



Artigos Originais

Projeto Mais Médicos para o Brasil e Projeto de Cooperação Mais Médicos: um retrato das iniciativas na Mesorregião Oeste de Santa Catarina¹

More Medical Doctors for Brazil Project and More Medical Doctors Cooperation Project: a portrait of initiatives in the West of Santa Catarina

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹

¹Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: O artigo analisa três variáveis do provimento do Programa Mais Médicos na Mesorregião Oeste de Santa Catarina: situação da atenção básica, comunicação interfederativa e adesão. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, desenvolvido nas seis Regiões de Saúde com secretários municipais de saúde por meio da técnica de coleta grupo focal. Na relação com os dados, observou-se que quando os Projetos foram instituídos, os municípios conviviam com uma boa e qualificada cobertura de atenção básica, ainda que com um baixo interesse regular de médicos e ocupação médica heterogênea, usualmente transitória. Um vazio de acolhimento técnico direto, para elucidar questões implicadas no arcabouço normativo dos Projetos, por parte do governo federal, apresentou-se manifesto. Necessidade, oportunidade e conveniência foram as motivações, indicando que falta de médicos e utilização do poder discricionário nortearam os processos de adesão. Apreendeu-se que ambas as iniciativas táticas do governo federal representaram uma forma importante de enfrentamento à falta de médicos e/ou à ocupação médica transitória, mas caracterizam-se como de curto prazo. Enquanto tal, não é um fim em si mesmo, mas um meio para anunciar o começo da sua garantia. Se não houver, de fato, um investimento maciço nas ações de caráter estruturante, o que é emergencial hoje poderá deflagrar uma ruptura incontornável na atenção básica, quando deixar de sê-lo.

Palavras-chave: atenção básica, atenção médica, ética, projeto de cooperação mais médicos, projeto mais médicos para o Brasil.

Abstract: The article analyses three variables regarding the provision of the More Medical Doctors Program in the West Mesoregion of Santa Catarina: status of the primary healthcare, inter-federative communication, and adhesion. It is a study of qualitative nature, exploratory level and analytical character, developed in the six Health Regions with municipal health secretaries by means of the focus group collection technique. Upon establishing a link between the data, it has been observed that at the time when the Projects have been instituted, the municipalities experienced a good and qualified primary healthcare coverage although with regular low interest from the medical doctors and heterogenous medical occupation which was usually transitional. The gap of direct technical welcome to elucidate issues implied in the regulatory framework of the Projects, by the federal government has been evidenced. Motivations were need, opportunity and convenience showing that the lack of medical doctors and the utilization of discretionary power have guided the adhesion processes. It has been learned that both tactic initiatives by the federal government represented an important way of confrontation to the lack of medical doctors and/or to the transitory medical occupation, yet it has been characterized as of short term. As such, it is not an end in itself, but a means to announce the beginning of its guarantee. If there will not be, indeed, a massive investment within structural actions that is an emergency nowadays, it may onset an insurmountable rupture within the primary healthcare when it will no longer be so.

Keywords: primary healthcare, medical healthcare, ethics, more medical doctors co-operation project, more medical doctors for Brazil program.

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).

1. Introdução

Em seu desenvolvimento histórico, a práxis da Estratégia Saúde da Família da Atenção Básica (ESF/AB) tem se apresentado subordinada a escolhas governamentais¹ e dependente da garantia de atenção médica. A defesa sócio-institucional desta principal modalidade operativa da AB, vem sendo progressivamente modificada a cada cinco anos e tem convivido com: insuficiência de médicos², escassez de médicos por habitante, quando aproximado a outros países³; expressiva alternância de médicos, especialmente nas regiões Sul e Sudeste⁴, desigualdade distributiva de médicos entre municípios^{5,6}, regiões, interior e capital, área urbana e área rural⁵, e baixa fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade social⁷, principalmente em municípios de menor porte, distantes de grandes centros⁸.

Dois anos depois de realizada a primeira revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que havia flexibilizado a carga horária da jornada de trabalho do médico na equipe da ESF⁹ visando a, entre outros, atrair médicos para compor as equipes, o governo federal criou o Programa Mais Médicos (PMM)¹⁰.

Lançado por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013, o Mais Médicos teve por finalidade formar profissionais médicos para a atenção básica, por meio de oferta de curso de especialização na atenção básica com duração de três (03) anos, bolsa-formação e ajuda de custo¹⁰. Em outubro do mesmo ano, esta MP foi convertida na Lei nº 12.871/2013, que estruturou três eixos condutores das ações do Programa: a) provimento emergencial de atenção médica para atenção básica; b) ampliação da oferta de cursos de medicina e residência médica; e, c) criação de novos parâmetros para a formação médica¹¹.

Em seu desenho, dois Projetos foram propostos e estão em curso: Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹¹ e Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM)¹². O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) é oferecido aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País e aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional¹¹.

O Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM) foi garantido pelo Art. 17 da MP nº 621, de 08 de julho de 2013, onde lê-se que os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outras modalidades de cooperação com "organismos internacionais [...], inclusive com transferência de recursos"¹¹. No mês seguinte à publicação desta MP, o Projeto de Cooperação foi viabilizado por meio de dois termos de ajustes¹² (2º TA e 3º TA) executados em um Termo de Cooperação Técnica (TCT80) que havia sido firmado entre Brasil e Cuba em abril, três meses antes da publicação da MP nº 621. O TCT80, intitulado "Acesso da população brasileira à atenção básica em saúde/TC80", teve por objeto o "desenvolvimento de estratégias e processos de ampliação do acesso, em especial [aos] serviços de atenção básica [...], por meio de ações articuladas para atender as necessidades de populações selecionadas"¹³.

A partir da publicação da MP nº 621/2013, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) lançou vários editais para chamamento de médicos e de municípios elegíveis para o PMMB¹¹. Interconectado a este processo, a partir de agosto de 2013, médicos cubanos começaram a chegar na atenção básica, por meio do PCMM¹². A publicação de inúmeros editais, com diferentes descrições de elegibilidade de municípios ao PMMB, bem como a viabilização do PCMM por meio de dois TA em um TC firmado entre Brasil e Cuba, antes da publicação da MP 621/2013, refletem a complexidade do arcabouço legal e operacional do Programa.

A AB do estado de Santa Catarina, da mesma forma que a de demais estados brasileiros, foi contemplada com Programa Mais Médicos. Nos primeiros dez meses de execução no estado, o Programa já havia apresentado um impacto positivo, beneficiando 1,5 milhões de catarinenses¹⁴. Em março de 2016, quatrocentos e trinta e sete (437) médicos advindos por ambos os Projetos estavam distribuídos em cento e noventa e quatro (194) dos duzentos e noventa e cinco (295) municípios catarinenses¹⁵.

O artigo apresenta uma análise ético-política de três variáveis das iniciativas do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e do Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM) na Mesorregião Oeste catarinense: situação da atenção primária, em contexto de institucionalização e de experiências do PMMB e do PCMM; comunicação; e, adesão de municípios.

2. Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, desenvolvido em conformidade com a Resolução MS/CNS 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí, SC, sob o número 1.221.920.

O estudo foi realizado na Mesorregião Oeste de Santa Catarina, com população estimada de 1.350.000 habitantes. Duas Macrorregiões de Saúde compõem a Mesorregião Oeste: Grande Oeste e Meio Oeste. A Macrorregião Grande Oeste é formada por 76 municípios, distribuídos em três (03) Regiões de Saúde: Extremo Oeste, Xanxerê e Oeste. A Macrorregião Meio Oeste é formada por 55 municípios, distribuídos em três Regiões de Saúde: Alto Uruguai Catarinense, Meio Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe¹⁶.

A amostra foi composta por secretários municipais de saúde, que haviam aderido ao provimento do Programa Mais Médicos por qualquer um de seus Projetos ou a ambos. De acordo com o mapeamento quantitativo de médicos e municípios, realizado pela pesquisa estadual "Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e desafios", dos 131 municípios da Mesorregião Oeste, 75 tinham médicos lotados pelo Mais Médicos, em marco de 2016¹⁵. Destes, 51 participaram deste estudo.

A coleta foi realizada através de 06 grupos focais: em Chapecó, Xanxerê, São Miguel D'Oeste, Concórdia, Videira e Joaçaba. Os grupos focais foram viabilizados pelo diretor de Educação Permanente, da Secretaria Estadual de Saúde/SC, em uma reunião ocorrida, em março de 2016, com tutores acadêmicos do Mais Médicos. Na ocasião, um dos pesquisadores integrantes da pesquisa estadual, na qualidade também de tutor do Programa em Santa Catarina, compartilhou com o diretor de Educação Permanente a necessidade de os pesquisadores viabilizarem um caminho para a coleta. Acordou-se que seria verificada a possibilidade de realizá-la em encontros mensais das Comissões Intergestoras Regionais (CIR).

De posse de uma carta de apresentação do então diretor, estabeleceu-se contatos com os coordenadores das CIR's, por meio de correio eletrônico, quando apresentou-se a pesquisa e o pedido de inclusão de uma pauta de uma hora (1h) para a coleta em reuniões da CIR's. Todos os coordenadores acataram o pedido e enviaram as orientações também por meio de correio eletrônico.

A coleta foi realizada entre abril e julho de 2016. Em um clima respeitoso, amistoso e acolhedor, os encontros acabaram propiciando, também, um espaço de reflexões sobre a crise nacional. Como as entrevistas aconteceram em reuniões mensais das CIR's, estavam presentes, também, secretários de saúde (ou representantes) de municípios que não haviam aderido ao Mais Médicos, alguns prestadores de serviços e coordenadores de atenção básica. Essas pessoas acompanharam o desenvolvimento das entrevistas e algumas solicitaram espaço para expor opiniões. O tempo de duração das entrevistas variou de 1:35' a 25'.

Os grupos focais foram orientados por um moderador e um relator. O moderador abriu os encontros descrevendo a pesquisa aos participantes. Em seguida, compartilhou a necessidade de cada participante firmar sua participação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e pediu o consentimento para gravar o momento. O relator, por sua vez, incumbiu-se: da entrega de cartões com números individuais para os participantes, solicitando a cada um que dissesse o número antes de se pronunciar, para facilitar o trabalho posterior de transcrições. Em dois grupos focais, estiveram presentes dois secretários que assumiriam o cargo, em breve, juntamente com os secretários em exercício.

O roteiro foi orientado para coletar a percepção de secretários sobre: a situação da atenção básica no Oeste, de modo geral; o modo como se deu e vem se dando a comunicação interfederativa sobre o Mais Médicos; as motivações que levaram à adesão dos municípios; e; o tipo de adesão (PMMB, PCMM ou ambos).

Após a transcrição do material, executou-se uma exploração inicial cuidadosa com vistas à organização do banco de dados. Frases incompletas e vícios de expressão muito repetidos foram descartados. Em seguida, o material foi organizado no *software* Atlas.ti®, em uma unidade hermenêutica nominada "Mais Médicos Oeste estudo 1". Como etapa subsequente, sucederam-se muitas leituras para eleição das unidades de registro (Quadro 1), unidades de contexto e dimensões.

A próxima etapa foi a de codificação analítica, isto é, de atribuição de códigos para as unidades de registro selecionadas. Os dados foram codificados por meio de uma adaptação do método temático tradicional, uma vez que, ao contrário deste, esta pesquisa não trabalhou com a contagem de frequência de unidades de registro, bastando a presença de unidade com significado relevante para o objeto analítico¹⁷. Os códigos foram gerados por analogia, segundo critérios semânticos, em interlocução com o arcabouço legal e operacional do Programa e com a revisão bibliográfica realizada pela pesquisa estadual.

Da agregação de códigos emergiu a categoria analítica, explorada neste manuscrito: "Provimento emergencial do Programa Mais Médicos no Oeste catarinense: um retrato da

iniciativa". O anonimato dos sujeitos foi preservado, utilizando-se a letra O, acrescida de números sequenciais.

O método de análise foi do tipo ético-político (Quadro 1), inspirado no método humanístico de análise da realidade desenvolvido por Antonio Gramsci, em seus estudos no Cárcere. Partindo sempre de uma problematização, o método é conhecido como "o método do 'posto que'"¹⁸, e executado na interlocução entre a historicidade do objeto e a indagação de suas tendências contraditórias, permitindo, portanto, reconhecer as dinâmicas e contradições da realidade. O produto da interlocução é uma questão nova à espera de uma resposta nova para posteriores processos deliberativos.

Quadro 1 - Unidades de análise e dimensões das unidades de análise, de acordo com objeto, método e categoria

| OBJETO | MÉTODO | CATEGORIA DE ANÁLISE | VARIÁVEIS/UNIDADES DE ANÁLISE | DIMENSÕES DAS VARIÁVEIS/UNIDADES DE ANÁLISE |
|---------|----------------|--|---|--|
| PMMB/SC | Ético-político | Provimento emergencial no PMM no Oeste catarinense: um retrato da iniciativa | Situação da atenção básica Comunicação interfederativa Adesão | Adesão com expectativa de longo prazo Adesão como necessidade Adesão como oportunidade Adesão como conveniência |

Fonte: Elaboração da autora.

3. Resultados e Discussão

Buscou-se, inicialmente, capturar uma fotografia da situação da atenção básica, no contexto de implantação e de experiências com médicos do Programa. Situação, no sentido gramsciano de "relações de força em contínuo movimento"¹⁹. Pois, o objetivo não foi conhecer as bases organizacionais das ações e serviços de atenção básica, em suas especificidades, mas se, e, em que medida estava posta ou a filosofia da práxis que o SUS requer, em termos de necessidade histórica e aposta concreta na atenção básica, por parte daqueles que estavam no governo - os gestores participantes.

Em um dos grupos focais, ao serem questionados sobre como compreendem a ESF/AB, foi possível perceber, ainda que de modo não aprofundado, que há gestores de atenção básica dirigidos pela vontade de fazê-la acontecer como necessariamente deve acontecer. Gestores expressaram que os municípios convivem com uma boa e qualificada cobertura, ainda que com um baixo interesse regular de médicos e ocupação médica heterogênea, não raramente transitória:

[...] a gente tinha muita dificuldade, na época, em ter acesso a profissionais médicos brasileiros (O1) forte questão de rotatividade (O2). A gente é refém de médico (O3). Dificuldade na contratação de médicos é na nossa região inteira, mas a nossa região tem acesso e uma boa cobertura da Estratégia Saúde da Família e ela é bem-feita [...] a nossa atenção básica é forte e a gente se dedica muito há muito tempo (O4).

Um fato importante a ser destacado, refere-se à concordância dos presentes sobre a fala do sujeito O4, expressa acima. A totalidade dos gestores participantes daquele encontro não viam a ESF/AB no âmbito da "essencialidade" da atenção médica, realidade de alguns desenhos brasileiros em que o centralismo no médico manifesta-se de modo intensificado²⁰. Ainda que mostrando-se reconhecedores do problema histórico de falta de médicos: [...] "na nossa região inteira" (O4); sinalizaram reconhecer, no entanto, a relação com o depoimento e, as concordâncias, permitem inferir que eles reconhecem a Estratégia em sua "necessidade histórica"²¹, para fins de ordenar um SUS que agoniza para se manter em pé. Ao qualificar a cobertura como "bem-feita e forte" (O4), expressaram um fundamento importante da totalidade: a análise do acesso e da cobertura da atenção básica tem que ser realizada em termos de necessidade de saúde, sempre históricas e dinâmicas; caso contrário, a continuidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção de um território, por exemplo, fluidificar-se-ão em ações pontuais e/ou arbitrárias de pronto atendimento.

Uma fronteira da organização do acesso dos serviços de saúde da atenção básica é o modelo de gestão baseado na oferta, orientado por uma lógica que prioriza não as necessidades dos usuários, mas à oferta de serviços. Hegemonizado em vários sistemas de saúde e, também, no SUS e operado por meio de parâmetros que valorizam a média em séries históricas, este modelo de gestão tem em prestadores de serviços o seu núcleo central²². E, aqui, cabem indagações:

Como reconhecer o caráter universal do SUS na atenção básica, se o modelo de gestão da atenção básica nega as diferenças entre coletivos de usuários ao organizar os serviços por médias? Como reconhecê-lo na atenção básica, se esta insiste em operar majoritariamente com um horário na contramão das possibilidades do trabalhador?

Um caminho para as respostas pode ser o histórico. O SUS é uma política de Estado conquistada na Constituição Federal de 1988 (CF88)²³. A atenção básica, ordenadora do SUS, é uma política de governo. Foi conquistada no processo de desenvolvimento do SUS mediante dois programas, instituídos por Portarias e financiados por meio de recursos e incentivos federais⁷. Em seu processo regulamentário, indicou a Estratégia Saúde da Família aos municípios, como a principal modalidade operativa. Atenção Básica é, portanto, uma política disponível para 5.570 governos subnacionais que, graças ao modelo de federalismo²⁴ instituído pela CF88, detêm descentralização política e são independentes em seus espaços próprios de ação. Nesta condição, detêm a prerrogativa de escolher entre aderir à atenção básica, em âmbito assistencial, ou assumir, de fato, a ESF/AB como ordenadora do sistema. Deste modo, enquanto uma política de governos, as condições de possibilidades para se alcançar o direito a saúde como direito de cidadania na ESF/AB está relacionada com a natureza do compromisso político dos governos municipais.

Em outro grupo focal, por sua vez, um gestor expressou a boa atenção básica fazendo referência ao indicador de desempenho que mede a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica: “É boa [...] nossa internação é baixíssima, para uma população de 20.000 habitantes [...] mas a gente já vinha tendo uma diminuição gradativa de internação hospitalar, antes da chegada do Mais Médicos” (O5).

Pesquisa regional catarinense realizada em um período bem anterior à criação do Programa Mais Médicos (1999-2004), analisou o comportamento das internações hospitalares por algumas condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAAs), na região da Associação de Municípios do Extremo Sul de Santa Catarina – AMESC. A análise estatística sugeriu que houve uma tendência à diminuição de algumas taxas e, segundo os autores, esta tendência poderia estar associada a maior cobertura e a melhor atenção recebida pelo Programa Saúde da Família²⁵.

Estudo avaliativo sobre o acesso e cobertura universais de saúde em áreas remotas e carentes brasileiras, antes e após a implementação dos Projetos do Mais Médicos (2012-2015), demonstrou uma queda de 8,8% no percentual de hospitalizações por condições sensíveis (ambulatoriais) nos municípios inscritos no provimento emergencial: de 44,9% em 2012 para 41,2% em 2015. Nos municípios não alistados no Mais Médicos, o percentual manteve-se inalterado neste período. Este resultado expressa que os Projetos impactaram efetivamente, até 2015, nas ações de prevenção de doenças, diagnósticos, tratamento precoce de doenças agudas e o controle e acompanhamento de doenças crônicas nas equipes de saúde da família que contavam com médicos advindos do Mais Médicos²⁶.

No entanto, no momento histórico em que esses dados são analisados, essa fotografia promissora foi ocultada pelo retorno de doenças imunopreveníveis²⁷ e aumento da mortalidade infantil²⁸ no Brasil. As medidas de austeridade, instituídas por Michel Temer, ao chancelarem um poder político formal que ignora o lugar ocupado pela Estratégia Saúde da Família da Atenção Básica (ESF/AB) do SUS na vida nacional, promoveram um arrefecimento da participação do Estado na garantia do Sistema. O novo Regime Fiscal (7), a Reforma Trabalhista (8) e a nova Política Nacional de Atenção Básica (9) já promoveram fendas suficientes para desarticular a organização do Sistema, sinalizando um aumento geral de doenças tratáveis²⁷ na ESF/AB, cuja presença ainda se faz presente em parte da municipalidade em função do Programa Mais Médicos.

A segunda variável analisada foi a comunicação. Indagados sobre o modo em que se deu a comunicação entre o nível federal e municípios, quando da criação do Mais Médicos, a maioria dos secretários destacou:

Saiu aquela relação de municípios aptos, o prefeito pediu pra eu ficar uma semana pra isso. Pra eu conseguir informações em Brasília. Eu fiz mil ligações: 'passa pro fulano, não é comigo, é com beltrano' no final a gente não conseguiu (O7) [...]. Mandava e-mail, não recebia resposta [...] a gente ligava 136, passava pra um, passava pra outro (O8) [...]. a gente demorou um tempão pra descobrir com quem a gente tinha que falar (O9). A informação, pelo menos em nosso município, foi péssima (O10). Eu acho até que as informações básicas - como acessar, como fazer e onde -, foi dentro do limite normal, mas foi muito difícil a agilidade da informação (O4) [...]

Em relação a esses relatos, questiona-se o sentido prático da indissolubilidade dos entes federados. A Constituição de 1988 fixou, em seu Art. 1º, dos Princípios Fundamentais, Título I, que a República Federativa do Brasil é formada pela União indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal²³. Pois bem. Diante do complexo arcabouço legal e operacional do Programa Mais Médicos, criado para dar condições à execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCCMM), era de se esperar que o governo federal tentasse sanar com atenção cuidadosa as intermináveis e justificadas dúvidas de gestores sobre a elegibilidade aos Projetos e sobre a distinção de tais Projetos. No entanto, os relatos indicam o silêncio e/ou a inabilidade do Estado e/ou a falta de agilidade na informação, na relação com os municípios, o que acabou dificultando (ou impedindo) o esclarecimento das regras e dos processos e organização do Mais Médicos.

Estudo realizado sobre o provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014, sinalizou que, na região Sul, 570 municípios aderiram ao Mais Médicos na condição de demais municípios e que 75 municípios eram elegíveis, mas não se inscreveram ou efetuaram cancelamento da inscrição⁸. Uma das razões de não ter aderido, pode ser a falta de apoio procedimental ao gestor, conforme mencionado pelo sujeito O7.

Neste sentido, ao contrário de diálogo interfederativo, este recorte de estudo mostra um vazio do ente federal, na relação direta com os municípios, no âmbito do esclarecimento das regras e organização do Mais Médicos. Cabe assinalar que o Estado possui referências descentralizadas da SGTES/MS em Santa Catarina, mas, em uma dinâmica sistêmica de qualidade, esta modalidade descentralizada, com um quadro nem sempre suficiente para atender a uma mesorregião, não pode e não deve servir de argumento, para a esfera federal justificar a sua ausência na comunicação direta com os municípios. Cabe ressaltar que se está defendendo, não a ação comunicativa centralizadora, mas o diálogo direto com o nível central, quando este se fizer necessário aos municípios.

Em um esforço interpretativo, foi possível apreender que está em xeque a comunicação do próprio arranjo institucional sistêmico, pois não basta a Constituição reforçar o processo de descentralização política com base em transferência de competência aos municípios, como também não basta o governo federal criar projetos, para soluções imediatas, com base na articulação interfederativa, sem uma efetiva metodologia comunicativa de base. Uma "política realística" exige a criação de condições para acontecer, entre estas, a comunicação qualificada interfederativa²⁹.

Gestores manifestaram saber que o Mais Médicos tem um *site* e um número telefônico disponibilizado para dúvidas: o 136. Ambos os recursos são importantes, mas não suficientes, porque não substituem as relações institucionais. São as relações que (ainda) importam, posto que elas constituem as bases para a condução dos processos que orientam as deliberações municipais. Em face da linguagem excessivamente culta dos editais de chamamento de municípios e considerando a heterogeneidade cultural dos gestores, seria razoável reconhecer que a compreensão dos critérios de elegibilidade de municípios exigiria esforço, por parte de muitos gestores. No que diz respeito à comunicação entre municípios e o estado de Santa Catarina, entretanto, as falas apontaram para uma comunicação interfederativa qualificada:

[...] com Florianópolis o nosso contato foi quase excelente (O8). Tu ligava e eles te ajudavam (O13). A coordenação de Florianópolis atendeu a gente muito bem (O11) [...] Sempre que procurei a coordenação estadual minhas dúvidas foram sanadas. Depois do Programa também (O14).

A análise da terceira unidade - adesão - exigiu esforço redobrado, uma vez que a relação com os dados revelou uma modalidade de expectativa equivocada e três dimensões de análise.

Ao serem questionados sobre a naturalidade dos médicos, advindos pelos Projetos, e como foi desencadeado o processo de chegada deles nos municípios, gestores expressaram:

A grande maioria dos médicos que veio pro Oeste é cubana (O4). Quase tudo cubano (O18). Olha, nós fomos surpreendidos, pensamos que ia demorar uns dois, três anos pra entrar na fila [...] de repente, avisaram que era pra gente receber o médico, que a gente tinha sido sorteado (O15). De repente, telefonaram e disseram que ela tinha chegado, na época que a cubana veio ela ficou como uma 5ª médica, eu tive que alocar ela numa equipe porque era obrigatório pelo Programa e num primeiro momento se tornou um gasto (O16).

Os relatos acima expressaram que, até o período da coleta, a vasta maioria de médicos lotados no Oeste era cubana, isto é, que o PCMM deteve a supremacia do provimento na região.

Esta realidade, provavelmente, impôs-se em decorrência da falta de interesse de médicos chamados pelos editais publicados, a partir da publicação da Portaria nº. 1369/2013³⁰ e da Lei
Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.8, n.3, p.28-37, 2017.

Mais Médicos nº. 12871/2013¹¹. Um fato apreendido, neste âmbito, e interconectado com o déficit de informação, é que os gestores desconheciam as diferenças entre PMMB e PCMM, na ocasião da coleta.

E, aqui, impõe-se outra reflexão: enquanto parte de gestores convivia com dificuldades para compreender o processo de elegibilidade, exposto por editais sucessivos de difícil clareza, bem como para compreender minimamente a diferença central dos dois Projetos, as entidades da categoria médica unificavam-se na luta contra o Programa. Pesquisa qualitativa, realizada com inúmeras fontes (livros, vídeos, notas, atas, petições, jornais, jornais de entidades médicas, revistas), no recorte temporal mai. 2010 – dez. 2014, analisou o modo como se deu a luta das entidades da categoria médica. O estudo mostrou que a resistência ao Mais Médicos havia sido iniciada, na verdade, bem antes da criação do Programa. Já em 2010, as entidades atuavam na contramão de revalidação de diploma de médicos emitidos no exterior, contra o aumento do número de vagas de medicina e a favor da criação de uma carreira pública nacional para médicos atuarem no SUS. Na luta contra o Mais Médicos, as agendas das entidades foram unificadas. No entanto, a presença de dissensos sobre o modo de fazer resistência entre as entidades acabou debilitando as articulações historicamente construídas dessas entidades³¹.

Questionados sobre a expectativa de adesão, alguns secretários expuseram que fizeram adesão ao PMMB e/ou PCMM com expectativa de longo prazo. Pelo menos, duas inferências colocam-se na análise deste fato, a saber: a) a dificuldade de os gestores lidarem com tantas legislações sobrepostas, em suas finalidades; e; b) pela relação dialética entre implantação e execução.

Sobre o déficit de apropriação dos Projetos, torna-se importante reforçar o lugar da responsabilidade de seus entes em um Sistema que se mostra federalizado, regionalizado e hierarquizado. A vasta maioria dos municípios do Oeste estão distantes da capital estadual e federal. Ainda que estejam representados por referências descentralizadas da esfera federal, por instâncias bipartite e tripartite; ainda que seus gestores se encontrem regularmente em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR), de consórcios municipais e câmaras técnicas; os fluxos e processos administrativos refletem um cotidiano dialético de fronteiras e conflitos, e esta realidade permeável acaba incidindo na lida diária de gestões. É tarefa ética, de todos, refletir os caminhos e descaminhos da gestão pública. É tarefa ética, do governo federal e estado, refletir sobre a importância de colocar-se à disposição para elucidação de programas e projetos desenhados e instituídos. Além disto, conforme já mencionado, tanto o PMMB quanto o PCMM estão submetidos à legislação do SUS.

Adesão aos Projetos com expectativa equivocada (de longo prazo) parece externar também um produto histórico do desenvolvimento real da atenção básica, exposto como um limite da administração pública brasileira: a definição de desenhos de programas, não raramente, ganha novos contornos em seus processos de implantação. O conjunto de regras específicas, elemento de todo e qualquer programa, nem sempre está definido com consistência, antes de os programas serem instituídos. Delineamento e processo acabam caminhando juntos, no próprio movimento dialético das coisas.

Um exemplo deste produto histórico, é o próprio Programa de Saúde da Família, cujo desenho ousado, construído para re-estruturar o SUS, sofreu várias modificações em seu processo de desenvolvimento, o que acabou resultando na implementação inicial do Programa por meio de “transferências convencionais de recursos”¹⁰, em uma lógica seletiva.

Necessidade, oportunidade e conveniência foram razões norteadoras da adesão:

[...] a gente tinha necessidade (O30, O31) querendo uma solução pra questão da rotatividade (O2, O40, O36, O38). A questão de nunca ter médico no município (O1, O32) [...] dificuldade de contratação (O33) [...] falta mesmo de médico (O34, O35, O37, O39) [...] falta de vinculação (O41) [...] quase que foi unânime [...]: vamos fazer a adesão, vamos ver o que vai dar isso (O26) [...] foi meio que na onda (O27, O29) [...] a gente acabou se inscrevendo por achar que poderia ser bom ao município (O4). O Programa foi um alento (O22) [...] o governo pagava o profissional e o município só entraria com as custas (O19) [...] é um profissional normal que nem os outros e o Estado paga a fatia maior (O20) [...] traria profissional mais barato (O21). Quando se tem médico o valor que pedem é altíssimo (O23) [...] traria economia pro município (O24, O25).

A necessidade foi uma razão importante da adesão aos Projetos. Vários municípios aderiram por falta de médicos e/ou por ocupação médica transitória. Esta constatação expõe a importância vital que os Projetos veem representando ao Oeste catarinense, gerando uma forte expectativa sobre o futuro incerto, uma vez que se trata de um provimento emergencial. No

entanto, gestores manifestaram que o PMMB e/ou PCMM foram também abraçados pelos municípios porque seriam oportunos e convenientes aos interesses locais: por razões econômicas e organizacionais.

Segundo o Art. 30 da Constituição Federal²³, "legislar sobre assuntos de interesse local" é a primeira competência dos municípios. No entanto, a ausência de clara definição legal do que vem a ser interesse local pode desprover a gestão municipal de condições para focar em seu objeto, a garantia de ações e serviços em âmbito de promoção da saúde, diagnóstico, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e redução de danos. Esses vazios podem acabar abrindo caminho para escolhas discricionárias^{32,33}: "vamos fazer a adesão, vamos ver o que vai dar isso" (O26) [...] "poderia ser bom" (O4), "foi meio que na onda" (O27, O29).

O poder discricionário é aquele concedido pelo Direito ao administrador público para, a partir da realidade e dos valores oportunidade e conveniência, escolher a solução mais cabível para efetivar um fim público. Trata-se de uma abertura normativa concedida ao gestor da política pública, em âmbito da atividade administrativa³⁴.

O processo de gestão do SUS, convive com uma dose de elevado tecnicismo e uma dose baixa de metodologia da administração pública, o que acaba favorecendo a prática de poder discricionário. Devido à imprecisão e à ambiguidade que o conceito discricionário carrega, o importante é o reconhecimento da sua necessidade, no caso concreto, para que se possa julgar a legalidade do ato de sua aplicação, o que pode ser compreendido como um contraponto à possibilidade do exercício de arbitrariedade por parte do administrador público³⁴. Em outra abordagem, é preciso contextualizar o uso deste poder, pois as escolhas discricionárias nem sempre estão focadas no bem coletivo; às vezes, são frutos de interesses outros do gestor. Neste sentido, fora da interface entre atividade administrativa e cidadão, a utilização do poder discricionário, na esfera da atenção básica, incorreria numa ação eticamente discutível.

Se a gestão da atenção básica fosse orientada por uma metodologia de base, por um acolhimento técnico cuidadoso para além das publicações no Diário Oficial da União e algumas referências descentralizadas, capaz de conduzir o processo de hegemonização de valores coletivos para alcançar o fim público (a garantia do cuidado integral de indivíduos e coletividades), a possibilidade de o poder arbitrário conduzir a prática do poder discricionário, seria reduzida³⁴.

Enfim, o presente estudo revelou que ambas as iniciativas táticas do governo federal, Projeto Mais Médicos para o Brasil e Projeto de Cooperação Mais Médicos, representaram uma forma de enfrentamento emergencial ao conflito histórico de falta de médicos, na atenção básica, no Oeste catarinense. No entanto, políticas de curto prazo, para atenção básica, não são um fim em si mesmo, mas um meio para anunciar o começo da sua garantia. Se não houver, de fato, um investimento maciço nas ações de caráter estruturante do Programa Mais Médicos, o que é emergencial hoje, poderá deflagrar uma ruptura incontornável na atenção básica, quando deixar de sê-lo.

Para tanto, é preciso que o governo federal reflita o Brasil, com base em valores coletivos, e aja para o Brasil. O exercício ético diário, coloca-se como uma janela oportuna para o reconhecimento da necessidade intransigente de concretizar ações políticas de médio e longo prazos e para proteger-se do poder de sedução exercido pela histórica arte brasileira de "apagar incêndio"⁶.

O latente conflito nacional "médico e atenção básica", exposto neste estudo, acabou remetendo ao pensamento social de Antonio Gramsci sobre conflito: é no enfrentamento de um conflito interno que "as coisas deveriam mudar", e o que merece valorização não "são as coisas ou o modo como elas estão postas" por qualquer uma das partes, mas a identificação "do fim que as partes em conflito se propõem com o próprio conflito", em conformidade com os meios¹⁹.

Por fim, ressalta-se os limites do trabalho. O estudo que deu origem a este artigo destacou as percepções de um ator social do processo de execução da atenção básica que, a princípio, está representante do Estado por um período de quatro anos: secretário municipal de saúde. Três meses após a finalização da coleta de dados, houve eleições municipais e, com efeito, provável mudança dos gestor(es). No entanto, o conteúdo aqui analisado poderá contribuir com estudos futuros sobre o retrato do processo de execução dos Projetos do Mais Médicos na Mesorregião Oeste.

4. Considerações

O artigo analisa três variáveis do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e do Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM), em âmbito da Mesorregião Oeste catarinense: situação da atenção básica; comunicação interfederativa; e, adesão aos Projetos.

Sobre a situação da atenção primária, no contexto de implantação dos Projetos e de experiências, gestores expressaram que os municípios conviviam com uma boa e qualificada cobertura, ainda que com um baixo interesse regular de médicos e ocupação médica heterogênea, não raramente transitória. O PMMB e o PCMM fortaleceram as ações e serviços da atenção primária da Mesorregião, pois oportunizaram a garantia de atenção médica em vários municípios. A vasta maioria de médicos lotados é cooperante.

Quanto à comunicação interfederativa, relatos sinalizaram a necessidade de seu fortalecimento, em nível de governo federal e municípios. Muitos gestores experimentaram dificuldades para se apropriar do aporte técnico e normativo de ambos os Projetos. A comunicação de qualidade está entre as condições necessárias para um Estado ser concretamente federalizado e, com efeito, executar finalidades e objetivos de suas políticas públicas.

Gestores manifestaram uma forma equivocada de perspectiva quanto aos Projetos: a de longo prazo. Além de sentirem a necessidade de aderir ao Mais Médicos devido à falta e/ou rotatividade de médicos, eles demonstraram também ter lançado mão do poder discricionário, no momento da adesão, mediante o uso dos valores oportunidade e conveniência.

A dialética entre política estruturante para a atenção básica e a arte de apagar incêndios é uma questão, em aberto, para novos estudos.

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. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017. <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em 15.06.2018.
2. 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.
3. Campos FE de, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg saúde debate* 2009; 44: 13-24.
4. Pierantoni CR, Magnago C. Oferta e necessidades de recursos humanos em saúde. Montevideo, Urugua: Observatório Mercosur de Sistemas de Salud; 2015.
5. Oliveira APC, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22(4): 1165-80.
6. 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): 2797-2805.
7. 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): 2655-62.
8. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimentos de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9): 2719-27.
9. 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 11.06.2018.
10. 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 24.07.2018.
11. 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 24.07.2018.

12. Brasil. Programa Mais Médicos. Legislação. <http://maismedicos.gov.br/legislacao>. Acesso em 24.07.2018.
13. Organização Panamericana da Saúde. Relatório da Gestão dos Termos de Cooperação 2014. http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/relatoriogestao_2_sem_2014.pdf?ua=1. Acesso em 24.07.2018.
14. Brasil. Mais Médicos para o Brasil, mais saúde para os brasileiros. 2014. Material apresentado pelo Ministério da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
15. 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 25.07.2018.
16. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Plano Diretor de Regionalização 2012. http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=249. Acesso em 24.07.2018.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2014.
18. Manacorda MA. Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica. Roma: Riuniti; 2012. p. 39.
19. Gramsci A. Quaderni del carcere. 3ª ed. Vol. 3. Torino: Einaudi; 2007. p. 1577-8; 1710.
20. Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. Ciênc Saúde Colet 2016; 21(9): 2664-6.
21. Gramsci A. Quaderni del carcere. 3ª ed. Vol. 2. Torino: Einaudi; 2007. p. 1089.
22. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Ago. 2016.
23. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
24. Lima RCGS, Batista N, Grippa DW. Federalism and The Brazilian Unified Health System: an integrative literature review. International Journal of Development Research 2018; 8(6): 21327-37.
25. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev bras epidemiol 2008; 11(4): 633-47.
26. Santos LMP, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. Bull World Health Organ 2017; 95: 103-12.
27. Miranda A. O desfinanciamento do SUS e o desmonte da APS trazem de volta doenças evitáveis. 2018. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinioao/alcides-mirandao-desfinanciamento-do-sus-e-o-desmonte-da-atencao-primaria-trazem-de-volta-doencas-evitaveis/35341/>. Acesso em 26.07.2018.
28. Pochmann M. Aumento da mortalidade infantil é efeito do teto de gastos. 2018. <https://fpabramo.org.br/2018/07/18/aumento-da-mortalidade-infantil-e-efeito-do-teto-de-gastos/>. Acesso em 26.07.2018.
29. Gramsci A. Quaderni del carcere. 3ª ed. Vol. 1. Torino: Einaudi; 2007. p. 341.
30. 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.
31. Gomes LG, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. Interface (Botucatu) 2017; 21(supl. 1): 1103-14.
32. Pedreira CA. (Tese). A efetivação da cooperação interfederativa dos consórcios públicos: uma alternativa na busca do desenvolvimento nacional. Programa de Pós-Graduação em Direito/PUC, São Paulo. 2006.
33. Guerra S. Discricionariedade administrativa: críticas e propostas. Revista Eletrônica de Direito do Estado 2010; 21: 1-40.
34. Dallari SG. Organização jurídica da administração pública em saúde. In: Rozenfeld S (org.) Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000. p. 113-33.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: rita.lima@univali.br