

Implementação do Programa Mais Médicos nos municípios do planalto norte catarinense: avanços, dificuldades e desafios

Implementation of the More Doctors Program in municipalities of the North Plateau of Santa Catarina: advances, difficulties, and challenges

Adriana Moro¹, Christiane Luiza Santos², Mariele Pena Couto³, Rafael Gomes Ditterich⁴, Luciana Maria Mazon⁵

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: maio de 2017 – Aceito: março de 2021

RESUMO

Este estudo avalia os avanços, dificuldades e desafios inerentes à implementação do Programa Mais Médicos nos municípios do Planalto Norte Catarinense. Os coordenadores de Atenção Primária que aderiram ao Programa e receberam profissionais médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil constituem a população de análise, respondente de questionário semiestruturado na modalidade de entrevista. A coleta de dados deu-se entre os meses de abril e junho do ano de 2015. Identificou-se, entre os avanços, a ampliação de acesso à saúde pública; entre as dificuldades, a comunicação entre usuários e os profissionais de língua estrangeira; e, entre os desafios, o engessamento burocrático e legislativo atinente à gestão dos recursos humanos. Os resultados apontam que o Programa Mais Médicos em fase inicial de implementação, embora apresentasse problemas burocráticos e gerenciais, permitiu a ampliação de acesso ao sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas de Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos Humanos.

ABSTRACT

This study evaluates the progress, difficulties, and challenges involved in implementing the More Doctors Program in the cities of the North Plateau of Santa Catarina. The Primary Care coordinators that have joined the program and received medical professionals involved in the More Doctors Project for Brazil constitute the population analysis, which answered a semi-structured questionnaire in interview mode. Data collection took place between April and June 2015. It was identified among the advances, expansion of access to public health; among the difficulties, communication between users and foreign language professionals; and among the challenges, bureaucratic and legislative inflexibility concerning human resources. The results show that the More Doctors program is in the early stage of implementation, and, although there are bureaucratic and managerial problems, it allowed the expansion of access to health care.

Keywords: Public Health Policies. Program Evaluation and Health Projects. Primary Health Care. Human Resources

¹ Mestra em Desenvolvimento Regional e doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

² Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

³ Doutoranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

⁴ Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva) pela PUCPR. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

⁵ Mestra em Desenvolvimento Regional, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). *E-mail:* lucimazon@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O atual sistema de saúde brasileiro tem suas bases doutrinárias estabelecidas pela Constituição Federal de 1988. Desde então, a Política Nacional de Saúde vem passando por transformações e adequações normativas para cumprir os preceitos constitucionais de universalidade, integralidade e equidade¹. A Atenção Primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), conseguiu atingir mais de 123 milhões de pessoas. Mas, nos últimos anos a expansão da ESF tem sido limitada pela dificuldade de contratação e fixação dos profissionais médicos². Diante deste quadro, o governo federal instituiu o Programa Mais Médicos (PMM) para diminuir a defasagem de recursos humanos na área médica, destinada ao atendimento público na rede básica, especialmente nas regiões de difícil fixação profissional, prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS)³.

O PMM visa intervir de forma quantitativa e qualitativa “na formação de médicos no Brasil: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS”(p. 16)². O Projeto Mais Médicos para o Brasil que o integra, objetiva suprir, com urgência, a carência médica nas regiões consideradas prioritárias para o SUS^{3,4}. No primeiro momento, incentivou-se a participação de médicos formados no Brasil, depois brasileiros com diplomas no exterior e, posteriormente estrangeiros (intercambistas e cooperados), cujos novos profissionais começaram a chegar em agosto de 2013⁵.

A construção do PMM remota ao ano de 2011, quando a problemática da escassez do profissional médico foi colocada como prioridade pelos gestores nos âmbitos federal, estadual e municipal responsáveis pelo SUS e pelo Conselho Nacional de Saúde². Em janeiro de 2013 vários prefeitos realizaram uma marcha simbólica à capital, em busca de saídas para suas necessidades imediatas de provimento de médicos⁵. Compreende-se que o referido programa foi formulado em razão da abertura de uma “janela de oportunidades”⁶, decorrente da confluência dos fluxos de problema, de soluções e de política que teve como propulsoras as manifestações de junho ocorridas no ano de 2013, nas quais os populares contestavam as más condições dos serviços públicos brasileiros, sendo de grande apelo a saúde pública, que possui historicamente falta de profissionais médicos em algumas regiões⁷.

Passada a fase de formulação e decisão dentro do ciclo de políticas públicas, é necessário avaliar a implementação deste Programa. A partir disso, este artigo tem como objetivo analisar quais foram os avanços, dificuldades e desafios elencados pelos Coordenadores da Atenção Básica de Saúde (ABS) a partir da implementação do PMM nos municípios do Planalto Norte Catarinense.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa sobre a implantação do PMM pela perspectiva dos coordenadores municipais da ABS focando os avanços, dificuldades e desafios enfrentados neste momento inicial.

A coleta dos dados foi iniciada pela escolha dos municípios com viabilidade para oferecerem respostas à etapa inicial de implementação do PMM, tendo por parâmetro uma pesquisa intencional e não probabilística que atendeu as recomendações da Resolução 466/2012 de pesquisa com seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Contestado sob número 1.212.881.

Inicialmente, foi estabelecido contato prévio com os Coordenadores da ABS dos 13 municípios que compõem o Planalto Norte Catarinense, a fim de identificar-se informações como adesão ao programa, vagas solicitadas e preenchidas para o PMM e nacionalidade dos profissionais. Porém, para seguimento do estudo e participação das entrevistas, foram mantidos apenas aqueles que preenchessem aos seguintes critérios: ter recebido ao menos um profissional oriundo do PMM e respondido integralmente ao instrumento de coleta de dados (Entrevista semiestruturada). Foram excluídos os municípios que não se enquadraram em uma das duas situações anteriores, obtendo-se seis (06) respondentes válidos.

A escolha dos municípios localizados no Planalto Norte Catarinense decorreu do critério de acessibilidade geográfica, ante a extensão do território estadual, bem como a adesão ao PMM desde sua implementação, no ano de 2013, conforme referido na Tabela 1.

Tabela 1 – Situação dos municípios do planalto norte catarinense que aderiram ao PMM em 2013

MUNICÍPIO	Vagas solicitadas	Vagas preenchidas	Nacionalidade
Bela Vista do Toldo	1	0	-
Campo Alegre	4	0	-
Canoinhas	2	0	-
Irineópolis	1	0	-
Itaiópolis	1	0	-
Mafra	10	4	03 Cubanos; 01 Brasileiro
Major Vieira	-	-	-
Monte Castelo	1	0	-
Papanduva	2	0	-

(Conclusão)

MUNICÍPIO	Vagas solicitadas	Vagas preenchidas	Nacionalidade
Porto União	9	0	-
Rio Negrinho	1	0	-
São Bento do Sul	-	-	-
Três Barras	-	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores

No ano de 2013, quando foi formulado o PMM e iniciadas as ações inerentes à sua implementação, dentre os municípios que integram o Planalto Norte Catarinense, São Bento do Sul, Major Vieira e Três Barras não aderiram ao Programa. Dos demais municípios desta região que o aderiram, apenas Mafra obteve atendimento parcial de sua solicitação. No ano de 2015 o total de seis municípios da região contava em sua estrutura de atenção primária com profissionais médicos oriundos do Programa.

Definida a amostra do estudo, manteve-se o primeiro contato com os respondentes das respectivas comunas, sensibilizando-os sobre a relevância da pesquisa, aplicando-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas. O instrumento de coleta de dados foi elaborado e aplicado pelos autores e incluiu questões relativas aos principais avanços na assistência à saúde decorrentes do PMM, dificuldades evidenciadas com o PMM e desafios a serem superados para uma completa implementação do PMM.

Garantiu-se, ainda, o sigilo quanto ao setor respondente, razão pela qual os resultados são apresentados de forma agrupada e relacionada metodologicamente em três eixos principais, quais sejam: vantagens, desvantagens e desafios oriundos da implementação do PMM. As respostas qualitativas, por isso, são apresentadas mediante o uso das letras de A a F, em face do sigilo.

Os dados qualitativos, obtidos das entrevistas semiestruturadas, foram avaliados por meio da metodologia de Análise de Conteúdo⁹. A análise de conteúdo foi conduzida em três etapas. A primeira delas foi a pré-análise, em que, com as entrevistas já transcritas, realizou-se a leitura prévia de todo o material coletado. Na segunda fase, denominada de exploratória, foi realizada a codificação, agregando as informações em três categorias temáticas (avanços da implementação do Projeto Mais Médicos; dificuldade na implementação do PMM e desafios do PMM). Na última fase foi realizada a inferência e interpretação dos resultados.

Os dados quantitativos, também obtidos pelas entrevistas, foram inicialmente computados e

organizados em tabelas, utilizando planilha eletrônica do Microsoft Office Professional Plus 2016®. Os dados foram expressos em frequências absolutas e apresentados em tabelas e mapa. Para a elaboração do mapa utilizou-se o software GeoDa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política Nacional de Saúde Brasileira posiciona a ABS como ordenadora do SUS. A ABS caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida mediante o exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações¹².

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da ABS. Todavia, a ESF não estava conseguindo avançar em determinadas regiões diante de dificuldades para a contratação de profissionais médicos que historicamente têm se concentrado nos grandes centros e buscam especializações em áreas que lhe conferem maior retorno financeiro².

O Estado de Santa Catarina, apesar de pertencer à Região Sul do Brasil, na qual ainda há melhores indicadores de desenvolvimento, composta pelos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, se encontra em segundo lugar dentre as regiões em relação à distribuição médica por mil habitantes (1,81). Possui uma relação de 1,69 médicos por mil habitantes, inferior ao referencial adotado pelo Governo Federal como desejado para o PMM de 2,7². Ao todo, são 295 municípios no estado, com a capital em Florianópolis, segundo município mais populoso e localizado no litoral.

No estado de Santa Catarina, recentemente iniciou-se a criação de dois novos Cursos de Medicina por meio da Universidade Federal de Santa Catarina, com polos nos municípios de Araranguá e Curitibanos, além de um curso de medicina privado no município de Jaraguá do Sul, pela Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá Ltda. para reduzir o problema da defasagem médica⁵, principalmente nas regiões mais afastadas dos grandes centros, como por exemplo, a região do Planalto Norte Catarinense.

No Planalto Norte Catarinense, os municípios que aderiram ao PMM confirmaram a insuficiência em seus quadros funcionais de recursos humanos na área médica destinados ao atendimento na atenção primária à saúde. Porém, somente após o reconhecimento dessa escassez pelo Ministério da Saúde que se tornou possível analisar as informações coletadas referente à etapa de implementação do PMM, bem como

as percepções dos Coordenadores da ABS sobre as vantagens e desvantagens deste Programa para a ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde.

Analisar esta fase inicial de implementação do PMM, tendo por parâmetro os critérios referidos, permite identificar o ambiente organizacional em que estão inseridos os profissionais médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, bem como atentar-se para os elementos do processo de trabalho destinado ao cumprimento da premissa de ampliação de acesso à saúde pela perspectiva do usuário¹³.

Assim, os resultados e discussões decorrentes das informações obtidas nesta pesquisa estão divididos em quatro partes, cuja primeira caracteriza o grau de implantação do PMM; a segunda versa sobre os avanços decorrentes da recepção dos profissionais médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos; a terceira apresenta as dificuldades identificadas na implementação do Programa, e, a quarta explicita os desafios a serem superados para que a implementação se conclua de forma efetiva.

Grau de implantação do Programa Mais Médicos

Em Santa Catarina, a porcentagem de aumento do número de profissionais médicos oriundos do PMM no período 2012-2015/1º foi de 15,9%, com 199 municípios contemplados. Mesmo diante de uma melhor provisão de médicos em relação a outros estados brasileiros, com áreas socialmente mais vulneráveis, 67% dos municípios do estado solicitaram e receberam profissionais via Programa⁵.

Atualmente, a estrutura dos municípios participantes do PMM, em relação à recepção em seus quadros de profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil no Planalto Norte Catarinense, encontra-se relacionada na Tabela 2. Os dados referidos indicam que o Programa se encontra em fase de expansão, porquanto não houve o atendimento de todas as solicitações formuladas pelos municípios objeto de análise.

Tabela 2 – Quantidade de profissionais médicos vinculados ao PMM nos municípios do planalto norte catarinense em 2015

MUNICÍPIO	Vagas solicitadas	Vagas preenchidas	Nacionalidade
Bela Vista do Toldo	1	0	-
Campo Alegre	4	0	-
Canoinhas	2	2	Todos cubanos
Irineópolis	1	0	-

(Conclusão)

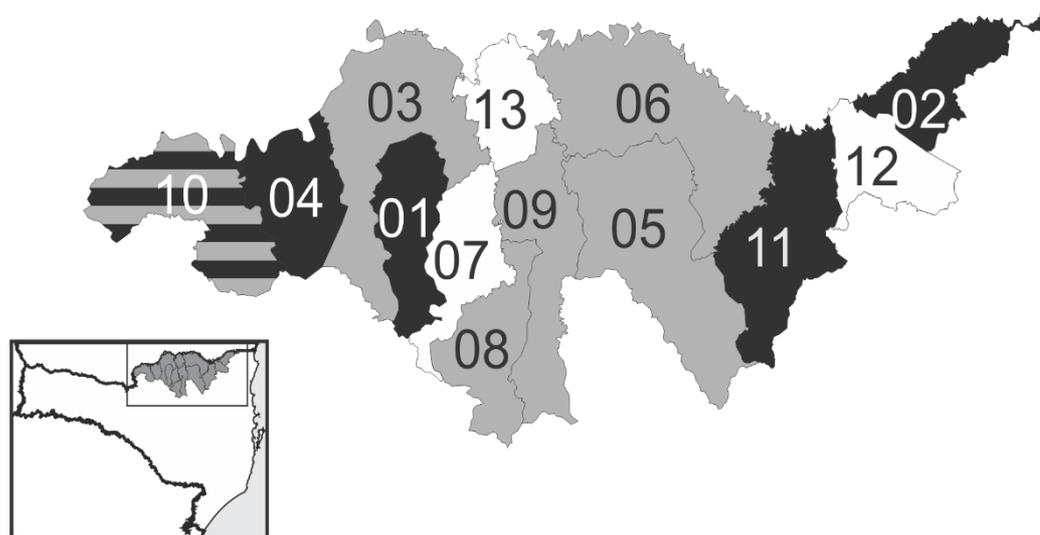
MUNICÍPIO	Vagas solicitadas	Vagas preenchidas	Nacionalidade
Itaiópolis	1	1	Cubano
Mafra	21	21	01 argentino; 01 espanhol; 01 haitiano e 18 cubanos
Major Vieira	-	-	-
Monte Castelo	2	2	Todos Cubanos
Papanduva	2	2	Todos cubanos
Porto União	9	2	Todos cubanos
Rio Negrinho	1	0	-
São Bento do Sul	-	-	-
Três Barras	-	-	-

Fonte: elaborada pelos autores

Segundo a Tabela 2, apenas os municípios de Mafra, Canoinhas, Monte Castelo, Papanduva e Itaiópolis tiveram seu pleito por profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos totalmente atendido. O município de Porto União teve sua solicitação parcialmente atendida, enquanto Bela Vista do Toldo, Irineópolis e Rio Negrinho não mantêm em seus quadros nenhum profissional advindo do Programa, embora atestem a necessidade destes profissionais para atuar no atendimento básico em saúde nas suas respectivas regiões. Ressalte-se que todos os profissionais acolhidos por estes municípios são estrangeiros, em sua maioria cubanos.

Desde a data de instituição do Programa, de modo precário pela Medida Provisória n.º 621/2013, em 08 de julho de 2013, até o presente momento decorreram quase três anos⁴. No entanto, este tempo não foi suficiente para o Estado, ao menos nos municípios estudados, atender à população local ofertando o quantitativo de médicos suficientes ao bom desenvolvimento das atividades que estão a cargo da ABS, bem como cumprir os preceitos constitucionais de universalização da saúde por meio da pretendida ampliação de acesso ao usuário³.

Geograficamente, a situação dos municípios estudados, pela perspectiva da adesão e do atendimento das solicitações de profissionais médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, encontra-se representada na Figura 1.

Figura 1 – Situação dos municípios do Planalto Norte Catarinense relativa à cobertura pelo Programa Mais Médicos

Situação

	Atendimento total		Não atendido
	Atendimento parcial		Não participante
Municípios			
01	Bela Vista do Toldo	08	Monte Castelo
02	Campo Alegre	09	Papanduva
03	Canoinhas	10	Porto União
04	Irineópolis	11	Rio Negrinho
05	Itaiópolis	12	São Bento do Sul
06	Mafra	13	Três Barras
07	Major Vieira		

Fonte: elaborada pelos autores

Os critérios de gestão financeira estão afetos, em sua maior parte, à União Federal, com competência direta e conjunta dos Ministérios da Saúde, da Educação, do Planejamento e Orçamento³ e extrapolam o presente estudo, limitado a analisar a fase inicial de implementação de recursos humanos na ABS pela perspectiva dos coordenadores da ABS.

Dentre as vagas solicitadas pelos municípios da amostra, 68,18% foram preenchidas. Portanto, o PMM não atingiu a plenitude de inclusão de profissionais médicos, através do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nas regiões consideradas neste estudo. Esta dificuldade no preenchimento das vagas ofertadas também foi verificada por Sousa¹⁴. Porém, os dados encontrados neste momento são insuficientes para identificar elementos avaliativos complexos sobre a implementação deste Programa, no sentido de atenderem ou não aos objetivos perseguidos quando de sua formulação⁷.

Contudo, torna-se relevante analisar o relato dos Coordenadores de ABS atinente aos avanços, dificuldades e desafios oriundos da implementação do PMM, porquanto estes critérios retroalimentam o ciclo da política pública e permitem a reordenação das ações destinadas a adequar, cada vez mais, a prestação dos serviços de saúde pública pela perspectiva do usuário^{8,13}.

Avanços da implementação do Programa Mais Médicos

Os avanços relatados pelos Coordenadores municipais da ABS, decorrentes da implementação do PMM, revelam não só a percepção daqueles que integram a estrutura administrativa destinada à prestação dos serviços de saúde, como também da sociedade atendida por estas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Os coordenadores referem a humanização no atendimento prestado pelos profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos como ponto relevante. Relatam, inclusive, a manifestação dos usuários no sentido de que os profissionais mencionados são atenciosos e possuem disposição para o atendimento integral e multidisciplinar da população, especialmente em relação aos integrantes da ESF. Este fato pode ser verificado no discurso do Coordenador A:

“[...] ele em especial é ótimo, não gosta de prescrições longas, é básico...é a favor da medicina natural, tem firmeza no que prescreve e no processo de trabalho[...].”

O estilo de consulta subjetivamente avaliado como humanizado também foi reportado pelos usuários idosos, como constatou Bertão,¹⁵ ao investigar a atuação de um médico intercambista e a mudança do processo de trabalho de equipe numa cidade do interior do Rio Grande do Sul. Além deste, uma ampla pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco, entrevistou 14 mil usuários em quase 700 municípios e também identificou como ponto forte do Programa a qualidade dos serviços e a atenção prestada por estes profissionais médicos¹⁶.

As narrativas relacionadas à qualidade do serviço prestado e à pontualidade dos participantes do Projeto Mais Médicos enfatizam como virtudes a gentileza, o cuidado e a paciência com os usuários dos serviços, além do comprometimento com as atividades desempenhadas no âmbito das Unidades de Atenção à Saúde. Conforme pode ser observado no relato do Coordenador B:

“[...]são cuidadosos, tem mais paciência..., visão diferenciada, ajudaram a desafogar nossas filas, são extremamente gentis - ele abre a porta do carro para nós na visita domiciliar!!! - cumprem corretamente a carga horária, não faltam [...]”.

As respostas dos Coordenadores da ABS sintetizadas neste tópico denotam que a atuação dos profissionais médicos oriundos do Projeto Mais Médicos, no que atine aos benefícios decorrentes da implementação do PMM, está em perfeita sintonia com os preceitos que norteiam e estruturam o SUS, na busca de uma atenção à saúde centrada no usuário, com vínculo, cuidado longitudinal e equipe multidisciplinar. Também é possível observar o engajamento destes profissionais na busca pelo escopo do PMM de ampliar o acesso à população, refletido na satisfação dos usuários atendidos pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Ademais, o preenchimento dos quadros de trabalho ociosos por estes profissionais médicos, bem como a positiva receptividade social é vista pelos Coordenadores da ABS como uma das razões para o aumento da migração dos profissionais médicos nacionais para a atenção primária à saúde.

Se nas primeiras ofertas os médicos estrangeiros, incluindo os profissionais cubanos que participam da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), ocuparam quase 85% das vagas demandadas pelos municípios, em 2015, os médicos brasileiros preencheram 100% das novas vagas ofertadas, uma adesão recorde deste público desde a criação do Programa².

Sobre os resultados do Programa, Campos¹⁷ aponta a aproximação entre as universidades e o SUS, com ganhos para os dois lados desta cooperação.

Este contexto evidencia em parte o cumprimento dos objetivos perseguidos com a formulação do PMM para a ampliação tanto quantitativa como qualitativa do profissional médico em áreas consideradas como prioritárias para o SUS⁷.

Dificuldades na implementação do Programa Mais Médicos

Analisar a implementação do PMM, pelo viés das dificuldades, permite identificar eventuais dissonâncias entre o previamente idealizado pelos formuladores e os reais obstáculos enfrentados pelos implementadores. Favoreto e Camargo Jr¹⁸ relataram a necessidade de agregar dados qualitativos às análises do Programa, porque dados quantitativos podem mascarar pequenas nuances do processo que fazem toda a diferença para o seu sucesso. Os dados qualitativos possibilitam comparar as atividades concebidas com as realizadas, de modo a promover, transformar e melhorar os serviços de atenção primária de saúde.

A dimensão mais perceptível de todos os problemas relatados, na visão dos Coordenadores da ABS, considerando-se o feedback dos usuários, consiste na dificuldade de comunicação entre os usuários e os profissionais médicos estrangeiros em razão dos diferentes idiomas falados pelos intercambistas. Neste ponto, a Lei n.º 12.871/2013, em seu artigo 15, § 1º, Inciso III, estabelece que uma das condições a serem

preenchidas pelo médico para participar do Projeto Mais Médicos para o Brasil é “possuir conhecimento em língua portuguesa”³. Conforme verificado no relato do Coordenador C:

“[...] A população teve um pouco de receio no início, assim como nossos médicos brasileiros...mais agora se adaptaram bem e gostam muito dele...a maior dificuldade é a língua, com certeza...o início foi difícil, tínhamos que conversar bem devagar...os usuários reclamaram disso...mais agora o sotaque está mais "abrasileirado" [...]”.

O estudo desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais citado anteriormente também destacou esta dificuldade em relação à língua portuguesa, cuja comunicação foi um fator negativo relevante para 3% dos usuários, com peso maior ao início do Programa, o qual foi diminuído com o seu avanço e aprendizado da língua por parte dos profissionais¹⁶. Isto também foi constatado na pesquisa de Ruas¹⁹, ao entrevistar médicos do Programa e suas equipes, em que a percepção de dificuldade com a língua foi mais sentida pela equipe de saúde do que pelo profissional estrangeiro.

Embora a legislação seja omissa quanto ao grau ou nível de conhecimento da língua para se candidatar ao programa, entende-se que a capacidade de comunicação entre os profissionais estrangeiros e a população é crucial para se estabelecer a relação médico-paciente. O reconhecimento desta dificuldade pede ações estatais para sanar a problemática, pois apesar da oferta mais recente do programa ter sido plenamente preenchida por brasileiros, países como Reino Unido, Canadá que desenvolvem programas de Provimento Médico de longa data, ainda precisam recorrer a provimentos emergenciais estrangeiros. No Brasil, a expectativa era que o “Provimento ainda se mantivesse por longo tempo, principalmente naquelas áreas com muita vulnerabilidade e dificuldade de atrair médicos e que os municípios, por não conseguirem solucionar os problemas com seus próprios meios, precisem da ajuda do governo federal” (p. 100)².

Em que pese os entrevistados apontarem a diferença humanística de formação recebida pelos profissionais intercambistas, outro aspecto levantado foi a diferença pertinente à formação cognitiva. Conforme relato dos Coordenadores D e E, respectivamente:

“[...] Parece haver uma diferença de universidades de medicina de Cuba, origem da maioria dos médicos do PMM, e Brasil...em geral a formação profissional de Cuba e parece inferior as Universidades brasileiras [...]”.

“[...] Aqui eles encaminham muito para especialistas...muitos pacientes precisam ser `reatendidos` até que se resolva o problema [...]”.

Aspectos referentes à resolutividade dos atendimentos realizados por profissionais médicos oriundos do Programa, como despreparo e qualificação insuficiente, já haviam sido relatados por Favoreto e Camargo Jr¹⁸, destacando a precariedade das redes somadas ao desempenho dos profissionais.

Na tentativa de sanar não só possíveis dificuldades técnicas, mas principalmente para aproximar o profissional médico, intercambista ou nacional, das condições vivenciadas no plano prático dos serviços de

saúde desenvolvidas pelo SUS, a formulação do Programa envolve o binômio ensino-serviço, referido no artigo 14 da Lei n.º 12.871/2013³.

O cumprimento deste binômio, no sentido de formar academicamente aqueles que integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil, em relação às habilidades indispensáveis ao bom desempenho das atividades profissionais junto ao SUS se deu por meio de especializações à distância em Saúde da Família ofertadas pela Rede UNASUS.

Localmente, o atendimento do binômio ensino-serviço compete aos supervisores e tutores acadêmicos. Todavia, o problema evidenciado pelos entrevistados segue um efeito em cadeia, decorrente da ausência destes profissionais locais na orientação dos intercambistas.

Esta ausência pode ter contribuído para a insubordinação referida pelos coordenadores que se apresenta como mais um elemento deste conjunto de eventos interdependentes. Reconhecida a diferença na formação originária dos intercambistas, bem como, estando ausentes os principais responsáveis pela condução das atividades prestadas por estes profissionais, a omissão no cumprimento das atribuições dos supervisores e tutores pode facilitar a insubordinação. Situação que foi referida pelo Coordenador F:

“[...] o problema maior é que são profissionais sem vínculo empregatício e Conselho de Classe e existe uma espécie de insubordinação pelo fato de supervisores se fazerem pouco presentes no município e no processo de trabalho, assim como, a Legislação do PMM é pouco aplicável aos deveres dos profissionais e rígida na garantia do direito dos mesmos e dever do município [...]”

Dentre as dificuldades burocráticas se insere a pouca resolubilidade encontrada na legislação aplicável aos integrantes do Projeto Mais Médicos pertinente ao cumprimento de seus deveres, principalmente acadêmicos, relacionados ao programa de educação continuada.

As deficiências indicadas neste campo são majoradas pela rigidez da lei no que tange à garantia dos direitos dos profissionais médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos. Por outro lado, a ausência de abertura legal relativa às obrigações fixadas aos municípios também prejudica o equilíbrio das relações estabelecidas entre os profissionais médicos oriundos do Projeto e a Administração Pública Municipal.

As dificuldades enfrentadas, portanto, oscilam entre critérios de dificuldade de comunicação em razão do idioma dos profissionais vinculados ao PMM, inexecução das determinações previstas em lei relativas ao acompanhamento a ser realizado pelos supervisores e tutores acadêmicos e a assimetria de regulamentação atinente aos direitos e deveres atribuídos aos profissionais e às redes municipais de saúde.

Desafios para a realização do Programa Mais Médicos

Apontados os benefícios advindos da implementação do PMM, bem como, evidenciadas as

dificuldades enfrentadas nessa fase inicial, torna-se propício apresentar os desafios a serem superados para uma completa implementação do Programa nos municípios participantes, com ênfase sobre aqueles integrantes do Planalto Norte Catarinense.

Elementos associados à amplitude geográfica nacional, às particularidades regionais e à capilaridade do Programa indicam a exigência de grande esforço por parte dos Coordenadores e dos demais profissionais de saúde vinculados à ABS para a total implementação do PMM.

A efetivação da universalização da saúde necessariamente perpassa o ambiente administrativo de gestão de pessoal municipal e exige o engajamento de todos aqueles com atividades direta ou indiretamente relacionadas à saúde para superar as dificuldades e manter o foco voltado à ação conjunta de realização do PMM.

Neste ponto, os entrevistados consideram necessária a edição de regulamentos normativos detalhados, que abranjam a realidade diária de trabalho dos profissionais que integram a ABS, incluindo os oriundos do Projeto Mais Médicos. Apontam que a ausência de regulamentação sobre as atribuições definidas neste setor dificulta a prática de atividades cooperativas e integradas entre todos que compõem a unidade de saúde, conforme apontou o Coordenador C:

“[...] Acredito que o maior desafio é conseguirmos uma legislação mais detalhada que contemple todas as necessidades cotidianas e aplicáveis a ambas as partes, médico cooperado e SMS. Também que a supervisão seja mais direta aos profissionais do programa, com orientação, monitoramento e avaliação das condutas médicas desses profissionais [...].”

Outro desafio a ser enfrentado está afeto à necessidade de desburocratizar a legislação pertinente ao rompimento do contrato com os profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos para conferir mais alternativas que atendam à vontade do particular ou ao interesse da administração pública.

Além dos aspectos levantados nesta pesquisa de campo, Ducan e Targa²⁰ já retratavam que embora o alcance do PMM para o Brasil seja inegável, outros pontos precisam ser destacados, como a preocupação quanto à sua sustentabilidade a longo prazo, dependente do sucesso dos demais componentes do programa e da superação das deficiências já citadas anteriormente. Os autores destacam que os incentivos financeiros destinados à fixação de profissionais à longo prazo, para a estruturação de sistema de saúde integrado e resolutivo, deveria parecer aos gestores municipais mais atraentes que o pagamento pelo governo federal de bolsas para os profissionais temporários do Programa.

Outro ponto, considerado por Scheffel²¹, consiste na ausência de atratividade para regiões com piores indicadores sociais e condições inadequadas de trabalho, tais como cargas horárias excessivas e má remuneração. Estas adversidades dificultam a fixação de médicos e de outros profissionais, cuja renda elevada torna-se elemento insuficiente para suprir o isolamento geográfico e a baixa resolutividade dos

atendimentos prestados pela ausência de uma Rede de Atenção estruturada para ofertar a integralidade da atenção requerida.

Assim, os desafios da Atenção Primária Integral perpassam a maioria dos objetivos do PMM. As desigualdades sociais e regionais somente serão resolvidas quando aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento socioeconômico das regiões forem superados, principalmente a nível local e individual.

Estas críticas não invalidam o PMM, sendo que os benefícios conferidos ao SUS e à população falam por si mesmos¹⁷. Parte da desaprovação ao Programa decorre do conformismo e da inércia governamental, parlamentar e de parte da sociedade diante de problemas estruturais e crônicos das políticas públicas e de saúde no Brasil. No contexto geral, os municípios não estão aptos a instituir uma política de contratação de pessoal da área de saúde que assegure qualidade e estabilidade ao SUS. É esta incapacidade municipal que reforça a necessidade de maior participação da União e dos estados tanto no financiamento quanto na gestão do SUS¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo centrou-se na investigação sobre os avanços, as dificuldades e os desafios enfrentados para a implementação do PMM nos municípios pertencentes ao Planalto Norte Catarinense. A aplicação de questionário semiestruturado permitiu identificar o grau inicial de implementação do PMM, bem como a receptividade e a integração à ABS dos profissionais médicos oriundos do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Constatou-se que os municípios Major Vieira, São Bento do Sul e Três Barras, embora componham o Planalto Catarinense, não aderiram ao PMM. Dentre os participantes, 50% tiveram seu pleito por médicos totalmente atendido; 10% parcialmente atendidos e 40% não recebeu nenhum profissional vinculado ao Projeto, mesmo afirmando a insuficiência de profissionais médicos em seus quadros para atender à população sob seu encargo.

Esses dados, associados às respostas ofertadas pelos Coordenadores municipais de ABS, permitem inferir que, embora o PMM esteja em vigor há quase três anos, o mesmo não se encontra implementado em sua plenitude pela perspectiva do fornecimento dos serviços médicos nos municípios do Planalto Norte Catarinense.

Sob o olhar dos coordenadores da ABS, a ampliação do atendimento à população se apresenta como uma das vantagens perseguidas na fase de formulação do Programa que está se materializando apenas em relação aos municípios que receberam os profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos. Por outro lado,

as dificuldades oriundas da ambientação desses profissionais médicos, bem como os critérios burocráticos e gerenciais também se mostram como desafios a serem superados para que se alcance o sucesso na implementação do PMM, nos municípios estudados.

As dificuldades e os desafios mencionados pelos respondentes perpassam falhas regulamentares do PMM que, em razão de sua amplitude e capilaridade exige o estabelecimento de regras para o desempenho das atividades pelos profissionais médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Também se tornou evidente a necessidade de se instituir critérios de controle sobre a atividade dos profissionais médicos, dos supervisores e dos tutores integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Estes últimos, segundo os respondentes, estão negligentes no exercício de suas atribuições legalmente estabelecidas.

Em síntese, destaca-se, entre os avanços do PMM, na região estudada, a ampliação de acesso à saúde pública à população; entre os problemas, a dificuldade de comunicação entre pacientes e os profissionais de língua estrangeira vinculados ao programa, e; entre os desafios, lidar com o engessamento burocrático estabelecido com relação à gestão dos recursos humanos oriunda deste Programa, como a possibilidade de rompimento do contrato com os profissionais médicos a qualquer tempo e de forma ágil. No entanto, reitera-se que os achados se referem à uma região específica do estado de Santa Catarina, na percepção dos coordenadores da ABS, que são apenas alguns atores sociais envolvidos no processo de implantação do PMM.

Mesmo com as limitações inerentes ao estudo, podemos concluir para a região estudada, que a fase inicial de implementação do PMM, em que pese a existência de problemas burocráticos e gerenciais, atende a um dos objetivos para o qual foi formulado, qual seja, a ampliação de acesso pela população à ABS, inclusive em obediência ao preceito constitucional de universalização da saúde. Por essa perspectiva, deve ser dado seguimento aos atos inerentes à implementação do Programa em sua integralidade, com o objetivo de fazer cumprir todos os propósitos estabelecidos na Lei n.º 12.871/2013, como a efetiva aproximação do profissional médico com a realidade da saúde pública nacional.

REFERÊNCIAS

1. Bueno C. 30 anos da Constituição Cidadã. *Cienc. Cult.* 2018; 70(4): 11-13.
2. Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Brasil. Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário*

- Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, DF, 2013.
4. Brasil. Medida Provisória n.º 621/2013, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Convertida na Lei n.º 12.871/2013. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2013.
 5. Lima RCGS, Garcia Jr CAS, Kerkoski E, Chesani FH. Programa Mais Médicos no Estado de Santa Catarina: breve relato de experiências iniciais. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 67-80.
 6. Kingdon J. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Update Edition (2.ed.), with an epilogue on Health Care. Pearson New International Edition, 2013.
 7. Couto MP. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, 2015, 198f.
 8. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(11): 3547-3552.
 9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edição 70, 2000.
 10. Oliveira FP de. Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Nota Técnica n.º 31/2013-DEPREPS/SGTES/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 11. Silva ÉS. Diretora do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde Substituta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Nota Técnica n.º 67/2013-DEPREPS/SGTES/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(5): 1499-1510.
 13. Campos GWS, Pereira JN. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(9): 2655-2663.
 14. Sousa MF, Franco MS, Rocha DG, Andrade NF, Prado EAJ, Mendonça AV. Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4): 159-174.
 15. Bertão IR. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015; 9(4):217-224.
 16. Universidade Federal De Minas Gerais. Mais médicos para o Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/14/Coletiva-Mais-Medicos-Resultado-da-expansao-14052015.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.
 17. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54): 641-642.
 18. Favoreto CAO, Camargo Jr. KR de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis.* 2002; 12(1): 59-75.
 19. Ruas C. Programa Mais Médicos: a história vivida e contada. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
 20. Duncan MS, Targa LV. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2014. 9(32), 233-234.
 21. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu).*

2015; 19(54): 637-670.