



Artigos Originais

Discurso do Sujeito Coletivo sobre o provimento do Programa Mais Médicos: uma visão de gestores da macrorregião Nordeste de Santa Catarina¹

Discourse of the Collective Subject on provision of the More Medical Doctors Program: a vision by the management staff from the Northeastern macro-region of Santa Catarina.

Marcos Aurélio Maeyama¹
Clarice Aparecida Munaro¹
Luiz Gustavo Teixeira Pinto¹

Leonardo Augusto Esteves Lopes de Oliveira¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: Desde o seu início em 1994, a Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica no Brasil (APS/AB) apresentou importantes conquistas com expansão considerável de cobertura e resultados expressivos de melhoria nos indicadores sanitários. Nos últimos anos, a carência de médicos para compor as equipes tem impedido seu crescimento, num cenário de ausência e alta rotatividade profissional. Em função desta realidade, o Programa Mais Médicos foi criado, em 2013, para, dentre outros, realizar provimento emergencial para a APS/AB em municípios com dificuldade de contratação, com a participação de médicos brasileiros, e médicos intercambistas e cooperados estrangeiros. Santa Catarina apresentou vários municípios elegíveis e tem participado do Programa desde seu início. O objetivo do estudo foi identificar a percepção do impacto da chegada de médicos pelo Programa em municípios da macrorregião Nordeste do estado, na visão de respectivos secretários municipais de saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal e para a análise de dados utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A partir das falas dos participantes, foram construídas oito Ideias-Centrais com os respectivos Discursos-Síntese: A adesão ao provimento do Programa Mais Médicos foi pela necessidade de provimento emergencial ou para expansão das equipes; Houve movimentos de resistência à implantação do provimento do Programa Mais Médicos; Os médicos do Programa cumprem efetivamente a carga horária semanal determinada; O perfil profissional do médico do Programa é voltado para APS/AB; O problema do perfil do médico brasileiro está na formação; Existem dificuldades de gestão e organização do provimento do Programa; A manutenção dos avanços conquistados na APS/AB depende diretamente da continuidade do Programa Mais Médicos. O Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores aponta para uma avaliação bastante positiva do Programa, com desejo de continuidade e expansão, compreendendo-o como possibilidade de qualificação da Atenção Básica e melhoria do processo de atenção à população.

Palavras-chave: atenção primária em saúde, atenção básica, programa mais médicos, recursos humanos.

Abstract:

Since its beginning in 1994, the Primary Health Care/Basic Health Care in Brazil (APS/AB) has achieved significant gains with considerable coverage expansion and expressive results of improvement in the sanitary indicators. In recent years, the lack of physicians to build the staff has hindered its growth in a scenario of professional absence and high turnover. In the light of this reality, the More Medical Doctors Program was designed in 2013 with the target, among other purposes, to make the emergency provision for the APS/AB in municipalities with hiring difficulties through the participation of Brazilian physicians besides foreign physicians from exchange and collaborative programs. Santa Catarina introduced several eligible municipalities and participated of the Program since its beginning. The objective of the study was to identify the perception of the impact upon the arrival of the Program medical doctors in the municipalities from the Northeastern macro region of the state from the point of view of municipal health secretaries. The data were collected by means of focus group and their analysis was performed via the technique of the Discourse of Collective Subject. Eight Central Ideas were constructed from the participants' speeches with their respective Discourses and Synthesis: The adherence to the provision of the More Medical Doctors Program occurred due to the need of emergency filling of positions or for the expansion of the teams; There were movements of resistance to the implementation of provision for the More Medical Doctors Program; The physicians of the Program meet the weekly workload effectively; The professional profile of the Program medical doctor matches the APS/AB principles; The problem with the profile of the Brazilian medical doctor is in the professional education; There are managerial and organizational difficulties in the provision of the Program; The maintenance of the conquered improvements in the APS/AB depends directly on the continuity of the More Medical Doctors Program. The Discourse of Collective Subject of the management staff points to a quite positive evaluation of the Program aligned with the wish of continuity and expansion

¹ Produto da pesquisa estadual Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 2014/1, Termo 2015TR363, e realizada com o apoio direto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

while understanding it as a possibility of qualification of the Basic Health Care and of improvement in the process of care to the population.

Key words: Primary health care; basic health care; more medical doctors program; human resources.

1. Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, estabelece e determina que "A saúde é direito de todos e dever do Estado", que deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais¹, reconhecendo assim, a saúde a partir de um conceito ampliado.

O modelo de organização proposto pelo Ministério da Saúde para responder a esta determinação, pelo seu impacto positivo em diversos países com sistemas universais, foi a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo do sistema de saúde.

Desde sua implantação, em 1994, inicialmente denominada de Programa Saúde da Família, e hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou Atenção Básica (AB), a APS no Brasil teve crescimento quantitativo considerável, e resultados expressivos com melhoria de diversos indicadores de saúde.

Apesar deste indicativo positivo, em 2011, a ESF estava implantada em 5.284 municípios brasileiros, com cobertura aproximada de 110 milhões de brasileiros, o que representava 51,6% da população², número ainda distante da universalização da saúde, e conseqüentemente da melhoria das condições de vida e saúde de boa parte da população.

Uma das maiores dificuldades encontradas para atingir a cobertura universal da APS/AB é justamente o fato de o número de médicos por habitantes ser insuficiente³. Este cenário de certa forma explica a dificuldade que os gestores municipais têm enfrentado para contratar médicos para a Atenção Básica³.

Neste contexto de carência de médicos, especialmente para a Atenção Básica, foi instituído o Programa Mais Médicos, por meio da Lei Federal 12.871/2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS, inferindo tanto nas políticas educacionais, quanto no provimento de médicos em regiões prioritárias para o SUS³.

As políticas de formação previstas no Programa deverão ter impacto a médio e longo prazo, e visto a necessidade imediata de médicos, o Programa apresenta em seu interior uma dimensão de curto prazo – provimento imediato de médicos na Atenção Básica –, em regiões prioritárias e de maior vulnerabilidade social³.

O provimento do Programa Mais Médicos permite o ingresso de médicos com diplomas validados no Brasil e também de médicos formados em instituições estrangeiras por meio de intercâmbio e cooperação internacional, sendo que para os que não possuem diploma validado no Brasil, o trabalho é limitado à Atenção Básica por um período de três anos, sendo vedado qualquer outro tipo de trabalho médico³.

A presente pesquisa teve o objetivo de identificar o impacto da chegada de médicos pelo Programa Mais Médicos em municípios da macrorregião de saúde Nordeste de Santa Catarina, na visão de respectivos gestores.

2. Percorso Metodológico

Este artigo é parte dos resultados da Pesquisa "Impacto Social do Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: Realidades e Perspectivas", financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 2014/01, Termo 2015TR363, e se dedica a discutir os resultados da macrorregião Nordeste.

A macrorregião Nordeste é composta por 13 municípios, com uma população de 894.286 habitantes e contava, no momento da pesquisa, com 32 médicos lotados pelo Mais Médicos.

Para este estudo foi utilizada metodologia qualitativa, por esta permitir a identificação de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, que interferem na construção das relações, processos e fenômenos⁴, portanto, adequado para um Programa que nasce cheio de embates, movidos pelos movimentos de hegemonia e contra hegemonia na saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal, no espaço de reunião da Comissão Intergestora Regional, e contou com a presença de 7 secretários municipais de saúde, sendo estes os sujeitos da pesquisa, dos quais 6 eram gestores de municípios que haviam recebido médicos pelo provimento do Programa.

A escolha pelo grupo focal se deu por permitir a criação de uma situação interativa mais próxima da vida cotidiana, e por apresentar referências de processos de construção de realidade social⁵, portanto, apropriado pelo fato de os gestores compartilharem rotina de enfrentamentos semelhantes na gestão da Atenção Básica. Foi utilizado roteiro semiestruturado de perguntas, e a partir das falas dos entrevistados, outros questionamentos foram feitos.

Todos os secretários receberam convite antecipadamente, e entre os presentes na reunião, todos aceitaram e participaram da pesquisa.

A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita para análise, com aviso e consentimento prévio dos participantes.

A partir de leitura inicial da transcrição e das anotações realizadas durante o grupo focal, observou-se grande nível de concordância tanto das expressões verbais quanto gestuais, provavelmente pelo fato de os participantes vivenciarem dificuldades semelhantes no cotidiano de gestão do SUS e da Atenção Básica. Por este motivo, foi feita a opção da utilização do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC⁶ – para análise e apresentação dos resultados.

A técnica do DSC consiste em analisar o conjunto do material verbal coletado, e apresentar os resultados sob forma de vários Discursos-Síntese, que visam expressar o pensamento de uma coletividade⁷.

A primeira etapa da técnica consiste em selecionar os trechos mais significativos dos depoimentos colhidos na entrevista relacionados ao tema em questão, que são denominados de Expressões-Chaves⁷.

As Expressões-Chaves que guardam íntima relação temática entre si são agrupadas e delas inicialmente se produz uma Ideia-Central que corresponde a uma breve síntese deste agrupamento de Expressões-Chaves⁷.

Posteriormente, o pesquisador, a partir das Expressões-Chaves e das Ideias-Centrais, organiza o material e produz um Discurso-Síntese, que corresponde a um pensamento coletivo sobre determinado tema, ou seja, o DSC⁷. O papel do pesquisador é organizar as várias falas – que se apresentam de forma fragmentada, e às vezes desorganizadas – em um discurso (ou vários), que expresse com clareza o pensamento coletivo.

Os Discursos-Sínteses produzidos representam o pensamento coletivo dos gestores sobre o impacto da chegada do Projeto Mais Médicos nos seus municípios.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da UNIVALI, sob o parecer 1.177.923.

Foram respeitados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa, sendo os convidados informados sobre os objetivos e riscos da pesquisa, no ato do convite e antes do início da coleta de dados.

3. Resultados e Discussão

a) Ideia-Central – A adesão ao Programa Mais Médicos foi pela necessidade de Provimento Emergencial ou para Expansão das Equipes

Expressões-chaves selecionadas:

É regra da maior parte dos municípios, a falta de médicos... Eu acredito que a falta de profissionais de todos os municípios levou ao credenciamento... Os três anos garantidos do médico facilita muito pra gente, porque não são recém-formados buscando a residência, que em um ano, dois anos, abandonam o município... Por ser um município grande, temos dificuldade porque os médicos não querem um vínculo só... O Programa facilitou a ampliação do número de equipes de saúde da família... Financeiramente é extremamente viável. O custo pro município é bem inferior ao do médico contratado, ajuda muito.

DSC - A adesão dos municípios ao Programa Mais Médicos foi motivada pela necessidade de efetivamente ter um médico compondo a equipe de Saúde da Família. A necessidade se expressa tanto na sua carência total, como também pela grande rotatividade e dificuldade de fixação do profissional, com vazios assistenciais nestes períodos. Além disso, a adesão e a consequente vinda de profissionais, permitiu também o aumento do número de equipes e a qualificação da cobertura da Atenção Básica no município. O acréscimo de financiamento federal também facilitou à adesão ao Mais Médicos.

Ainda que o Brasil apresente grandes desigualdades de distribuição de médicos, mesmo nos grandes centros ou nas regiões com maior densidade de profissionais, na Atenção Básica existe uma carência generalizada de médicos, o que justifica a adesão ao Projeto, sejam municípios de pequeno, médio ou grande porte.

O motivo da adesão destes gestores ao Mais Médicos vai ao encontro da finalidade de criação do Programa, que foi concebido a partir do reconhecimento de que existe a falta de profissionais da medicina³.

Vale lembrar ainda que a agenda política de criação do Programa nasce da manifestação pública da Frente Nacional de Prefeitos, de ordem suprapartidária e suprarregional, ocorrida em fevereiro de 2013, cujo movimento teve como slogan "Cadê o Médico?", solicitando ao Governo Federal, por meio de uma petição, medidas imediatas que permitissem a contratação de médicos formados em outros países⁸.

A premissa de que não faltam médicos, nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, é relativa, e ainda desconsidera a necessidade específica da Atenção Básica, a qual é o foco do Programa. Segundo dados do Ministério da Saúde, no período anterior ao lançamento do Programa, o Brasil possuía a média de 1,8 médicos/1.000 habitantes, e o Estado de Santa Catarina apresentava a média de 1,69 médicos/habitantes, portanto, abaixo da média nacional⁹.

A possibilidade de adesão ao provimento do Programa Mais Médicos foi definida em um conjunto de critérios que consideravam: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais⁹.

A análise da série histórica de credenciamento, alteração e suspensão de equipes, já caracteriza a dificuldade de contratar ou manter um médico na Atenção Básica, mesmo nos municípios que realizam concursos públicos, sendo grande a rotatividade, ou mesmo o não preenchimento das vagas. Isso faz com que inclusive municípios de médio e grande porte tenham dificuldade de provimento médico e se tornem elegíveis, e, portanto, a crítica de que os médicos do Mais Médicos estariam em lugares que não teriam necessidade, não é verdadeira. É fato que talvez existam muitos outros lugares com maior necessidade, mas também é fato que a necessidade de médicos para a Atenção Básica é geral para todo o Brasil.

Um estudo realizado no Brasil em 70 Unidades Básicas de Saúde, e 506 profissionais de saúde, identificou que a rotatividade de médicos e enfermeiros é bastante grande, sendo que poucos permanecem mais de dois anos¹⁰, principalmente o médico, que em muitos casos não chega a ficar um ano, ratificando o cenário de dificuldade de provimento e fixação descrita pelos gestores.

O provimento oriundo do Programa também propiciou o aumento do número de equipes. Esse aspecto é bastante importante, pois, com o incremento de novas equipes, o território passa a ser redistribuído e as equipes passam a trabalhar com uma cobertura populacional mais próxima do ideal – pois muitas equipes convivem com um número excessivo de população sob sua responsabilidade –, melhorando a atenção e a realização de outras atividades não realizadas pelo excesso de demanda.

Esta dificuldade relatada pelos gestores em ampliar o número de equipes, pela falta de médicos, pode ser confirmada por informações do DATASUS, que apresenta um crescimento de apenas 1,5% da ESF, nos últimos sete anos⁹.

Ainda que a ampliação do acesso (provimento ou expansão) não seja um indicador absoluto de melhoria de qualidade da assistência, ela favorece em muito o seu desenvolvimento, especialmente nos lugares com constante falta do profissional médico.

Outra questão, que se mostrou secundária, mas que também favoreceu a adesão ao Mais Médicos, foi a contrapartida financeira federal. O pagamento da bolsa para o médico realizado pelo governo federal desonera a folha salarial das prefeituras de maneira bastante importante, especialmente dos municípios menores, que possuem menos recursos financeiros.

b) Ideia-Central - Houve movimentos de resistência à implantação do provimento do Programa Mais Médicos

Expressões-chaves selecionadas:

Recebemos uma pressão muito forte do sindicato dos médicos, de conselhos de medicina, pra não aderir ao Programa... Sofremos por conta do corporativismo da classe médica, que não queria... Aponta só os defeitos, os erros, que do meu ponto de vista, acontecem com médico brasileiro e cubano, todo mundo erra... Eles não queriam que os cubanos tivessem aqui... Parece que nem os tutores querem ser tutores. Porque são médicos brasileiros... No começo tinha a resistência de um profissional médico do município. Mas com a competência e perseverança dela, conquistou a equipe e o usuário... Houve a resistência inicial, mas creio que depois com o trabalho deles, foi se quebrando e tá sendo muito bom.

DSC – No lançamento do Mais Médicos, houve pressões vindas da corporação médica para que os municípios não realizassem adesão, oriundas principalmente do Sindicato dos

Médicos e dos Conselhos (Federal e Estadual) de Medicina, o que reverberou na não aceitação dos médicos estrangeiros pelos médicos brasileiros, inclusive por parte de supervisores do Projeto. A aceitação dos profissionais estrangeiros, especialmente os cubanos, se deu principalmente pela demonstração de sua capacidade profissional, legitimando suas práticas, pelo menos nos espaços micropolíticos dos municípios.

A força corporativa da medicina, a dependência excessiva do profissional e o próprio endeusamento existente na figura do médico sempre foram motivos de dificuldade de enfrentamento à corporação.

O fato é que a carência de profissionais é o que mais favorece este cenário de poder, hegemonia e "superioridade".

A vinda de médicos estrangeiros ou de brasileiros com diplomação no exterior, e o aumento da oferta de cursos de medicina, previstos no Programa, em tese, poderia significar a perda de privilégios, concorrência, diminuição de poder e remuneração. Neste cenário, a corporação médica se mostrou contrária à criação do Programa e especialmente à vinda de médicos estrangeiros.

Desta forma, o Programa nasce recheado de posicionamentos políticos partidários alinhados aos discursos e critérios corporativistas, apoiados ainda pelo comportamento midiático a serviço dos interesses do capital, em contraposição aos que defendiam a implantação do Programa e o aumento de cobertura da Atenção Básica¹¹.

A primeira divergência foi quanto ao número de médicos. As principais entidades médicas alegavam que o problema não estava na quantidade, mas sim na distribuição de médicos pelo território nacional.

O então vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná afirmou que o Brasil possui 400 mil médicos, e que a cada ano forma outros 18 mil, e que este quantitativo é mais do que suficiente para a realidade do país¹².

Como já descrito, o Brasil apresentava, na época de lançamento do Programa em 2013, a média de 1,8 médicos/1.000 habitantes¹³. Em levantamento mais recente realizado em 2015, este número subiu para 2,11 médicos/1.000 habitantes, mas, ainda assim, este aumento da média foi bem abaixo das de países que oferecem sistemas universais de saúde, como França (3,0 médicos/1000 habitantes), Reino Unido (2,7 médicos/1000 habitantes) e Suécia (4,0 médicos/1000 habitantes)¹⁴.

Quanto à abertura de novos cursos de medicina em território nacional, a corporação médica também foi contrária com a alegação de que já havia proporcionalmente no Brasil muitas escolas de Medicina, em comparação a outros países que não apresentam déficit de profissionais. Porém, o número total de vagas ofertadas nas escolas do Brasil, é bastante inferior ao de outros países (como Reino Unido e Austrália), o que impacta na proporção de formandos por habitantes e consequentemente no equilíbrio da proporção de médicos por habitantes⁹.

Além disso, as poucas vagas existentes estão concentradas em regiões mais ricas e maior concentração de médicos⁹. O objetivo é levar a criação de novos cursos de medicina a lugares com pior distribuição e menor acesso da população, exatamente para que se crie estrutura, melhore a oferta de serviços, facilite a fixação de médicos nestes locais e consequentemente diminua as desigualdades em saúde¹².

O aspecto que gerou maior controvérsia na criação do Programa foi a autorização da vinda de médicos estrangeiros ou brasileiros com diplomação no exterior, sem o processo de revalidação de diploma no Brasil. Isso produziu grande movimento das entidades médicas, com campanhas nas redes sociais e na mídia, questionando a formação "duvidosa", especialmente pelo fato de a maioria ser originária de Cuba, inflamando o cenário político e ideológico, que já havia no país, instalado pelo processo eleitoral¹⁵. O discurso pelo "Revalida" foi a tônica dos protestos, para que a garantia da qualidade fosse atestada.

É necessário pontuar que o discurso da ética pela garantia da qualidade da formação e do atendimento, por essência, deve ser defendido por todos e válido para todos. Porém, nesse sentido universalizante da ética, a boa formação também deveria ser discutida com a mesma ênfase e dada a mesma repercussão na mídia, quanto à prova anualmente realizada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, desde 2005, semelhante à prova da Ordem dos Advogados do Brasil, na qual os índices de aprovação são bastante preocupantes. O exame é obrigatório para quem deseja o registro na entidade, mas não está condicionado à sua aprovação no exame. No ano de 2014 e 2015, o índice de reprovação foi de 55% e 48,1%, respectivamente¹⁶, o que sugere insuficiência para a prática médica profissional. Esses percentuais não foram suficientemente divulgados pela mídia e redes sociais; tampouco, no próprio ambiente

educacional e profissional. Porém, há de se louvar a iniciativa da entidade que, além de reconhecer a necessidade de monitoramento da qualidade da formação médica, promoveu a avaliação e publicou os resultados.

Outros países que apresentam equilíbrio na proporção de médicos por habitantes recorrem regularmente a programas de recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Dados de 2011 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico demonstraram que médicos com diplomação estrangeira representavam 37% no Reino Unido, 25,9% nos Estados Unidos, 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá. Em contrapartida, o Brasil possui um dos sistemas mais restritivos do mundo para validação de diplomas obtidos em outros países, independente da nacionalidade⁹, demonstrando a força corporativa da medicina no país.

A chegada dos médicos estrangeiros em locais onde havia médicos brasileiros formados no Brasil refletiu esse cenário corporativista criado pelas entidades de classe médica, acirrando ainda mais a rejeição do médico estrangeiro. Os "erros" dos médicos estrangeiros eram propositalmente expostos e divulgados em redes sociais e mídias de massa, bem ao oposto do que costuma ocorrer quando um suposto erro é atribuído a um médico e colega brasileiro, com postura de discrição em nome da ética profissional (corporativa). Não significa defender a exposição de todos, mas ser ético é estar do lado da verdade, em defesa dos usuários e não de interesses pessoais ou corporativos.

Com o passar do tempo e aceitação muito positiva da comunidade, os próprios médicos brasileiros, já conhecedores do trabalho dos colegas estrangeiros, de sua capacidade técnica, e de seu perfil profissional, superaram a cisma inicial e a convivência se tornou mais amistosa.

Importante salientar que a vinda de médicos estrangeiros ou de médicos brasileiros com diplomação no exterior, só está prevista quando as vagas destinadas ao provimento do Programa não são preenchidas por médicos com diploma validado no Brasil⁹.

A intenção é que com o aumento da oferta do número absoluto de vagas nos cursos de medicina e também dos Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, o Brasil possa alcançar, em 2026, a média de 2,7 médicos/1.000 habitantes, e desta forma substituir gradativamente os médicos intercambistas e cooperados por médicos formados no Brasil⁹.

c) Ideia-Central – Os Médicos do Programa cumprem efetivamente a carga horária semanal determinada

Expressões-chaves selecionadas:

Temos dificuldade de contratar profissionais que queiram um vínculo de oito horas... Por ser distante dos grandes centros, os médicos não aderem quarenta horas. Normalmente, eles querem redução de carga e tudo mais...Quando veio o pessoal da OPAS, só tivemos experiência favorável. Hoje os médicos cumprem carga horária. Antes, a gente tinha que pegar qualquer um e se adequar às exigências que eles faziam... A adesão nos garante um médico quarenta horas.

DSC – O histórico anterior de carência de médicos, sempre deixou os municípios à mercê destes profissionais, se sujeitando às condições impostas por eles, especialmente quanto ao não cumprimento de carga horária e/ou outros benefícios. A chegada do Programa Mais Médicos, especialmente com a vinda de médicos estrangeiros, moralizou o cumprimento efetivo da carga horária semanal determinada, inclusive, com reflexos em profissionais contratados por processo seletivo ou concurso público no município.

A organização da ESF, por características próprias de seus atributos e processo de trabalho, exige um médico com dedicação de 40 horas semanais. Por outro lado, a carência histórica do profissional médico no Brasil fez com que muitos deles tivessem vários vínculos empregatícios. Isso dificultou bastante o preenchimento de vagas nas equipes, especialmente em municípios menores. Aliado a isso, muitos destes não possuíam recursos financeiros atrativos para a fixação de médicos.

Este cenário favoreceu a construção de "acordos" entre médicos e gestores, em geral com a "permissão" de cumprimento menor do que às 40 horas semanais, sem prejuízo dos vencimentos financeiros. Esse consentimento por parte dos gestores, ainda que seja uma forma de reter o médico, também é utilizado para uma aparente economia em salários¹⁰. Esta prática, diga-se de passagem, ilegal e antiética, se tornou tão corrente que foi naturalizada em muitos lugares, já sem estranhamento por parte de outros profissionais e da própria população.

O Ministério Público Federal, desde 2012, baseado em denúncias de não cumprimento de carga horária por parte de profissionais de saúde, especialmente de médicos, tem cobrado e

fiscalizado os municípios, para a instalação de biometria para registro de frequência em todas as unidades do SUS e cumprimento integral da carga horária determinada para o cargo.

Diferente do cenário nacional, o cumprimento de carga horária é prática natural em outros países. A chegada dos médicos estrangeiros, especialmente da cooperação internacional, não se mistura com a cultura brasileira, ao contrário, contamina positivamente outros médicos contratados do município, que passam também a respeitar o cumprimento da carga horária, seja por consciência ou desconforto.

Além de propiciar o acesso a mais de vinte milhões de pessoas ao Sistema de Saúde, a chegada do Programa possibilitou a continuidade do profissional médico na equipe e a garantia do cumprimento da carga horária de trabalho, influenciando na melhoria em todo o processo de cuidado nas equipes de Atenção Básica¹⁷.

Um estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, com gestores municipais a respeito do Mais Médicos, identificou que eles atribuem a melhoria da atenção ao fato de ter sempre médicos na unidade básica, com cumprimento efetivo de carga horária⁹.

Além da questão cultural que envolve o médico estrangeiro, o cumprimento de carga horária também pode ter sido favorecido pelo fato de haver supervisão médica in loco no Projeto.

d) Ideia-Central - O perfil profissional do médico do Programa Mais Médicos é voltado para APS/AB

Expressões-chaves selecionadas:

Os médicos do programa têm um olhar mais generalista do paciente. Os encaminhamentos para as especialidades é cerca de 30% menor do que dos médicos brasileiros contratados... A resolutividade deles é muito significativa...Eles não encaminham pro especialista, ou pedem exame por qualquer coisa... O povo adora porque existe o acolhimento... Justo pela formação mesmo; formação da saúde da família... Tem disponibilidade para aprender e se adaptar. O brasileiro não... É muito mais acessível do que com os médicos brasileiros. Então, a conversa, solicitações é tudo muito mais fácil... Eles conseguem dar mais respaldo para tomada de decisão das equipes... Jeito diferente dela dar a volta na mesa, sentar na frente da mesa com o paciente, conversar, tocar, examinar...Teve a dificuldade inicial da comunicação, mas o acolhimento, a disponibilidade, e a simplicidade do médico cubano, aproximam das pessoas e facilita a conversa. Tudo tranquilo quanto ao idioma, não prejudicou em nada.

DSC – O médico cubano possui formação generalista, é muito resolutivo e somente encaminha ao especialista ou solicita exames, em casos realmente necessários. Ele possui uma prática humanizada e acolhedora, trabalha em equipe apoiando e respaldando as decisões de forma horizontal, é bastante humilde e acessível, e se adapta facilmente as condições de trabalho. Estas características facilitaram a superação da dificuldade inicial do idioma. Este perfil profissional vai ao encontro das necessidades da população e do SUS.

As dúvidas e críticas levantadas, quanto à formação dos médicos estrangeiros (especialmente cubanos) no lançamento do Mais Médicos, não se justificaram e, ao longo do tempo, a qualidade de formação destes profissionais pôde ser comprovada.

As características profissionais dos médicos estrangeiros (de maioria cubana), descritas pelos gestores participantes da pesquisa, quanto à boa capacidade resolutiva, atenção humanizada e acolhedora, e trabalho em equipe, fecham com alguns dos atributos necessários para prática da APS, como porta de entrada preferencial (acessibilidade), coordenação do cuidado e integralidade da atenção.

O perfil do médico cubano citado pelos gestores pode ser explicado pela formação e currículo destes profissionais, que na sua grande maioria tinha residência em Medicina de Família e Comunidade e experiência em APS, ao contrário da maioria dos médicos brasileiros que ingressam sem titulação ou experiência prévia¹⁵.

Além disso, todos os médicos participantes do Mais Médicos têm carga horária semanal reservada para a realização de curso de especialização em Saúde da Família como oferta de educação permanente¹¹.

Outras pesquisas realizadas no Brasil revelaram que a partir da chegada dos médicos do Programa, os profissionais que compunham suas equipes identificaram mudanças importantes no processo de trabalho, com aumento de acessibilidade, maior capacidade de acolhimento e vínculo, ampliação da clínica para além do biológico, garantia de visitas domiciliares, entre outros, contribuindo para melhoria da qualidade da atenção¹⁸.

Além da visão dos profissionais, pesquisas realizadas com usuários Brasil afora confirmam o perfil profissional dos médicos do Mais Médicos, descrito nesta pesquisa, como ampliação dos

cuidados médicos com prática humanizada caracterizada pela escuta qualificada, atenção e diálogo^{8,19}.

Outro ponto de destaque nas falas dos gestores é quanto à disponibilidade e capacidade para o trabalho em equipe dos médicos cubanos, com relações horizontais de apoio, incentivo e retaguarda.

Esta capacidade de trabalho em equipe também foi identificada em outra pesquisa na qual profissionais das equipes relatam que o médico não faz distinção de categoria profissional, esclarecendo dúvidas de todos os membros da equipe e auxiliando nas dificuldades de trabalho, e destacam esta forma de trabalho como parceria¹⁸.

O que parece favorecer essa disponibilidade para o trabalho em equipe e a prática humanizada, ou seja, as relações que estes médicos constroem com seus colegas de trabalho e com seus pacientes, é sua biografia. São pessoas que vem de uma sociedade de iguais, o que por si já implica em relações mais solidárias e horizontais, pois faz parte de sua vida social; e ainda corroborada pela formação médica que, por essência, entende a prática médica como ato de cuidar, despida de valores comerciais capitalistas. Ou seja, ser humilde e solidário é absolutamente natural.

Do contrário, Mário Testa²⁰, já afirmava que nos países capitalistas, a lógica mercantil tem tamanha força sugestiva nas pessoas, que transforma os objetivos de determinadas práticas sociais – como a medicina, criada para o ato de cuidar – em práticas meramente mercantis, portanto, totalmente distinta do motivo pela qual foi concebida.

Na opinião dos gestores, estas características de humildade, disponibilidade e humanização do médico cubano, foram capazes de superar a barreira do idioma, um dos pontos mais criticados no início do Projeto.

O Mais Médicos prevê um período obrigatório de acolhimento dos médicos estrangeiros antes da chegada ao município, incluindo capacitação para comunicação em português⁹. Além disso, antes de chegar ao Brasil, os médicos cooperados recebem aula de português em seu país.

Os gestores afirmam que após um curto período inicial as dificuldades comunicacionais foram superadas, não interferindo na atenção e na orientação de cuidados.

Diversos estudos realizados no Brasil demonstraram que esse problema foi superado, seja por estratégias comunicacionais utilizadas pelas equipes¹⁹, ou mesmo com o próprio passar do tempo¹⁸.

A não constituição de barreira pode ser confirmada pelas pesquisas que indicaram que a maioria dos pacientes (87%) consultados pelos médicos estrangeiros compreenderam suas orientações, embora alguns afirmem que isso ocorreu com alguma dificuldade, mas ao mesmo tempo foi destacada a grande disponibilidade do médico em explicar o problema e o cuidado necessário⁸.

Mesmo com características muito positivas dos médicos cooperados destacadas em várias pesquisas, o provimento do Programa prevê realização de supervisão e tutoria das atividades desenvolvidas pelos profissionais, como forma de garantir qualidade e segurança ao processo. Até o final de 2015, haviam chegado ao país 12.446 médicos cooperados, e destes, aproximadamente 7% foram desligados do Projeto, seja por não adaptação ou descumprimento as diretrizes do Projeto¹¹, o que sugere que, de fato, o monitoramento tem sido realizado com vistas à qualidade do Projeto.

e) Ideia-Central – O problema do perfil do Médico brasileiro está na formação

Expressões-chaves selecionadas:

O brasileiro não sabe se adaptar à realidade do SUS. Eu atribuo isso à formação deles... Encaminhar menos e resolver mais, ser mais resolutivo, mas acho que isso depende necessariamente da formação... As universidades estão formando profissionais pra atuar na saúde privada. Então a gente recebe médicos recém-formados que não sabem de fato o que é SUS... O nosso médico, ainda se vê como não integrante de uma equipe, algo a parte, superior, né?... O trabalho de olhar o paciente com a integralidade, que é tudo aquilo que eles (os cubanos) vêm ensinando pra gente, mas que parte grande dos nossos médicos não se preocupa... Os nossos médicos brasileiros deveriam se revestir de humildade e aprender com eles, e se não fizerem isso, vão perder uma grande oportunidade de melhorar como pessoa e como profissional.

DSC – A vinda dos médicos cubanos para o Brasil evidenciou ainda mais os problemas de educação médica no Brasil, com perfis inadequados para o trabalho no sistema público. Existe a necessidade de as universidades brasileiras transformarem seus currículos e o processo de formação, para que estejam mais adequados às necessidades da população e do SUS, contemplando o perfil de um profissional generalista com visão integral e boa capacidade resolutiva, e ainda com a habilidade para o trabalho em equipe.

O discurso dos gestores, quanto ao perfil inadequado de formação médica no Brasil, fica mais explícito com a vinda dos médicos cooperados. Até a chegada do Programa, ainda que as instâncias decisórias dos serviços de saúde, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde, também participem de discussões sobre a formação na área da saúde, em geral, historicamente, elas se restringiram muito aos ambientes acadêmicos.

Mesmo com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina em 2001, que já expressava o objetivo da formação de um médico generalista, integral e apto a atender as necessidades da população e do SUS²¹, a realidade é que as universidades brasileiras sempre enfrentaram muitas dificuldades para alcançar tal perfil. O desinteresse e desprestígio sobre o SUS, na visão de parte de professores e alunos, dificultavam a sua compreensão e complexidade, e conseqüentemente o que se via na prática era uma formação distante de suas necessidades²².

Aliado a isso, a carência generalizada de médicos no âmbito dos serviços também acabava deixando de lado as discussões sobre o perfil nestes espaços, pois o que mais importava, era ter um médico, independente do perfil.

O perfil desejado descrito pelos gestores tem relação direta com o perfil dos médicos vindos pela cooperação internacional com Cuba e guarda relação com o perfil descrito nas DCN. Não se trata de uma simples coincidência, pois a formação de médicos cubanos é com orientação para a APS; daí a relação.

A incapacidade de adaptação do médico brasileiro à realidade do SUS, descrita pelos gestores, tem relação com a formação, mas também guarda correspondência com a relação de poder exercida pela classe médica, em virtude da carência já discutida. Em muitos lugares, os serviços é que acabavam se adaptando às necessidades dos médicos, e muitas vezes as diretrizes de programas e políticas deixavam de ser cumpridas em função da falta de disponibilidade do médico, como por exemplo, fazer visitas domiciliares; realizar agendamento com hora marcada; participar de grupos de educação em saúde; cumprir carga horária determinada; e até em alguns casos, atender os diversos ciclos populacionais; entre outros. Importante também ressaltar que não discute-se aqui questões como excesso de população, falta de condições de trabalho, qualificação da equipe e gestão, que também dificultam a realização de diversas atividades em muitos municípios, ou seja, não se trata de culpabilizar o médico, pois a própria gestão em muitos casos dificulta o processo de atenção.

Apesar das críticas dos gestores quanto a necessidade de transformar a formação médica, o Programa Mais Médicos, dentro de seus eixos de ação, previu a construção de novas DCN³, que foram publicadas em 2014.

As novas DCN de 2014 enfatizam o perfil com formação geral, integral e humanizada já previstas nas DCN de 2001, porém, elas são mais enfáticas em relação à integração com o SUS, principalmente por meio da determinação dos 30% mínimos do internato médico deve ser realizado em Atenção Básica e Urgência e Emergência no SUS⁹. A ideia é que a integração ensino-serviço-comunidade possa facilitar o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, necessárias para a prática médica que atenda às necessidades das pessoas¹⁵.

Além disso, a ampliação de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, também prevista no Programa, enfatiza a necessidade de formação para a Atenção Básica⁹.

Outro ponto importante do Programa que interfere na formação médica no Brasil é a ampliação do número absoluto de vagas em medicina no país com a criação de novos cursos⁹. A ampliação da oferta levará a um conseqüente aumento da média de médicos por habitante, e tende a favorecer tanto a uma melhor distribuição de médicos pelo território nacional como também a elevar o nível de exigência de perfis mais adequados para as ocupações de médicos no SUS.

Isso tudo, porém, ainda é teoria, pois a procura pela Medicina de Família e Atenção Básica vão além de políticas de formação. É preciso que as condições de escolha sejam favoráveis. É preciso que o "ser médico do SUS e da Atenção Básica", seja algo de valor, reconhecido, valorizado e desejado. Imposições e cumprimentos provisórios compulsórios não qualificarão a Atenção Básica, muito menos a culpabilização de médicos brasileiros que não aderem ao SUS.

Prova dessa dificuldade e complexidade é que das 1520 vagas disponíveis em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, no ano de 2015, apenas 400 delas foram ocupadas¹⁴.

f) Ideia-Central - Existem dificuldades de Gestão e Organização do provimento do Programa

Expressões-chaves selecionadas:

Se pudéssemos ficar com ela com certeza, ficaríamos, mas a gente sabe que não pode, mas é um problema... Nós tivemos vários problemas principalmente no início. São muitas coordenações e ninguém se comunica. Tem o supervisor, depois tem o tutor, e depois tem o Ministério da Saúde. Um fala uma coisa, outro fala outra coisa... Muita mudança destes profissionais, uma hora é um, outra hora é outro e você fica sem referência... A nossa médica recebeu três comunicados de partida. A gente não sabia ao certo quando ela iria embora. E como organiza a agenda da unidade desse jeito?... Muita informação vem em cima da hora. Às vezes chega até no final de semana com demandas e prazos impossíveis de cumprir, muita desorganização... Por conta do impeachment, todo mundo ficou esperando, o que será do Mais Médicos? A gente ligava pra lá e ninguém sabia se ia ser prorrogado.

DSC – Quanto à organização do Programa, a não possibilidade de renovação de vínculo do médico cooperado (que é a maioria) após o período de três anos, é um aspecto negativo, pois tanto gestão quanto população, gostariam da continuidade do mesmo profissional. Porém, os maiores problemas se concentram na gestão do Programa, com grandes desencontros e falta de informações entre os vários atores e instâncias governamentais envolvidos. A isso se soma a instabilidade política que trata o Mais Médicos como política de governo.

Quanto à organização do Programa, um dos questionamentos que os gestores trouxeram é da não possibilidade de renovação do vínculo com o médico cooperado, após os três anos de vigência do contrato. O questionamento se justifica em dois sentidos: o primeiro é quanto à questão do vínculo e conhecimento que o profissional adquire neste período com a comunidade; premissa desejável e necessária para uma boa prática médica na Atenção Básica. O segundo diz respeito à própria adaptação do profissional estrangeiro quanto a língua, cultura, funcionamento do sistema de saúde e a sua própria adaptação pessoal; a renovação de vínculo seria mais produtiva do que a substituição de profissionais com novo período de adaptação.

Por outro lado, ainda que plausível estes questionamentos, o Mais Médicos tem caráter de provimento provisório emergencial, pois outros eixos do Programa têm por objetivo solucionar o problema de provimento a médio e longo prazo, com a ampliação e qualificação da formação médica no país³. Além disso, espera-se que cada vez mais os médicos brasileiros adiram ao provimento do Mais Médicos.

Ainda que o vínculo de três anos não seja ideal, ele ainda é superior ao período em que a maioria dos médicos brasileiros recém-formados permanecem na ESF, inclusive médicos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, que representa a estratégia de provimento de maior amplitude até a chegada do Mais Médicos, cujo tempo de permanência é de um ano.

Porém, o aspecto de maior crítica por parte dos gestores municipais de saúde é quanto à gestão do provimento. Eles alegam tanto falta quanto sobreposição e contradição de informações, e ainda falta clareza dos papéis dos atores e secretarias envolvidas.

No nível macro, o Programa Mais Médicos é gerido pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. Cada qual possui referências no Estado para apoiar o seu desenvolvimento. Vinculados ao MEC, existem os tutores e supervisores que, em tese, se responsabilizam em apoiar o desenvolvimento das questões pedagógicas e técnico-assistenciais. Já o Ministério da Saúde possui consultores que devem ser responsáveis pela logística e questões administrativas do Projeto e dos médicos participantes no nível estadual. A isso, se junta a Secretaria Estadual de Saúde, que a respeito de qualquer programa ou política de saúde tem a função de apoio e monitoramento dos processos. Todos estes atores de alguma forma necessitam de integração com a gestão municipal na execução do provimento.

A grande dificuldade é que os problemas nem sempre podem ser separados no seu aspecto técnico e administrativo, e, portanto, exige uma grande comunicação e alinhamento entre os apoiadores, e isso se inicia no nível macropolítico e deve se estender ao nível micropolítico.

A quantidade de municípios e de profissionais envolvidos no Mais Médicos, aliado às trocas de gestão federal e municipal, tornam esta tarefa extremamente complexa. Além disso, o Programa é recente e sem experiência prévia balizadora, portanto, novo para todos os atores envolvidos, e mais passível de erros de planejamento e execução.

Mas os questionamentos quanto ao alinhamento de informações e mesmo de objetivos, destacados pelos gestores, deve ser algo a ser perseguido, pois a gestão do Projeto, entendida

como meio, deve ser facilitadora da execução e desenvolvimento das ações dos médicos nos territórios.

g) Ideia-Central – A manutenção dos avanços conquistados na Atenção Básica depende diretamente da continuidade do Programa Mais Médicos

Expressões-chaves selecionadas:

Não estamos preparados pra ficar sem o Programa... Se acabar o programa, metade dos meus médicos é do programa, eu teria que fechar essas equipes. Sem condições... Com o programa a gente teve a oportunidade de ampliar a ESF. Então, se hoje eles saírem e não for repostos, são equipes que vão ter que ser fechadas, porque volta na dificuldade de ter os médicos brasileiros... Na verdade queremos aumentar, queremos mais um profissional. Abrindo o credenciamento, eu quero mais um profissional, a gente tem necessidade... Se fosse encerrar, realmente, a população ia ficar bastante prejudicada.

DSC – A chegada do Mais Médicos propiciou o provimento emergencial e a ampliação do número de equipes cobertas pela Atenção Básica. Hoje existe uma dependência dos municípios pelos médicos do Programa, e o seu término representaria uma grande dificuldade para continuidade de muitas equipes, com enormes prejuízos para a população dos municípios.

A instabilidade política dos últimos anos vivida no país, sempre traz à tona a continuidade de diversas políticas, programas e projetos. Nascido em meio à crise política, o Programa Mais Médicos e, principalmente, sua dimensão provimento foram motivos de grandes tensionamentos político-partidários e político-ideológicos. Ainda que nos municípios (de todos os partidos políticos) o Mais Médicos tenha aprovação maciça, o momento político não parece respeitar o princípio da descentralização, pois a decisão de sua continuidade está muito mais sujeita à vontade política no nível central do que à necessidade local dos municípios.

O fato é que o discurso de gestores traz consigo a concretização dos avanços tanto de cobertura (quantidade) como da própria qualidade da assistência. A dependência dita nas entrevistas é no sentido de não retroceder nos avanços conquistados.

Estes dados de cobertura e satisfação podem ser evidenciados em diversos estudos realizados no período de implantação do provimento do Programa Mais Médicos.

Segundo Trindade; Batista²³, nestes três anos de Mais Médicos foram criadas mais de 7 mil equipes de ESF, o que significou um aumento de cobertura populacional de aproximadamente 10% (aproximadamente 20 milhões de pessoas). Porém, os autores questionam que parte considerável dos participantes estrangeiros (18 mil) substituiu médicos em equipes preexistentes, principalmente em regiões metropolitanas e litorâneas, ainda que contemplassem os critérios estabelecidos para adesão e abertura de vagas para o provimento.

O critério de elegibilidade confirma as falas dos gestores, pois o Programa tanto auxiliou na ampliação do número de equipes quanto com o preenchimento de vagas em equipes que conviviam com a rotatividade dos médicos, isto é, com preenchimento irregular e descontinuado, o que sugere não ter havido substituição de médicos brasileiros por médicos intercambistas e cooperados, mas sim o preenchimento de vagas que constantemente ficavam disponíveis pela alta rotatividade e dificuldade de fixação do profissional, como demonstra estudo realizado por Miranda; Mendes, et al¹⁷. Portanto, independentemente do tamanho da necessidade, é fato que muitos municípios precisavam de médicos para qualificar o acesso, seja pela ampliação ou pelo preenchimento.

A avaliação do Ministério da Saúde e de outras pesquisas realizadas sobre o Mais Médicos evidencia que o provimento emergencial em locais mais vulneráveis conseguiu diminuir as iniquidades em saúde, chegando em 81% da totalidade de municípios brasileiros, e em 82% dos municípios com maior proporção de pessoas em situação de extrema pobreza⁹.

Ainda assim, o Mais Médicos poderia ter sido mais incisivo no provimento de profissionais para áreas rurais e remotas, e mesmo em municípios com maior vulnerabilidade social e extrema pobreza¹².

Por outro lado, o término da participação de médicos intercambistas e cooperados representaria um cenário em que o número de municípios com escassez de médicos dobraria sem o provimento externo, o que sugere uma dependência dos municípios com o provimento do Programa²⁴, como relatado nesta pesquisa pelos gestores municipais da região Nordeste de Santa Catarina.

Além do provimento em si, o que depõe a favor da continuidade do Mais Médicos são os resultados. Um relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União de 2014 identificou um crescimento de 33% na média mensal de consultas em municípios que receberam médicos pelo Programa, aumento de 32% na quantidade de visitas domiciliares, ampliação na oferta de

procedimentos de APS, o que implicou em aumento na resolubilidade nas Unidades Básicas de Saúde¹¹.

Além da aprovação à qualidade da atenção médica já descrita anteriormente, a pesquisa desenvolvida pela UFMG em conjunto com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, realizada em 700 municípios brasileiros com 14 mil usuários, atribuíram a média 9,06 (escala de 0 a 10) ao Mais Médicos⁹. A mesma pesquisa também entrevistou 227 gestores de municípios que receberam o provimento, os quais deveriam atribuir nota quanto à atenção à saúde da população. Antes de receber o Projeto, a nota média foi de 6,6 e após a implantação a nota subiu para 8,7⁹.

O resultado sanitário sob o ponto de vista de indicadores ainda é incipiente, pois o impacto de melhorias carece de mais tempo para ser mensurado. Porém, um estudo realizado a partir de dados secundários registrados no Sistema de Informações Hospitalares indicou uma redução de internações por causas sensíveis a APS no período entre 2012 e 2015, em municípios que receberam o Mais Médicos, que é um importante indicador de qualidade da Atenção Básica.

Porém, outros estudos futuros devem ser realizados considerando os indicadores de saúde que podem revelar a dimensão da importância de programas de provimento.

4. Considerações Finais

O Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores municipais de saúde da macrorregião Nordeste de Santa Catarina aponta para uma avaliação bastante positiva da chegada do provimento do Programa Mais Médicos nos municípios.

O provimento emergencial permitiu tanto ganhos quantitativos, com visível aumento de população assistida, quanto ganhos qualitativos, estes principalmente relacionados à mudança no processo de trabalho das equipes com ampliação da dimensão cuidadora e visíveis traços de integralidade.

Os embates ideológicos marcadamente aparecem neste contexto, especialmente, em nível macropolítico e corporativo, com resistências que atrapalham o desenvolvimento do provimento e conseqüentemente seu maior êxito.

Questões organizacionais e de gestão devem ser repensadas e discutidas com e entre os vários atores envolvidos no processo, para que de fato auxiliem no processo de implantação e desenvolvimento das ações nos territórios.

E por fim, é notório o desejo de continuidade e expansão do provimento do Mais Médicos na visão dos gestores municipais, compreendendo-o como possibilidade de qualificação da Atenção Básica e melhoria do processo de atenção à população.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento oportunizado para a realização da pesquisa e à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) pelo apoio direto.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Brasil. Nota Técnica: Programa Mais Médicos. Elaboração: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2013.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Flick U. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. Tradução de Sandra Regina Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EducS; 2000.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EducS; 2003.

8. Comes Y, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2749-59.
9. 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.
10. Gêrvás J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2011.
11. Molina J, Tasca R, Suárez J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2925-33.
12. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2773-84.
13. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil 2015. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015.
14. Silva Jr AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2670-1.
15. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2655-63.
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Exame do Cremesp 2015. São Paulo; 2015. https://www.cremesp.org.br/pdfs/resultado_Exame_do_Cremesp_2015.pdf. Acesso em 08.03.2017.
17. Miranda GMD, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab educ saúde* 2017; 15(1): 131-45.
18. Comes Y, 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.
19. Silva TRB, et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2861-9.
20. Testa M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
21. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
22. Paim J. Se depender dos governos o SUS não avança. *Jornal A Tarde* 2013; jul. 28: 9-13.
23. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2667-9.
24. Girardi SN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2675-84.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Marcos Aurélio Maeyama

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: marcos.aurelio@univali.br
