Procedência:

não encomendado.

#### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 18/11/2021.

Aprovado em: 01/10/2022.

**Como citar:** Moraes PL, Santos Neto ET, Emerich TB, Oliveira AE. Programa Mais Médicos e a medicina científica na perspectiva de Luc Boltanski. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3287. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3287](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3287)



## Abstract

---

**Introduction:** The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program provided a favorable response to the inequality of access to health care in Brazil. **Objective:** This is a study that shows the implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program in two different scenarios in Espírito Santo, both of which were in areas of extreme poverty. **Methods:** 23 interviews were conducted with managers who worked from 2013 to the end of 2016. A content analysis technique was used after full transcription. **Results:** Four categories of empirical material emerged, and the results reiterate the possibility of access to medical services from the permanence of the professional in the communities. **Conclusions:** Showed the needs of personnel policies, the professional bond with the community which allows better communication, in addition to sociocultural interaction reinforce the debate about Brazilian medical training.

**Keywords:** Primary Health Care; Unified Health System; humanization of assistance.

## Resumen

---

**Introducción:** La implementación del *Programa Mais Médicos* dio una respuesta favorable a la desigualdad de acceso a la salud en Brasil. **Objetivo:** Este estudio pretendió comprender la implementación del *Programa Mais Médicos* en dos escenarios distintos en el estado de Espírito Santo, marcados por la situación de extrema pobreza. **Métodos:** Se realizaron 23 entrevistas con gestores que actuaron desde 2013 hasta fines de 2016. Después de haber transcrito el material en su totalidad, se empleó la técnica de Análisis de Contenido. **Resultados:** Del material empírico surgieron cuatro categorías y los resultados reiteran la posibilidad de acceso a los servicios médicos con la permanencia del profesional en las comunidades. **Conclusiones:** Mostraron la necesidad de políticas de personal, reforzando que la proximidad del vínculo profesional-comunidad posibilita una mejor comunicación, según lo abordado por Luc Boltanski, además de que la interacción sociocultural remarca el debate sobre la formación médica brasileña.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; humanización de la asistencia.

## INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em junho de 2013 a fim de solucionar de forma emergencial e resolutiva uma das principais carências do Sistema Único de Saúde (SUS): a fixação de profissionais médicos.<sup>1</sup> Trata-se de uma política pública que visa combater a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, diante da escassez de profissionais médicos no SUS<sup>2</sup> e das desigualdades na distribuição de médicos em diferentes regiões do país.<sup>1</sup> No estado do Espírito Santo (ES), essa desigualdade torna-se evidente pela razão de 12,27 médicos por mil habitantes em Vitória, capital do estado — a maior proporção entre as capitais brasileiras —, e pela razão de apenas 1,43 médicos nas cidades do interior.<sup>3</sup>

A implementação do PMM propiciou uma resposta favorável em relação ao acesso à saúde, visando ao atendimento das necessidades dos brasileiros mais vulneráveis.<sup>4</sup> Apesar da abrangência alcançada pela Atenção Primária à Saúde (APS) ao longo dos anos, alguns desafios demarcam a segmentação da saúde pública brasileira,<sup>5</sup> potencializada pela imposição da estratificação social, em decorrência do sistema capitalista altamente competitivo, que gera grandes desigualdades no país.<sup>6</sup>

A implantação do PMM tem melhorado o acesso das comunidades ribeirinhas e rurais à saúde e à figura do médico, presente nas equipes de saúde e em tempo integral em áreas vulneráveis, o que permitiu a ampliação da resolutividade e a troca de experiências com a equipe e entre profissionais brasileiros e estrangeiros, proporcionando uma APS mais abrangente e resolutiva.<sup>7</sup>

Dessa forma, o PMM possibilitou a prestação de serviços médicos principalmente em áreas rurais, remotas, mais vulneráveis e quilombolas, além da redução das hospitalizações por causas evitáveis, da prestação de atendimento médico mais humanizado e da melhor adesão ao tratamento, resultando em maior satisfação da população e dos gestores de saúde.<sup>8</sup>

Outrossim, o PMM buscou dirimir as desigualdades sociais que determinam o processo saúde-doença.<sup>9</sup> Sabe-se que as desigualdades sociais são determinadas pelas interações de poder, reflexo da história e vivência política de cada sociedade,<sup>10</sup> não apenas ultrapassando diferenças materiais, mas fazendo-se presentes nas experiências cotidianas na região da residência, no local de trabalho e na relação de convívio diário.<sup>11</sup> Essas desigualdades são reveladas na falta de distribuição de renda igualitária, na pobreza e na precariedade de recursos e insumos,<sup>12</sup> traduzindo-se também em desigualdades de saúde.<sup>13</sup>

Sobre esses aspectos, a obra de Luc Boltanski<sup>14</sup> realiza uma abordagem que permeia a relação da imposição da sociedade e das práticas da medicina científica em detrimento das classes sociais dos doentes,<sup>14</sup> que remete ao contexto de análise sociológica diante das mudanças vivenciadas por meio do PMM, como no caso deste estudo. Nesse sentido, esta pesquisa visa compreender a implantação do PMM em dois cenários distintos no Espírito Santo, demarcados pela situação de extrema pobreza, na perspectiva de Luc Boltanski.<sup>14</sup>

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo com entrevistas presenciais e individuais que utilizaram um roteiro-guia semiestruturado e foram gravadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo.<sup>15</sup>

1. Com base em um dos critérios da Portaria nº 1.369, de 8 de julho de 2013,<sup>16</sup> tomaram-se como referência as populações em situação de maior vulnerabilidade e que vivem em extrema pobreza, para verificar quais municípios do estado do Espírito Santo possuíam o maior e o menor percentual de população em extrema pobreza, com base em dados disponibilizados pelo Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN).
2. Os municípios escolhidos para a realização das entrevistas com os gestores foram aquele que apresentava o maior percentual de população em extrema pobreza no estado em 2016 e aquele com o menor percentual de população em extrema pobreza, participantes do PMM, a fim de investigar as diferentes nuances no processo de implantação.

Por um lado, o município de Brejetuba apresenta área de 342.509 km<sup>2</sup> e população estimada de 12.797 habitantes. Localiza-se no interior do estado, a 147 km de Vitória/ES, e é conhecido como a capital nacional do café.<sup>17</sup> Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) em 2016 correspondeu a 0,656, e seu percentual de população em extrema pobreza foi igual a 18,08% no mesmo ano, representando o município com maior percentual de população em extrema pobreza.

1. Por outro lado, Vitória é a capital do Espírito Santo, formada por um arquipélago composto de 33 ilhas e uma porção continental, com área total de 93,38 km<sup>2</sup> e população estimada de 359.555 habitantes.<sup>18</sup> Seu IDH em 2016 correspondeu a 0,845 e seu percentual de população em extrema pobreza foi igual a 1,54% no mesmo período, equivalendo a 33.737 habitantes; a cidade tem portanto o menor percentual de população em extrema pobreza.
2. Para a seleção dos municípios, utilizaram-se apenas aqueles do Espírito Santo que haviam recebido profissionais médicos para o PMM.

Participaram do estudo os gestores que foram coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do segundo semestre de 2013 até o fim de 2016, período que correspondeu ao primeiro ciclo do PMM, nos dois municípios selecionados, desde que os gestores tivessem permanecido no cargo por pelo

menos um ano. Entrevistaram-se ainda o gestor responsável pela atenção primária de cada município e aquele responsável pela atenção primária do estado, no mesmo período.

O conjunto de atores constituiu-se de 23 sujeitos entrevistados, sendo: cinco entrevistas (quatro gerentes de UBS e um gestor da secretaria municipal de saúde) no município do interior; 17 entrevistas (14 diretores de UBS e três gestores da secretaria municipal de saúde) no município da capital; e uma entrevista com a gestão estadual do PMM no estado do ES. Nem todos os atores contactados aceitaram participar, tendo havido três recusas.

Os indivíduos selecionados foram contactados por *e-mail* e/ou telefone, para agendamento de acordo com a disponibilidade, facultando-se aos participantes optarem pelo local de preferência.

As entrevistas foram realizadas face a face pela pesquisadora responsável e analisadas por meio da análise de conteúdo, segundo as etapas de:

1. leitura do material;
2. categorização dos trechos;
3. discussão dos resultados.<sup>15</sup>

Os trechos foram categorizados por meio do *software* de análise de dados qualitativos MAXqda 11.0, a fim de garantir uma análise mais precisa, organizada e transparente.

Utilizou-se o referencial teórico de Luc Boltanski.<sup>14</sup> Nessa perspectiva, a percepção da existência do ser humano, a construção de sua identidade e a vivência na sociedade baseiam-se nas reações e relações que os indivíduos constroem com seus encontros.<sup>19</sup> Apesar de Luc Boltanski<sup>14</sup> utilizar o termo “*médecin-malade*” (em francês), adotaremos “médico-comunidade”, visto que os pressupostos teóricos de saúde ampliada consideram a saúde não apenas como ausência de doença.<sup>20</sup>

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) — Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 58948516.5.0000.5060. Também foi autorizada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Espírito Santo e pela Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS) de Vitória. Todos os entrevistados consentiram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de interesse do estudo, 2013–2016, os municípios contavam com 100% de cobertura da APS. O município do interior tinha cinco equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas e o da capital, 77 dessas equipes.

Nas entrevistas aos gestores, emergiram quatro categorias: possibilidade de acesso aos serviços médicos; apelo à figura do médico científico; proximidade *versus* distanciamento na relação médico-comunidade; e interação sociocultural dos médicos intercambistas.

Vale ressaltar que, apesar do alto percentual de cobertura encontrado, percebe-se que disparidades regionais se fazem presentes, demonstrando a influência da localização geográfica no índice de pobreza de cada município pela dificuldade do interesse e da fixação desses profissionais.<sup>21</sup>

### Possibilidade de acesso aos serviços médicos

Sabe-se que a fixação do profissional médico determina o acesso aos serviços de saúde, uma vez que a insuficiência de médicos existentes na APS e o alto índice de rotatividade desses profissionais ocasionam

uma competição entre municípios, seja por meio da negociação do valor dos vencimentos, seja pela redução da jornada da carga horária, o que interfere diretamente na redução do acesso pela população.<sup>22</sup>

O estímulo à competição individual e à comercialização no seio da sociedade capitalista, na própria relação entre as pessoas, determinou a transformação das relações de poder e de conflito, visto que, enquanto algumas pessoas lucram, outras recebem salários distintos que influenciam nas diferenças e desigualdades sociais, estimulando o acúmulo de capital, de prestígio e de bens materiais,<sup>23</sup> o que também impacta a saúde da população.

Nesse contexto, o valor do salário pago ao profissional interfere diretamente na permanência no emprego. Em decorrência das propostas de salário impostas pelo sistema capitalista, a competição entre os municípios fortalece-se, aliada à autonomia do trabalhador assalariado de recusar-se a trabalhar dependendo de algumas condições,<sup>23</sup> uma vez que o município que paga mais e dispõe de melhores condições de trabalho terá mais possibilidade de fixar médicos.

Dessa forma, a falta de provimento regular de pessoal por parte do governo federal demarca a heterogeneidade na gestão praticada pelos municípios e pelas secretarias de saúde e corrobora a dificuldade de administrar<sup>21</sup> a descentralização e fragmentação impostas pelo SUS, bem como a integração dos serviços de saúde, não considerando as dificuldades de cada região.<sup>24</sup> Nesse sentido, a proposição de políticas de pessoal de dedicação exclusiva ao SUS, valorizando o profissional, contribuiria para a conquista de uma atenção primária de qualidade.<sup>25</sup> Os pressupostos acima, discutidos por Boltanski e Chiapello,<sup>23</sup> são bem vistos na prática médica, corroborando a dificuldade de fixação desse profissional, conforme também pôde ser observado na presente pesquisa:

*“A Implantação do PMM favoreceu, com certeza, porque sempre teve desfalque de médicos na atenção primária, principalmente pela opção salarial. Então muitos não ficavam por conta disso” (gestor — capital).*

A deficiência no acesso à APS faz-se presente prioritariamente nas populações do Brasil que vivem em regiões mais distantes das capitais, de difícil acessibilidade geográfica e em periferias das grandes cidades,<sup>26</sup> configurando as iniquidades de acesso a serviços de saúde. Com a implantação do PMM, o acesso aos serviços de saúde por meio da figura do médico resultou na formação de vínculo, no acolhimento e na integralidade do cuidado como conquistas positivas para a APS.<sup>7</sup> Essas abordagens puderam ser vivenciadas pela gestão do PMM no Espírito Santo, contribuindo para a solução da alta rotatividade dos profissionais, que se constituía em uma das barreiras ao acesso:

*“Um fator crucial do Mais Médicos foi a ampliação do acesso. Lugares que nunca tinha acesso, que não conseguia parar médico, que médico ia uma vez por semana [sic], uma vez a cada quinze dias, uma vez por mês, e ele tinha lá um médico todos os dias, isso foi uma diferença muito importante...” (gestor — capital).*

Não obstante, sabe-se que não existe uma receita única para promover a fixação dos profissionais médicos em áreas remotas e desassistidas. Apesar de o atributo salarial ter sido mencionado em quase todos os momentos, pesquisas demonstram a necessidade da combinação de incentivos não financeiros, como flexibilidade, folgas no trabalho, infraestrutura do local de trabalho e oportunidades na realização de cursos, obtendo-se assim a qualidade do compromisso e o envolvimento pessoal dos assalariados, valorizando os benefícios coletivos e o engajamento profissional.<sup>23</sup>

## Apelo à figura do médico científico

A medicina, culturalmente, é tida como soberana, detentora do conhecimento e das técnicas que propiciam a saúde. Nesse sentido, Luc Boltanski,<sup>14</sup> em sua pesquisa com 128 pessoas na França entre 1967 e 1968, já demonstrava as diferenças hegemônicas no que se refere ao conhecimento médico-científico e à relação médico-comunidade. Pelo conhecimento médico-científico, há a imposição de técnicas científicas em detrimento da própria doença, do corpo e do conhecimento popular. Já no conhecimento médico-comunidade, as pessoas, principalmente de classes mais vulneráveis, possuem possibilidade de fala e escuta; assim, o dito médico pode ser complementado, o que torna a relação menos hierárquica e mais condizente com a realidade individual de cada pessoa, representando as distintas percepções conforme o local de moradia e as experiências vivenciadas ao longo da vida.<sup>14</sup>

Os pressupostos teóricos discutidos por Luc Boltanski<sup>14</sup> na abordagem sobre diferenças entre a medicina e outros profissionais — uma vez que os médicos são atuantes sobre corpos doentes, e não sobre a doença isoladamente — foram abordados também na implantação do PMM:

*“[...] com relação à parte mental do paciente, à parte humana do paciente, isso, pra mim, era um especial deles. E isso fez muito diferença [...]” (gestor — interior).*

Nesse quesito, a atuação profissional sobre uma pessoa apresenta-se diferente de outras atuações, já que o médico, frequentemente, necessita manifestar a prática médica oficial por meio de suas intervenções e prescrições, em detrimento de outros possíveis conhecimentos que possam existir ou ser manifestados.<sup>14</sup> Essas abordagens, discutidas por Luc Boltanski<sup>14</sup> em relação à prática médica, foram observadas na presente pesquisa:

*“[...] chegava um profissional médico, para a gente era uma festa. Porque, assim, o brasileiro tem uma cultura médica centrada, de medicalização. Então, assim, eles querem remédio, eles querem médico. E só quem pode passar o remédio é o médico, entendeu? Então, para eles, ter o médico, de onde for, de qual programa ele for, eles querem o médico, a figura do médico” (gestor – capital).*

Nessa perspectiva, a centralização existente na busca pelo atendimento médico representa um grande entrave para a integralidade dos serviços,<sup>2</sup> como exemplificado por um gestor:

*“[...] a gente não conseguia médico para vir para o interior, porque é muito difícil... a gente ficava um pouco debilitado, um pouco desfalcado... Quando veio o programa Mais Médicos, resolveu tudo para gente... Deu para resolver a demanda da população” (gestor — interior).*

Nesse contexto, o PMM surgiu como tentativa de redistribuição de médicos no Brasil, para a redução das iniquidades de acesso à APS.<sup>27</sup>

## Proximidade versus distanciamento na relação médico-comunidade

As intervenções em saúde devem ser individualizadas, assim como as possíveis técnicas executáveis no cuidado com a saúde, por meio da prevenção, do tratamento e da recuperação de doenças,<sup>28</sup> possibilitando a construção das mediações entre os sujeitos envolvidos.<sup>19</sup>

Quando se considera a relação entre a profissão médica e a promoção da saúde, Gadamer<sup>29</sup> ressalta a importância da humanização desses profissionais. Ele defende a necessidade de desenvolver sensibilidade para com a causa do paciente, de forma a considerar não somente as situações biológicas em questão, mas também a integridade física, psíquica e social envolvida. Isso foi reforçado pelos atores entrevistados:

*“[...] eles davam muita atenção ao paciente. Eu acho que era isso que eles gostavam, que às vezes ele falava que os outros não dava [sic]. Então eles tinham muita atenção com o paciente, a participação deles, a humanidade deles, é de tentar olhar o paciente como um todo. Então, acho que esse é o diferencial, porque eles são atenciosos. E a população busca isso, atenção” (gestor — interior).*

A consciência da necessidade dessa melhor integração e comunicação entre o profissional médico e o paciente foi levantada por Luc Boltanski<sup>14</sup> em sua abordagem, ao tratar de uma relação que se apresenta, muitas vezes, com autoritarismo e superioridade pelo profissional.<sup>14</sup>

A partir da implantação do PMM, a condição de ter o profissional médico em tempo integral em áreas vulneráveis permitiu a ampliação da resolutividade, além de ter conquistado a mudança de postura médica em relação ao paciente e maior comprometimento do profissional com a comunidade:

*“[...] então eu acho que de resultados da implantação do PMM foi essa aproximação com a comunidade. Esse fortalecimento que a gente queria com a estratégia de saúde da família. A gente conseguiu avançar muito naquelas clínicas básicas” (gestor — capital).*

*“[...] é uma relação com a comunidade. E nem é só com aquela família, é conhecer aquele território, o beco tal, do lugar tal. [...] Então, ele conhecia o território dele, ele sabia ali quais eram as situações de maior vulnerabilidade. Antes era uma relação muito dogmática: o saber é meu, eu digo que tem que ser desse jeito e o usuário tem que fazer o que eu estou mandando” (gestor — capital).*

Relatou-se também que a troca de experiências com a equipe e entre profissionais brasileiros e estrangeiros proporcionou uma atenção primária mais abrangente e resolutiva: *“[...] o médico que vinha de fora, ele tinha uma relação pelas questões de formação, pelas questões culturais, ele tinha uma relação melhor com a comunidade” (gestor — capital).*

*“[...] Por causa da facilidade que nós tivemos de acesso a eles, porque eles eram não só resolutivos, mas também de fácil negociação” (gestor — capital).*

Nesse contexto, a reflexão defendida por Luc Boltanski<sup>14</sup> faz menção à distância existente entre o profissional e a comunidade. Quanto maior for esse distanciamento, menores serão o entendimento, a memorização e a replicação do discurso médico, principalmente entre as camadas populares, em comparação com os membros das classes superiores, que normalmente pertencem à mesma classe social que seu médico.<sup>14</sup> Dessa forma, observa-se que o PMM contribuiu na formação de vínculo entre profissional e comunidade.

## Interação sociocultural dos médicos intercambistas

Em razão do atendimento com melhor comunicação, a população demonstrou maior satisfação em receber um tratamento que transpassa a barreira apenas de corpos portadores de doenças, encontrando espaço para a escuta de histórias e desejos, uma vez que a humanização possibilita aos profissionais atendimentos que vão além do controle farmacológico. Considera-se ainda que a *expertise* dos cubanos na arte de olhar, ouvir e tocar pode ser um indicativo para a implantação da cultura do cuidado humanizado e da prevenção como prioridade.<sup>13</sup>

As entrevistas no cenário do ES corroboram esse entendimento com relação aos médicos intercambistas:

*“[...] percebi uma coisa que não percebi em outros médicos, um olhar diferente, que eu acho que isso contava muito. O toque, que eu acho que isso também conta muito. Pelo menos eu acho que aqui, porque nosso município é muito humilde, de pessoas muito pobres mesmo. Então, eu percebi que às vezes os pacientes ficavam satisfeitos por isso... Eu acho que isso fazia a diferença” (gestor – interior).*

*“[...] os médicos cooperados, pelo olhar e a atenção deles na atenção primária, eles conseguiram trazer para a sociedade um olhar e um acolhimento que nós não temos, infelizmente, na cultura do médico brasileiro” (gestor estadual).*

Entende-se que a melhoria da comunicação, independentemente da origem socioeconômica ou cultural, implica minimizar as iniquidades em saúde.<sup>9</sup> Vivemos em um mundo linguisticamente construído, em que o processo de comunicação diferencia e une grupos por meio da compreensão da linguagem verbal, corporal e gestual, somado à dificuldade de comunicação existente na relação médico-comunidade.<sup>14</sup> Assim, percebe-se, no presente estudo, que a possível dificuldade dos profissionais intercambistas com relação à língua não foi um acontecimento confirmado e muito menos restrito a eles, já que a comunicação praticada pela medicina brasileira se mostra dificultosa em razão dos termos técnicos utilizados:

*“No início, eu não vou mentir, porque assustou um pouco. Todo mundo [pensou] ‘ah, cubano, não sei o quê, vem pro Brasil, fala outra língua’. A população, assim, ficou um pouquinho assustada. Mas, depois, a gente tendo contato com eles, deu pra perceber que são pessoas maravilhosas, profissionais muito bem... eles são muito capacitados” (gestor — interior).*

Boltanski<sup>14</sup> enfatiza que a relação médico-comunidade existente é construtora de ansiedade, principalmente para as classes populares, por não existir uma comunicação facilitada nessa relação, uma vez que não existe a transmissão clara dos esclarecimentos diante da doença. Isso pode gerar uma barreira entre o médico e a própria comunidade, visto que o vocabulário especializado existente intensifica essa distância linguística, o que não foi constante no PMM.

Até o presente momento o PMM passou por reformulações em seu delineamento. Em dezembro de 2019, por meio da Lei nº 13.958, o Programa Médicos pelo Brasil veio substituir o PMM, tendo como forma de contratação a carteira de trabalho na busca de um vínculo empregatício mais atraente, estável e com progressão salarial.<sup>30</sup> Essas novas frentes políticas reiteram a atualidade e pertinência de estudos como este, os quais poderão contribuir com novas reformulações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho evidenciou que a implantação do PMM no Espírito Santo, tanto no interior quanto na capital, foi permeada pelos aspectos positivos que esse programa trouxe às populações carentes e desassistidas na percepção dos gestores. Esses benefícios foram elencados pelos entrevistados e discutidos com base nas quatro categorias de análise propostas com base no referencial teórico de Luc Boltanski<sup>14</sup> em suas discussões sobre a prática médica.

A pesquisa reitera a possibilidade de acesso aos serviços médicos com a permanência do médico nas comunidades, tanto na capital quanto no interior, demonstrando não apenas a importância desse profissional pelo apelo à figura do médico científico para a população, mas também a necessidade da articulação com o saber popular, conforme elencado por Luc Boltanski.<sup>14</sup> Além disso, reforça a necessidade de discussão sobre a proximidade *versus* o distanciamento na relação do médico com a comunidade, visto que o vínculo garante melhor comunicação entre eles. Isso foi evidenciado neste estudo pela interação sociocultural dos médicos intercambistas, possibilitando uma nova experiência na história da atenção primária por meio de vivências e práticas humanizadas.

Assim, a pesquisa reforça o debate sobre a construção de políticas de recursos humanos em saúde, que possibilitarão a fixação de profissionais no SUS.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

PLM participou do planejamento e elaboração do manuscrito, análise e interpretação dos dados; ETSN participou da concepção, planejamento e aprovação final do manuscrito; TBE participou da concepção, planejamento e elaboração do manuscrito; AEO participou da elaboração do rascunho e revisão crítica final do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. [acessado em 3 abr. 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)
2. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate* 2018;42(Spe 1):361-78. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>
3. Scheffer M, coord. Demografia médica no Brasil 2018 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2018. [acessado em 20 ago. 2019]. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface (Botucatu)* 2015;19(54):623-34. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>
5. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002;18(Supl.):S77-87. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009>
6. Rocha MPC. A questão cidadania na sociedade da informação. *Ci Inf* 2000;29(1):40-5. <https://doi.org/10.1590/S0100-19652000000100004>
7. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da família. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9):2729-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>
8. Santos W, Comes Y, Pereira LL, Costa AM, Merchan-Hamann E, Santos LMP. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. *Saúde Debate* 2019;43(120):256-68. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019>
9. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
10. Medeiros M. Medidas de desigualdade e pobreza. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
11. Euzébio Filho A, Guzzo RSL. Desigualdade social e pobreza: contexto de vida e de sobrevivência. *Psicol Soc* 2009;21(1):35-44. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000100005>

12. Schenkel MA. O papel da política de saúde sobre as desigualdades nas regiões do Brasil. *Guaju* 2017;3(2):104-21. <http://doi.org/10.5380/guaju.v3i2.55105>
13. Santos JBF, Maciel RHMO, Lessa MGG, Maia ALLN, Guimarães EPA. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. *Saúde Soc* 2016;25(4):1003-16. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016163364>
14. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Brasil. Portaria nº. 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do projeto Mais Médicos para o Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado em 29 ago. 2018]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html)
17. Prefeitura Municipal de Brejetuba. Conheça Brejetuba. [acessado em 10 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.brejetuba.es.gov.br/pagina/ler/1044/conheca-brejetuba>
18. Prefeitura Municipal de Vitória. História de Vitória. [acessado em 10 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/turista/historia-de-vitoria>
19. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* 2004;8(14):73-92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
20. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, org. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 41-80.
21. Campos GWS, Pereira Júnior N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(9):2655-63. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>
22. Santos L, Pinto H. *A saúde da família de cara nova: a gestão interfederativa do SUS*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2008.
23. Boltanski L, Chiapello È. *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
24. Santos MLM, Bertussi DC, Kodjaoglanian VL, Merhy EE. O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e190052. <https://doi.org/10.1590/Interface.190052>
25. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública* 2018;34(8):e190052. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>
26. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2015;20(11):3547-52. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>
27. Arruda CAM, Pessoa MV, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Percepções de gestores municipais de saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface (Botucatu)* 2017;21(Suppl 1):1269-80. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>
28. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc* 2009;18(Suppl 2):11-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>
29. Gadamer HG. *Dove si nasconde la salute*. Milão: Raffaello Cortina; 1994.
30. Brasil. Lei nº. 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2019. [Acessado em 6 mar. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13958.htm).