



Artigos Originais

Programa Mais Médicos na Grande Florianópolis: uma política de enfrentamento a iniquidades sociais em saúde¹

More Medical Doctors Program in Metropolitan Florianópolis: a policy to face social inequities in health

Murilo Lyra Pinto¹
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹
Marco Aurélio da Ros¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: O artigo explora as razões que levaram municípios da Macrorregião de Saúde Grande Florianópolis a aderir ao Programa Mais Médicos, bem como o sentido que este Programa expressou na realidade da atenção básica regional e eventuais repercussões e efeitos. É um estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório e caráter analítico, realizado, em 2016, com secretários municipais de saúde, por meio da técnica grupo focal. A análise dos dados revelou que a adesão ao Programa mostrou-se vinculada a vantagens econômicas e alta rotatividade de médicos, e que o Mais Médicos correspondeu a um movimento de "(des)litoralização" do território de atuação, bem como da formação. Gestores manifestaram a necessidade de presença mais ativa do executivo estadual e supervisores na engrenagem da gestão. Como efeitos do Programa, destacaram-se: o benefício concedido por município que aderiu em relação a municípios vizinhos que não aderiram; e; uma melhor organização dos serviços de saúde, gerada pela economia no custeio de médicos, o que possibilitou maiores investimentos em atenção secundária. Concluiu-se que o Mais Médicos representou para a Grande Florianópolis um movimento de enfrentamento às iniquidades, historicamente postas pela supremacia de médicos litorâneos sobre médicos em marcha.

Palavras-chave: programa mais médicos, atenção básica, atenção médica, iniquidades em saúde, sistema único de saúde.

Abstract: The article explores the reasons that led municipalities from the Health Macro Region of Metropolitan Florianópolis to adhere to the More Medical Doctors Program as well as the meaning that this Program has expressed in the reality of the regional primary healthcare and its eventual repercussions and effects. It is a study of qualitative nature, exploratory level and analytical character carried out in 2016 with municipal health secretaries by means of the focus group technique. The data analysis has evidenced that the adherence to the Program appeared linked to economic advantages and to the high turnover of physicians and that the More Medical Doctors corresponded to a movement of getting the territory of performance and education "off from the coast". Managers expressed the need of a more active presence of state executive officers and supervisors in the management structure. Among the Program effects, the following stood out: the benefit awarded per municipality that adhered to it in comparison to neighbor municipalities that did not adhere to the Program; and, better organization of the health services generated by the economy in the costs of physicians and that allowed higher investments in the secondary health care service. The conclusion drawn is that the More Medical Doctors Program has represented for Metropolitan Florianópolis a movement to face the inequities that have been historically imposed by the supremacy of physicians from the coast over physicians on the march.

Keywords: more medical doctors program, primary healthcare, medical healthcare, inequities in health, unique health system.

1. Introdução

Manifestações acontecem no Brasil quando o grito não cabe na garganta e as ruas se enchem com um desejo coletivo de mudança. Dois gritos entalados marcaram a luta do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2013, com diferentes tons: a marcha de prefeitos a Brasília, em janeiro,

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).

questionando onde estava o médico da atenção básica¹ e a ocupação das ruas por melhorias sociais no País, em junho².

Em resposta a esses chamados, o governo federal encarou o histórico problema de falta de médicos na Estratégia Saúde da Família da Atenção Básica (ESF/AB) com a criação do Programa Mais Médicos (PMM). Com finalidade pedagógica, o Programa traçou oito objetivos que podem ser sintetizados em três: aprimoramento da formação médica no País, formação médica nos serviços de atenção básica, e, fortalecimento da atenção básica. Para alcançar os objetivos, o Programa instituiu três iniciativas: aumento do número de vagas em cursos de graduação em medicina, priorizando-as em áreas do interior; criação de novos parâmetros para os cursos de medicina; e; aperfeiçoamento de médicos em áreas remotas, ampliando a oferta de residência em Saúde da Família e Atenção Básica^{3,4}.

O aperfeiçoamento em áreas remotas, oportunizado por bolsa e ajuda de custo, passou a garantir o provimento emergencial. Por meio deste provimento, localidades que sofriam com a falta e/ou fixação temporária, por alta rotatividade de médicos, puderam contar com a presença de profissionais integrando as equipes da ESF/AB⁴.

Além de impulsionar a garantia de atenção médica na ESF/AB, o provimento emergencial contribuiu indiretamente com a diminuição da submissão de gestores à contratação de médicos por carga horária de 20hs e/ou de 30hs. Em virtude da necessidade de assegurar o profissional, não raramente gestores se submetiam a contratações de médicos com menor tempo de trabalho, o que acabava onerando as folhas de pagamento. Ainda que esta forma de contratação tenha sido oportunizada pela Política Nacional de Atenção Básica, atualizada em 2011⁵, ela não corresponde à cultura que se deseja imprimir à ESF/AB e que os municípios desejam: a jornada de trabalho com 40 horas semanais.

Não é tarefa complexa entender que não há como suprir uma necessidade histórica sem construir ferramentas que municiem a sociedade para dirimi-la. As ferramentas foram postas: o Programa dispôs a reestruturação da formação médica do País, desde sua matriz curricular, para formar um profissional crítico de sua sociedade, dirigida para o aperfeiçoamento de habilidades e conhecimentos necessários à consecução da ESF/AB.

O provimento emergencial do Programa é constituído por dois tipos de Projetos: Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM). Ambos os Projetos foram validados pela Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013³, que instituiu o Programa; pela Portaria nº 1369, também publicada em 08 de julho de 2013⁶, visando à operacionalização do Programa e pela Lei Mais Médicos, a de nº 12.871, de 22 de outubro de 2013⁴. Para a adesão de médicos pelo PMMB e municípios elegíveis, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) publicou diversos editais de chamamento público, entre 2013 e 2016. A partir do final de 2016 até o momento atual, a SGETS/MS tem publicado editais para prorrogação da adesão de médicos e para renovação da adesão de municípios. Para operacionalizar o PCMM, a mesma Secretaria do MS fez dois termos de ajuste em um Termo de Cooperação (TC/80) que havia sido firmado entre Brasil e Cuba, mediado pela Organização Pan-Americana de Saúde, em abril de 2013⁷.

De acordo com a Demografia Médica no Brasil, o número de médicos atuantes no SUS em Santa Catarina, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), era de 7.157 médicos para 6.316.906 habitantes (IBGE 2010), em 2012, um ano antes da criação do Mais Médicos (razão = 1,13). Florianópolis, no mesmo período, tinha 427.298 habitantes e 1.094 médicos atuantes no SUS cadastrados no CNES (razão = 2,56)⁸.

O artigo apresenta algumas reflexões sobre o provimento do Programa Mais Médicos, no contexto da Macrorregião de Saúde Grande Florianópolis, com base em quatro unidades de análise: litoralização, adesão, atores e efeitos colaterais do Programa.

2. Metodologia

O estudo é de natureza qualitativa, de nível exploratório e caráter analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, SC, sob o parecer de número 1.221.920, e desenvolvido em conformidade com as determinações da Resolução MS/CNS 466/2012.

Foi realizado na Macrorregião Grande Florianópolis, cuja população estimada é em torno de 1.100.000 habitantes, distribuída em vinte e dois (22) municípios. Do ponto de vista geográfico, a Região é adensada por processos heterogêneos de urbanização. Sua área metropolitana é composta por Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, com 850.730 habitantes, e os outros dezoito (18) municípios, perimetrais, somam 191.098 habitantes⁹. Nesses municípios de maior

concentração urbana, que reúnem mais de 80% da população, há bairros distantes do centro da cidade, há também zonas rurais isoladas com dificuldades para atrair médicos e muitas favelas com um grau de violência em crescente escala¹⁰.

De acordo com o mapeamento quantitativo realizado pela pesquisa estadual “Impacto do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e desafios”¹¹ (ref. mar. 2016), dos vinte e dois (22) municípios da Grande Florianópolis dezesseis (16) haviam aderido ao provimento do PMM, recebendo cinquenta e dois (52) médicos pelo Programa, assim distribuídos: vinte e sete (27) foram lotados em doze (12) municípios caracteristicamente serranos e com dificuldades na fixação de médicos; e; vinte e cinco (25) médicos em quatro (4) municípios com maior concentração urbana da região, mas que têm simultaneamente periferias econômicas e geográficas (Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu).

A coleta foi realizada em setembro de 2016, em uma reunião ordinária da Comissão Intergestora Regional (CIR), na sede da Associação dos Municípios GranFpolis, em Florianópolis. Participaram nove (09) secretários municipais de saúde, três (03) coordenadores da AB e três (03) secretários de saúde de municípios que não haviam aderido ao Programa, mas estavam presentes na reunião e manifestaram o desejo em participar. A técnica de coleta de dados foi grupo focal, possibilitando que em um encontro único com os gestores e/ou representantes da gestão os dados fossem coletados em interação dialógica, com previsão de incorporação de novas questões, geradas nas relações interpessoais.

Sobre o *setting*, cabe mencionar que os participantes demonstraram bastante interesse em expor suas percepções sobre as questões postas pela pesquisa e que a interação entre eles foi um importante viabilizador do diálogo. Alguns gestores manifestaram a vontade de debater sobre o momento do país e sobre os reflexos deste momento na execução do Mais Médicos. Todos os participantes firmaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido. Os dados foram registrados em áudio e posteriormente transcritos.

A técnica de análise utilizada foi uma adaptação da temática tradicional, uma vez que a pesquisa não trabalhou com a frequência de unidades de registro, mas com a significância de unidades. Após a transcrição do material, procedeu-se a uma leitura intensa e livre, visando à impregnação do conteúdo. Em seguida, realizou-se uma leitura horizontal para a seleção das unidades de registro e a respectiva atribuição de códigos¹². Do agrupamento dos códigos por analogia com base em critérios semânticos foram geradas quatro unidades de análise: Enfrentamento à litoralização; Adesão; A importância da SES/SC e de supervisores na engrenagem da gestão com o Mais Médicos; e; Efeitos Colaterais do Programa.

3. Resultados e Discussão

3.1 Enfrentamento à litoralização

Desde a fase exploratória dos dados até a categorização, a temática da litoralização acompanhou transversalmente a análise e interpretação. Na medida em que se avançava na leitura dos dados, na tentativa de se encontrar com o que os gestores queriam mostrar, nascia a percepção de que o Programa Mais Médicos havia engendrado um movimento de enfrentamento à litoralização da atenção médica na Macrorregião catarinense, marcadamente conhecida como paradisíaca por seu rico litoral. Ao manifestar-se sobre as mudanças/movimentos que o Programa havia gerado na motivação em atrair médicos para as pequenas “Santas Catarina”, distantes do Atlântico, um secretário de saúde comentou:

[...] a dificuldade que eu tenho com o médico brasileiro é de ele se deslocar pro interior pra atendimento sendo que essa dificuldade eu não tenho no médico cubano, ele acaba indo, ele vai, a gente destina ele e ele vai sem problema [...] com o médico brasileiro **já é a rena que ele começa**, não, não vou porque é longe, porque não sei o que, tenho que subir morro, tenho que descer morro, e essa dificuldade a gente não tem com o médico do programa. (GGF15)

Este participante fazia a gestão da saúde, na ocasião da coleta, de um pequeno município. O depoimento parece mostrar que o médico brasileiro resiste em não interiorizar-se, e nessa resistência ele manifesta malcriação, contrariedade, zanga, que no vocabulário ilhéu de Florianópolis significa manifestar “a rena”. Ao contrário do médico cubano, que se mostra disponível para adentrar o interior: [...] “ele vai sem problema”. A compreensão do interior como um local quase que impossível para se viver a boa vida não é uma fotografia de cidades

litorâneas catarinenses, mas um produto histórico de sociedades capitalistas, competitivas e insaciadas, avessas à vida que se apresenta de modo lento com pouco acesso a consumos mais sofisticados.

Aproximando esta fala do arcabouço legal do Mais Médicos, cujo enunciado explicita que o Programa tem por finalidade formar trabalhadores médicos para a atenção básica do SUS⁴, a percepção inicial transformou-se em compreensão. Emergiu a compreensão de que tanto o provimento emergencial como a interiorização da formação médica, oportunizada pela criação e ampliação de vagas nos cursos de medicina, principalmente em novos campus em cidades interioranas, correspondem a um movimento de (des)litoralização - um movimento democrático.

A fotografia catarinense expõe uma concentração de formação universitária em metrópoles, hegemonicamente litorâneas. O Programa, ao atentar para a importância desta política de longo prazo em saúde, acabou recuperando questões históricas, por exemplo, a falta de estímulo, por parte de egressos, para se fixarem em municípios, ditos, "em marcha"¹⁰. No entanto, a finalidade de um Programa não se esgota no texto da Portaria que o institui, mas na sua concretização. Por isto, o tempo dirá se esta política de longo prazo, focada em municípios "em marcha" foi efetivada.

Petrolí¹⁰ apresenta os municípios "em marcha" como uma soma de esforços nacionais empreendidos no Estado Novo (1937-1945), rumo ao oeste do continente, enquanto um movimento coletivo, para fins de desenvolvimento e integração da nação, voltado para as dificuldades interioranas.

O contexto histórico da região da Grande Florianópolis ilumina este estudo quando se debruça sobre o processo civilizatório do estado, marcado pela tradição da coroa portuguesa, durante o Brasil Colônia. O desafio de "litoralizar" os territórios, no sentido de criar grandes centros urbanos a beira mar, e tardiamente iniciar o desenvolvimento do interior, corresponde a uma dimensão desta tradição. Em âmbito federal, até o ano de 1900 os grandes centros urbanos eram predominantemente litorâneos; excetuando São Paulo, as cidades Rio de Janeiro, Recife e Salvador eram as que contabilizavam populações entre 100 e 500 mil habitantes¹³.

Na região da Grande Florianópolis, o desenvolvimento foi mais tardio e centrado na capital. Oportuno ressaltar que dos vinte e dois (22) municípios que compõem esta Macrorregião de Saúde, entre os quais seis (6) são centenários, cinco (5) são litorâneos; à exceção de um, fruto da migração italiana, os demais têm uma média de 55 anos de fundação¹⁴. Este dado histórico mostra a grande concentração populacional e desenvolvimento das regiões litorâneas do estado, e que o desenvolvimento e crescimento das regiões continentais foram tardios. Este fato histórico auxilia a compreender a expressão 'cidades em marcha' e a condição simbólica de, embora inseridas em territórios conhecidos e tendo municípios vizinhos populosos, parecem encarceradas, à parte da integração do estado.

Esta breve descrição histórica incita a reflexão sobre a desintegração, na perspectiva das oportunidades, e sobre o centralismo nos grandes centros, gerando atraso social e desigualdades injustas pela ausência de políticas públicas pautadas na equidade, voltadas maciçamente para o interior. Do mesmo modo que estudar medicina em uma cidade "em marcha" parece não encantar a geração universitária contemporânea, a atuação na atenção básica do SUS em áreas remotas não se efetiva.

De acordo com depoimento do gestor de uma cidade percebida "em marcha", observa-se a dificuldade histórica de acesso às oportunidades, imputada a esse município: [...] "dificuldade de contratar médico sempre, sempre" (GGF12).

A Macrorregião Grande Florianópolis tem uma alta concentração de médicos na capital, fato que por vezes é justificado pelas possibilidades oferecidas de melhores oportunidades de emprego e possibilidade de especialização e qualidade de vida¹⁵. No entanto, esses médicos não estão concentrados na periferia da cidade, em seus nichos marginalizados, mas em áreas centrais e prósperas. Com o provimento do PMM, este cenário foi tensionado, uma vez que o Programa levou profissionais às periferias antes descobertas¹⁶, gerando um movimento positivo desde a organização dos serviços, até a garantia de atenção médica em regiões historicamente desassistidas, conforme relato de um secretário:

Caro! Então com a vinda do médico, no caso nosso é um médico cubano, né, facilitou isso, e a gente conseguiu aumentar a cobertura da estratégia, exemplo da região do nosso município a gente tinha uma equipe de estratégia, hoje a gente tem duas [...] (GGF15).

A proposta do PMM, a de levar o profissional até os mais distantes rincões do país, historicamente esquecidos, se assemelha muito a uma atitude bandeirante, mas com distintas

intencionalidades. Enquanto o bandeirante praticava ações de exploração ou de subjugação de povos nativos, o Mais Médicos expandiu os marcos da formação nos serviços de saúde, propiciando o aumento da cobertura por equipes da ESF/AB, promovendo o preenchimento de gaps formativos históricos com curso de aperfeiçoamento em direção continental. Em direção continental porque foi ao encontro da população continental brasileira numa atitude integrativa, afirmativa de que o Sistema Único de Saúde é patrimônio de todos; reafirmando o pertencimento de todos a este Sistema; reunindo esforços para correr atrás do atraso histórico do acesso médico deste país. Com o Mais Médicos, o governo federal encarou as iniquidades de atenção médica na atenção básica.

Ao encará-las, viu nas missões cubanas também uma possibilidade, além da abertura à médicos brasileiros e intercambistas. As missões médicas de Cuba, consideradas como notáveis nas situações mais adversas, onde há necessidade de serviços médicos, foram citadas pelo Secretário Americano John Kerry, na época de epidemia do vírus ebola, como um ato de coragem¹⁷. Na Macrorregião analisada, a maior parte dos médicos advindos pelo Programa é cubana.

Um estudo de caso desenvolvido pela pesquisa estadual com o Mais Médicos em Santa Catarina sinalizou que o modelo de atenção da medicina cubana está alicerçado em bases solidárias¹⁸. Os depoimentos acima citados expressam uma disposição peculiar do médico cubano para o trabalho, "nos interiores do interior", indicando o quanto essa medicina pode contribuir com a formação médica brasileira para o SUS e com a luta social de resgatar o SUS sonhado e conquistado para todos. Formar em medicina sobre um modelo de base solidária, requer investimento em formação histórico-política; inserção transversal do campo da ética; formação acadêmica contextualizada, voltada para os mais diversos Brasis e, com efeito, às mais diversas "Santas Catarina". Esses domínios ainda estão adormecidos na formação em saúde brasileira.

3.2 Adesão ao mais médicos

Depoimentos de secretários municipais de saúde da Grande Florianópolis revelaram vantagens econômicas como uma das razões da adesão ao Programa Mais Médicos:

Eu aderi o programa, o município né porque eu não era o gestor na época, porque há uma economia financeira assim em relação a, porque o custo dum médico pro município lá [...] é em torno de dezesseis mil reais [...] e daí então há um benefício financeiro em torno de doze mil reais de economia financeira pro município. (GGF11)

A economia financeira declarada traduz uma análise do parecer do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCU/SC) sobre uma auditoria realizada na atenção básica de quatro cidades referência no estado. Neste parecer, o TCU/SC assinalou a desproporcionalidade de valores aplicados em custeio dos serviços, reconhecendo que o aporte financeiro do estado não é suficiente¹⁹.

O TCU/SC enfatizou, também, a necessidade de o estado de SC e o Estado brasileiro reconhecerem o caráter tripartite da atenção básica, pois o que está posto é que os municípios têm se esforçado e aplicado o dobro, o triplo de seu mínimo constitucional, em virtude de as aplicações estadual e federal não serem suficientes para a garantia da atenção básica¹⁹. No entanto, é preciso questionar também em que setores os municípios têm aplicado o dobro e/ou o triplo dos parâmetros constitucionais, uma vez que o conceito de saúde descrito pela Lei Orgânica nº 8080/1990²⁰ permite uma multiplicidade de entendimento.

Há ainda outra questão: em que pese o esforço dos municípios para garantir a atenção básica, a tarefa de "equilíbrio orçamentário" dos gestores tem recebido, desde 2000, uma sacudida em sua corda bamba, no cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal²¹, conforme o depoimento: "Pra nós houve uma economia financeira enorme, principalmente no impacto da folha né, que é uma coisa que o gestor tem preocupação [...]" (GGF11).

Esta Lei fixou em 60% da Receita Corrente Líquida o limite para os gastos com pessoal na esfera municipal, assim divididos: 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver; e 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo²¹.

A fala aponta para o peso sobre a folha de pagamento municipal, principalmente em municípios de pequena arrecadação, fato que acaba por sufocar os gestores, aprisionando-os entre a responsabilidade fiscal e a ausência de recursos suficientes estadual e federal, para o custeio dos serviços de atenção básica.

Com a criação do PMM, houve uma injeção de recursos federais na atenção básica, pois as bolsas-formação de médicos vinculados ao Programa são garantidas pela esfera federal. Além disto, o Programa garantiu ajuda de custo para equilibrar as despesas de instalação dos médicos, bem como despesa com deslocamentos⁴.

É importante considerar que a crise financeira iniciada nos Estados Unidos em 2008, amenizada no Brasil devido a um pacote de estímulos, se acentua com abalos secundários de 2011, atingindo o País em 2015. Somando-se esta influência, acentuaram-se os cortes em eixos-base da garantia de serviços, como saúde, segurança e educação, afetando a economia do estado e incidindo drasticamente nos repasses do governo Federal. No momento em que esses dados são analisados, a influência da crise de 2008 deu lugar à concretização de medidas de austeridade instituídas por Michel Temer, cabendo citar a de teto de gastos, imposta pela Emenda Constitucional nº 95 (EC/95). Os efeitos sobre a atenção básica nacional já se fazem sentir, por esta Emenda que congelou por 20 anos os investimentos em saúde²².

Gestores da Grande Florianópolis também revelaram ter feito a adesão ao Mais Médicos em função da alta rotatividade de médicos nos serviços de atenção básica, garantida pelo trampolim intermunicipal, aquele que garante aos médicos pular de um município a outro, em busca de melhores salários:

O que acontecia aqui nos municípios: Eu pago um salário lá de dez mil reais, aí o município B* resolvia pagar doze, aí o C pagava treze, aí o profissional ficava comigo lá na atenção básica dois meses, o B tá pagando doze, aí ia mais dois meses pra B, daqui a pouco dois meses ele ia pra C. A gente não conseguia fixar o profissional e ele se inteirar das ações da equipe, e conseguir fazer realmente o que ele tem que fazer que é a atenção básica daquela região né, conhecer os pacientes, entender quais são as dificuldades das famílias e tal. (*grifo nosso) (GGF11).

Segundo Robins, citado por Medeiros²³, o fenômeno da rotatividade, ou *turnover*, é caracterizado pela "permanente saída e entrada de pessoal da organização, de forma voluntária ou involuntária", presente em toda organização. Os fatores que permeiam a rotatividade são os mais diversos, cabendo citar as condições de trabalho, jornada, pretensões salariais, conjuntura econômica e demais fatores que podem afetar o trabalhador em maior ou menor proporção, levando-o a se fixar ou em um dado posto de trabalho.

A ausência de profissionais em cidades "em marcha" também pode ser determinada pela falta de interesse de médicos atuarem em locais nos quais não encontrarão um grupo da categoria para conviver, partilhar as questões do trabalho e defender os interesses da categoria. As diferenças econômicas entre médicos e comunidades com ESF/AB é socialmente determinada pelo modo de produção capitalista. Em sociedades capitalistas desenvolvidas, com sistemas universais, a presença de capital cultural é um meio de garantia de integração entre médico, representante do Estado e usuários do Sistema. Em sociedades capitalistas periféricas, com sistemas universais, como é o caso do Brasil, de um lado, estão comunidades, em sua maioria carentes por atenção de base e por uma economia de subsistência; de outro, estão profissionais médicos, não raramente, percebendo-se e sendo percebido pelas comunidades como socialmente diferentes, o que acaba favorecendo a desintegração social por meio do distanciamento. Ao se distanciarem, potencializam a isenção da busca por soluções permanentes para a melhoria da vida comunitária e favorecem a busca de interesses de seus pares, construindo uma divisão invisível das populações, que acredita-se ser um dos fatores de distanciamento e ausência de profissionais em cidades "em marcha".

Estudo sobre a rotatividade de médicos sinalizou que em regiões onde o salário oferecido aos médicos é maior, a rotatividade apresenta uma relação positiva; contudo, esta relação assim se apresenta devido à alta rotatividade já existente, o que faz com que os gestores aumentem as ofertas salariais em busca de fixação dos profissionais médicos²⁴. Outro estudo, realizado em 2013, avaliou os índices de rotatividade de cinco (05) unidades básicas na capital catarinense durante doze (12) meses. Ao final do estudo algumas unidades chegaram a índices de 150%, estabelecendo uma média de 95% a rotatividade nas unidades básicas de saúde²⁵.

Com a chegada do PMM, percebe-se a interação com o campo de trabalho, a formação de vínculo e a disposição de levar o atendimento em locais de maior necessidade: "[...] e a dificuldade que eu tenho com o médico brasileiro de ele se deslocar pro interior pra atendimento sendo que essa dificuldade eu não tenho no médico cubano, ele acaba indo, ele vai, a gente destina ele e ele vai sem problema". (GGF15).

O vínculo gerado a partir da relação estabelecida com a população, gera efeitos diretos sobre a produtividade médica, já que a continuidade do tratamento, os acompanhamentos, a responsabilidade compartilhada, a sensação de estar sendo cuidado por um profissional presente, e a produção de confiança, por parte do sujeito cuidado, tornam-se viáveis nessa

condição²⁶. Esta relação se dá ao longo do tempo, e gera melhoria nos indicadores de qualidade da gestão:

Quando ela chegou teve assim, a é uma médica cubana né, até pelo fato de não entender muito né o que ela falava, mas ela foi cativando as pessoas, hoje ela tem mais atendimentos do que a outra médica que é do Brasil né, o trabalho dela é muito bom. (GGF12)

Mas assim, é foi feito uma avaliação, o município fez uma avaliação com a população, inclusive no bairro, e a melhor avaliação da saúde e da estratégia foi aonde está o médico cubano. (GGF9)

3.3 A importância da SES/SC e de supervisores na engrenagem da gestão com o mais médicos

A obtenção de informações nas esferas federais e estaduais sobre o Mais Médicos se dá através de canais diretos com o Ministério da Saúde e Educação ou através do acesso da plataforma do Programa. Embora as comunicações oficiais respondam, em tese, por esta tarefa informativa, participantes apontaram insuficiência neste processo.

Depoimentos revelaram uma lacuna importante na socialização de informações por parte da SES/SC para os municípios. Quando o moderador do grupo focal informou que os pesquisadores da pesquisa estadual, da qual deriva-se este estudo, estariam divulgando os resultados do estudo, um gestor expressou:

"É, assim seria interessante [...] mandar o resultado da pesquisa pra CIR, [para] contribuir pros secretário [e não] pra secretaria ganhar lá o resultado pra ela [...] se não fica lá, não volta." (GGF14).

Ao serem questionados sobre como tem se dado a comunicação com o Programa, gestores fizeram referência aos supervisores dos médicos. Eles sinalizaram que os supervisores restringem a atuação à relação estritamente com o médico. Sinalizaram, ainda, que carregavam a expectativa de que supervisores agiriam com disposição junto aos gestores, para verificar se estes necessitavam de algum aporte informativo e que agissem como mediador de conflitos, como uma "ponte" entre a gestão e o médico do programa. Segundo relatos, essa expectativa, até então, não se havia confirmado; ao contrário, a ausência de supervisores nas questões da gestão tem se constituído um "pecado" do Programa:

Ele [o supervisor] conversa somente com o médico e não conversa com a gestão, ele não conversa com a gestão. (GGF15)

[...] Problema dois, o que que acontece, o médico estrangeiro ele não vai se adaptar mesmo que, por exemplo, o nosso médico cubano vai fazer três anos que tá com a gente [...] tem muitas questões que a gente orienta o médico cubano e ele acaba achando que o que a gente tá dizendo pra ele tá errado, ele não concorda, e a gente precisa do apoio da supervisão [...]. (GGF11)

Faça essa ponte e coloque as questões pro médico [...] Só que a gente não tem a devolutiva disso. Eu conversei com o supervisor e o supervisor não retoma isso, [...] não traz a resposta [...] a gente passa pro supervisor e não volta pra gente então assim, isso é um ponto que tá pecando bastante, por exemplo, no meu município [...] como o outro município falou né, tá pecando. (GGF15)

A Portaria Normativa nº 14²⁷, de 9 de julho de 2013, em seu § 2º prevê algumas atribuições do supervisor, que abrangem desde o acompanhamento do profissional médico e a submissão de relatórios, até ações em conjunto com a gestão de saúde local, conforme o item IV: "exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço [...]".

Embora a relação entre diferentes supervisores e diferentes gestores seja atravessada por inúmeras variáveis contextuais, é preciso destacar que, neste recorte estudado, a gestão faz um chamado ao balizamento pedagógico do Mais Médicos: a supervisores e tutores do Programa. Este chamado está representado pela compreensão, por parte de gestores, de que o supervisor é uma pessoa importante na engrenagem da gestão com o Mais Médicos, mas ele acaba restringindo a sua atividade na mediação do trabalho do médico. Outra questão importante a ser pontuada é sobre o acesso ao arcabouço do Mais Médicos, pelos envolvidos. O trabalho a ser realizado em conjunto, entre gestor e supervisor, está disposto em uma Portaria, conforme descrição acima. As questões em aberto são: a) Esta Portaria é de conhecimento de gestores e supervisores? b) Mesmo que seja de conhecimento deles, basta uma disposição em Portaria para que 'as relações interpessoais aconteçam', em prol do coletivo?

3.4 Efeitos colaterais

O provimento do Mais Médicos na Grande Florianópolis gerou efeitos colaterais, isto é, efeitos secundários em relação à sua proposta primária: benefícios a municípios vizinhos e redução aparente da rotatividade em municípios vizinhos.

A garantia de atenção médica na atenção básica de municípios que receberam o Mais Médicos, no sentido de acessibilidade a ações médicas, trouxe mais saúde e qualidade de vida à população²⁸. Contudo, essa melhoria não beneficiou unicamente os municípios participantes do Programa. Alguns participantes comentaram não ter feito a adesão, mas que foram beneficiados, em alguma proporção, pelo Programa através de seus vizinhos, com Mais Médicos:

[...]mesmo não tendo no município a adesão do programa, eu também tive um benefício, porque além da Secretaria eu também coordeno os trabalhos do hospital, então naquela, até naquela ocasião eu tinha uma grande dificuldade de conseguir profissionais médicos pra fazer plantões, noturnos e diurnos, com essa entrada desse Mais Médico e também dos estrangeiros, eu tive a possibilidade assim de uma grande quantidade de oferta de médicos buscando esses plantões, começou a ter concorrência. (GGF5)
Exatamente, tem procura de médico, então assim, se criou uma facilidade de contratação de médico. (GGF11)
[O Programa] favoreceu todo mundo [Com Mais Médicos e sem Mais Médicos]. (GGF14)

A alta rotatividade, ainda presente nos municípios que não fizeram a adesão, aparentemente foi reduzida, passando de um perfil profissional atraído somente pelos altos salários, que escolhiam os locais de trabalho, a profissionais que agora dirigem-se aos gestores manifestando interesse pelo trabalho. Suprindo a demanda tanto da ESF/AB através do provimento, como da de média e alta complexidade.

Outro efeito colateral percebido nos dados, foi em relação à organização dos serviços de saúde. Por meio da economia gerada nos municípios os gestores puderam fazer investimentos em atenção secundária:

Na realidade com essa economia a gente teve a possibilidade de contratar outros profissionais médicos que não são do Programa Mais Médicos, mas sim profissionais com especialidade médica que eu não tinha no município, usar esse recurso pra contratar outros profissionais. Na realidade a gente continua gastando né, mas melhorou a qualidade do serviço claro. (GGF11)

A garantia de atenção secundária, um problema histórico para pequenos municípios, mostrou-se beneficiada pelo Programa. O coletivo de gestores participantes, de municípios "em marcha", em uma conjugação de esforços tem lutado para conseguir realizar a compra de serviços, em conjunto com outros municípios, a fim de garantir à população o acesso a especialidades, estando sujeito ao preço imposto por prestadores de serviço como clínicas ou hospitais privados da região. Com o Mais Médicos, parece que esses municípios resgataram aspectos da sua liberdade financeira, por exemplo, eles têm conseguido implementar serviços de média complexidade.

Alguns gestores relataram, também como efeito secundário, que um novo padrão salarial foi estabelecido: o que antes era marcado pelo crescimento exponencial dos salários, a fim de atrair o profissional, diminuindo o orçamento municipal, foi substituído por um modelo de oferta conduzido por um "padrão salarial digno", por conta da procura, em municípios antes esquecidos pelos profissionais médicos:

[...] Então, assim ó, o programa ele veio também pra criar um padrão salarial, então eu não fico numa escala salarial, eu pago aquele que o programa paga e tem gente pelo programa ou tenho pelo concurso. O concurso de [...] 2010 deu quinze inscritos, médicos, o programa. O concurso de 2015 deu sessenta e quatro, eu tenho sessenta e quatro na fila de espera, então assim, pelo mesmo padrão salarial que eu fiz a oferta em 2010 tá?
[...] Isso, criamos um padrão salarial digno assim né? Pra quem é gestor. (GGF11)

Provavelmente, e isso se trata de uma inferência a ser confirmada ou negada nos próximos anos, esteja sendo desenhado um esboço de plano de carreira para médicos do SUS, a partir deste efeito gerado pelo Mais Médicos, já que as tentativas anteriores não vingaram. O Conselho Nacional de Saúde propôs as Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários, por meio da Resolução nº 12, de 03 de outubro de 1991²⁹. O Ministério da Saúde elaborou a proposta em 2005, intitulada "Proposta Preliminar de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde" (PCCS-SUS MS)³⁰. Ainda não foi votada pelo Congresso Nacional.

Como se não bastassem as dificuldades de orçamento municipal, o repasse estadual para a atenção básica é quase inexistente e o repasse federal depende dos escassos recursos designados do Ministério da Saúde (MS), votados por um Congresso pago pelos planos de saúde

e empresas privadas do setor. O efeito não pode ser outro: dos 8% do orçamento público destinado à saúde, 3,7%³⁴ são destinados para atender 75% da população que vive exclusivamente do SUS. Este percentual é um dos mais baixos na comparação entre alguns países vizinhos saindo a frente apenas de Paraguai e Venezuela³¹.

No entanto, a população brasileira beneficiada com o percentual de 4,3% do orçamento da saúde (que corresponde a 25% do total), aquela que se garante com planos privados e empresas privadas do setor e que tem desoneração de seus gastos com saúde deduzidos do imposto de renda, quando precisam de hemodiálise, vacinações, tratamento para doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, hepatite C e AIDS), tratamento de câncer, dentre outros, os fazem no SUS; isto, sem contar a vigilância epidemiológica e sanitária para toda a população brasileira.

Por fim, cabe-se mencionar o limite do estudo: a participação de somente um ator social do processo de execução da atenção básica na Macrorregião estudada que, em teoria, é um ator temporário: secretário municipal de saúde. Porém, o estudo poderá contribuir com futuras investigações, em que novos gestores constituam a amostra.

4. Considerações

O artigo apresenta reflexões sobre o provimento do Programa Mais Médicos na Região de Saúde Grande Florianópolis, com base em quatro (04) unidades de análise: enfrentamento à litoralização; adesão; a importância da SES/SC e de supervisores na engrenagem da gestão com o Mais Médicos; e; efeitos colaterais do Programa.

Observou-se que, tanto o provimento como a interiorização da formação médica, corresponderam a um processo democrático de enfrentamento à litoralização. A adesão ao Programa mostrou-se vinculada a vantagens econômicas e alta rotatividade de médicos. Secretários expuseram que a engrenagem da gestão com Mais Médicos exige uma presença mais ativa, da SES/SC e de supervisores do balizamento pedagógico dos médicos. Como efeitos colaterais do Programa destacaram-se: o benefício percebido por gestores de municípios que aderiram e de municípios vizinhos que não aderiram; e; uma melhor organização dos serviços de saúde, gerada pela economia no custeio de médicos, o que possibilitou maiores investimentos em atenção secundária. O estudo apresentou ainda algumas reflexões de ordem macro, no sentido de deixá-las em aberto para novas pesquisas nesta Macrorregião.

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. Frente Nacional de Prefeitos. Governo Federal celebra programa Mais Médicos. 31 jul. 2015. www.fnp.org.br/noticias/item/534-governo-federal-celebra-programa-mais-medicos. Acesso em 26.07.2018.
2. Boito JA. A natureza da crise política brasileira. *Rev Le Monde Diplomatique Brasil* 2016; 104(1): 1-7.
3. Brasil. Medida Provisória n. 621, convertida na Lei nº 12.871/2013. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, DF; 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm. Acesso em 15.07.2017.
4. Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, DF; 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.html. Acesso em 03.07.2017.
5. Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília; 24 out. 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 11.06.2017.
6. Brasil. Portaria Interministerial n. 1.369, de 08 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação

- do Programa Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1(130); 2013.
7. Brasil. Programa Mais Médicos. Resultados para o País. 2015. <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acesso em 26.07.2018.
 8. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica. Vol. 2. <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=8&edicao=1520>. Acesso em 26.07.2018.
 9. Ros MA. Tutoria Programa Mais Médicos. UNASUS - Universidade Aberta do SUS. Plano de trabalho do tutor: extratos. mar. 2016. p. 31.
 10. Petrolí FIS. (Tese). Um desejo de cidade, um desejo de modernidade: Chapecó 1931-1945. Departamento de Filosofia e História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.
 11. Fapesc. Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina. Pesquisadores da Univali avaliam impacto social do Mais Médicos em SC. <http://www.fapesc.sc.gov.br/pesquisadores-da-univali-avaliam-impacto-social-do-mais-medicos-em-sc>. Acesso em 26.07.2018.
 12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2014.
 13. Ribeiro D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. 3ª. ed. São Paulo: Global; 2015. p. 151.
 14. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Plano Diretor de Regionalização. 2012. http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=249. Acesso em 26.07.2018.
 15. Oliveira M. Em Florianópolis salário é um detalhe. Rev. Exame 2014. <http://exame.abril.com.br/revista-exame/aqui-o-salario-e-um-detalle>. Acesso em 26.07.2018.
 16. Portal Brasil. Florianópolis atende população de periferia com Mais Médicos. <http://maismedicos.gov.br/noticias/147-florianopolis-atinge-100-de-cobertura-na-atencao-basica-com-ajuda-do-mais-medicos>. Acesso em 26.07.2018.
 17. Editorial NYT. Cuba's Impressive Role on Ebola. The New York Times. 19 out. 2014. p. A24. https://www.nytimes.com/2014/10/20/opinion/cubas-impressive-role-on-ebola.html?_r=1. Acesso em 26.07.2018.
 18. Lima RCGS, et al. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. Ciênc Saúde Colet 2016; 21(9): 2797-805.
 19. Brasil. TCU/SC - Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. Auditoria do TCE/SC aponta deficiências em serviço de atenção básica. <http://www.tce.sc.gov.br/acom/radio/26280/auditoria-do-tcesc-aponta-defici%C3%AAs-em-servi%C3%A7o-de-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%AAsica-%C3%A0-sa%C3%BAde>. Acesso em 26.07.2018.
 20. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1(18055); 1990.
 21. Brasil. Lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília; 2000.
 22. Senado Federal. Emenda Constitucional n. 95. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o nono Regime Fiscal, e dá outras providências. <https://legis.senado.leg.br/legislacao/DetalhaSigen.action?id=540698>. Acesso em 26.07.2018.
 23. Medeiros CRG, et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet 2010; 15(1): 1521-31.
 24. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev adm pública 2008; 42(2): 347-68.
 25. Souza M, Girardi DM, Pereira J. Estudo da Rotatividade dos Médicos Lotados nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Coleção Gestão da Saúde Pública 2013; (5). <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-5-Artigo-6.pdf>. Acesso em 07.04.17.
 26. Liz RG de, Lima RCGS. Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: um estudo de caso. Interface (Botucatu) 2017; 21(supl. 1): 1281-90.

27. Brasil. Portaria Normativa n. 14, de 9 de julho de 2013. Dispõe sobre procedimento de adesão das instituições federais de educação ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, DF; 2013.
28. Brasil. Programa Mais Médicos. Gestores: mais médicos para seu município. 2015. <http://maismedicos.gov.br/mais-medicos-para-seu-municipio>. Acesso em 26.07.2018.
29. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 12, de 02 de outubro de 1991. Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários. http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm. Acesso em 26.07.2018.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Proposta Preliminar de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pccs_sus.pdf. Acesso em 26.07.2018.
31. Brasil. Senado Federal. Davim: Brasil investe menos em saúde que países vizinhos. <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/06/12/davim-brasil-investe-menos-em-saude-que-paises-vizinhos>. Acesso em 26.07.2018.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Murilo Lyra Pinto

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: mu.lyra@gmail.com
