



Contribuindo para o debate “Mais Médicos”: um panorama teórico na perspectiva da análise de redes sociais

Contributing to the debate on the More Doctors Program: A theoretical panorama from the perspective of social network analysis

Fabio Rocha de Paula¹, Marcia Gomide da Silva Mello², Eduardo Borba Neves³

RESUMO

De modo a contribuir para o aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos (PMM), reflete-se aqui, a partir do enfoque à Análise de Redes Sociais (ARS), sobre os resultados preliminares relacionados à amplitude desta proposta. Com o auxílio do software Gephi foram elaboradas as redes de relações fictícias dos profissionais médicos que integram o PMM. Tal análise sugere que os vazios assistenciais e a baixa retenção dos profissionais podem dizer respeito à dificuldade de estes estabelecerem novas redes sociais. Conclui-se que o PMM poderia redirecionar sua atuação passando a induzir a formação descentralizada considerando as redes sociais e resolvendo os vazios assistenciais.

PALAVRAS CHAVE: Programa Mais Médicos. Políticas de Saúde. Rede Social.

ABSTRACT

In order to contribute to the improvement of the More Doctors program (Health Consortia), it is reflected here, based on the Social Networks Analysis (SNA) approach, on the preliminary results related to the scope of this proposal. With the help of the Gephi software, the networks of fictitious relationships of the medical professionals that integrate the Health Consortia were elaborated, such analysis suggests that the gaps in care and the low retention of the professionals can be related to the

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). E-mail: fabiorocha2008@gmail.com

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ).

³ Instituto de Pesquisa da Capacitação Física do Exército" (IPCFEX)

difficulty of them to establish new social networks. It can be concluded that the Health Consortia could redirect its action, inducing the decentralized training considering the social networks and solving the gaps

KEYWORDS: Health Consortia; Health Policy; Social Networking.

INTRODUÇÃO

Na expectativa de se resolver antiga carência no suprimento de recursos humanos capacitados a prestar atendimento médico, notadamente, clínicos, às localidades mais afastadas do território nacional, foi criado o tão conhecido quanto controverso Programa Mais Médicos (PMM), pelo governo federal, em 2013, com o intuito de prover tais localidades desamparadas desse serviço¹. Até o ano de 2017 o PMM contava com 18.240 vagas na Atenção Básica, distribuídas em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas, cobrindo 72,8% dos municípios brasileiros e alcançando 63 milhões de pessoas. Segundo o site oficial do Ministério da Saúde, essas vagas estavam então preenchidas por 11.429 cooperados cubanos (62,6%), 5.274 brasileiros formados no Brasil (29%) e 1.537 estrangeiros e brasileiros formados no exterior (8,4%)².

Dão base a este artigo reflexões sobre como o Brasil tem enfrentado a carência de médicos, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, ponderações sobre a relação entre o serviço médico em expatriamento e bem-estar³, e sobre ajustes, sem descartar o que deu certo⁴. Tais ponderações servirão de guia ao enfoque da Análise de Redes Sociais (ARS) frente a novas perspectivas que busquem soluções realistas, refletidas mais adiante. Autores clássicos da ARS, tais como Alain Degénne, Michel Forsé, John A. Barnes, Michel Grossetti, Mark Granovetter, Claude S. Fischer, Sílvia Portugal, Nan Lin e Christopher McCarty, auxiliam a esclarecer acerca de premissas, advindas das teorias de análise de redes sociais, pertinentes ao caso em análise. Com essas premissas, seguindo-se um modelo reflexivo e dialógico não exaustivo, busca-se refletir a respeito da alocação de médicos nos amplos espaços brasileiros, servindo-se do enfoque das inter-relações sociais.

Há de se considerar que, como ensaio reflexivo, não se tem aqui o objetivo de tecer avaliações, as quais requereriam outros tipos de dados empíricos, além da análise de elementos conjunturais abrangendo a complexidade desse Programa. Interessa-nos, à luz do atual cenário político, avançar ao campo das livres ideias, revigorando o diálogo na Saúde Coletiva, priorizando a reflexão acadêmica, sem o peso de ideologias negativas ao livre pesquisar acadêmico, tão salutar quanto desvanecido no atual modelo de produção científica, permitindo instigar argumentações mais exploratórias que litúrgicas³.

E no que concerne à Análise de Redes Sociais (ARS), de seu marco teórico, são intencionalmente utilizados os elementos metodológicos que aportem significado produtivo ao tema em pauta.

Uma vez que levar em consideração “argumentos numéricos” cujas premissas norteiam diversos pontos de vista sobre o Programa que vem acompanhado de tão caloroso debate não será o objetivo, pois tais aspectos já vêm sendo apontados na literatura pertinente. Estes versam sobre *efetividade, análise do processo de implantação, análise da mídia e discursos de atores, da formação e da análise jurídica e constitucional, tanto quanto análises críticas e sobre limitações, com avaliações relativamente positivas do ponto de vista técnico, que apontam o Programa como um importante instrumento para a efetivação do direito à saúde*⁵. Entretanto, tais enfoques técnicos excluem *considerações fundamentais da vida, como conjuntura familiar, redes sociais, e a saúde mental, ou no dizer de Dal Poz*⁶, *espiritual, desses profissionais alijados de seus contextos pátrios e distribuídos pelo território nacional*.

Como a abordagem pelo enfoque da Análise de Redes Sociais não se alicerça nos gêneros técnicos, já que estes são fracionais, classificados em “categorias”, ou compondo agregados homogêneos de indivíduos, tais como faixas etárias, escolaridade, ou profissão, e sim, nas “relações” entre os indivíduos⁷. A teoria de ARS considera que a maioria das ações dos indivíduos não pode ser compreendida simplesmente pelo senso de pertencimento em territórios estruturados, mas principalmente pelos laços de parentesco e de amizades estabelecidos por relações de conhecimento formando as redes sociais⁸. As redes são discretas, dinâmicas e invisíveis⁹, construídas com tempo e confiança¹⁰.

Segundo Fischer¹¹, as escolhas dos indivíduos são condicionadas pelos contextos sociais em que se movem. Decorre dessa “premissa” que mudar-se de um território já estruturado socialmente conduz a modificações significativas nos indivíduos, mais profundas do que eles próprios possam suportar. E por tais subjetividades, inerentes a qualquer indivíduo na sociedade, serem difíceis de transpor, perceber e modificar, a decisão de “se distanciar” de uma rede pode ser difícil¹².

A ideia fundamental da análise estrutural na compreensão da estrutura social começa nas relações¹¹, ou seja, a origem das relações pessoais se inicia nas “organizações”, ou grupos familiares, formando círculos sobrepostos de relações¹¹. Em outras palavras, as relações derivam de relações prévias. As relações mais antigas servem de contexto para criação de outras, resultando em um contínuo de novas relações. Em resumo, as redes são geradoras de redes.

Assim, a questão de a distribuição de médicos ser insuficiente¹³ e que vazios assistenciais sejam decorrentes de tal insuficiência¹, em algumas regiões em detrimento de outras, certamente ela é mais complexa do que se supõe à primeira vista¹⁴. Por isso, não é possível uma explicação baseada somente em categorias numéricas ou classificatórias. Estes tipos de dados demonstram o fato, porém não o explicam.

O ponto de partida, portanto, é a constatação de que há um enfoque territorial no Programa Mais Médicos visando suprir a carência de profissionais em certas áreas

do país¹⁵. Desse modo, atuar sobre a distribuição desigual desses serviços diminuindo as desigualdades territoriais é um mérito do Programa, certamente, pois serve à população¹⁵. Contudo, é alicerçado em fragilidades individuais dos profissionais.

Com este horizonte em mente, uma futura inclusão da perspectiva da ARS como auxílio por busca de soluções a esse fenômeno global de escassez médica³ auxiliaria nas estratégias de formação, já que é preciso diplomar mais “território a fora”, investindo na oferta de vagas acadêmicas para suprir a irregularidade de distribuição, estimulando a difusão territorial e posterior fixação dos profissionais. Inclui-se aí a necessidade de definir o que se entende por “fixação”, problemática que será abordada adiante.

A solução para a insuficiência de médicos não se resolveria necessariamente pela oferta de médicos através do território nacional, já que um número suficiente não é garantia de distribuição mínima, nem da fixação nas áreas carentes. Além disso, esses números concentram-se em certas especialidades médicas, em detrimento das relativas à Atenção Básica, refletindo a relação de ofertas de serviços especializados e residências médicas¹⁵. Neste cenário de proximidades, de interesses pessoais e de mercado, é imprescindível considerar relações interpessoais nos contextos socioculturais. E dessa questão resultam as iniciativas de integração de programas que, apesar do esforço nacional, não lograram o êxito esperado¹.

Entre as dificuldades relativas ao Programa, há dois momentos, a captação e a fixação dos médicos¹. No primeiro caso, destacam-se como fatores que influenciam no impedimento desse processo os econômicos e sociais, condições de trabalho e possibilidades de formação e capacitação. No segundo caso, como fatores para a desistência em participar do Programa, apontam-se a dificuldade de comunicação entre os diversos atores, a falta de integração dos componentes do Programa, a operacionalização fragmentada e desarticulada entre a atenção primária e demais níveis de atenção, e a concepção de supervisão médico – centralizada, com postura avaliativo-punitiva¹.

Essa postura poderia ser substituída mais amplamente, por exemplo, pela tecnologia de telessaúde ou telemedicina, cujos serviços promovem a superação das barreiras de distância aproximando os serviços de saúde aos seus usuários, otimizando o seu acesso e, dessa forma, melhorar a qualidade da assistência com apoio à tomada de decisão pelos profissionais, com coordenação de recursos geograficamente distribuídos e consequente garantia de oferta qualificada em diferentes especialidades de saúde¹⁶. Esta aproximação virtual, por já fazer parte do cotidiano dos indivíduos na sociedade atual, tem potencial para aproximar as pessoas que estão por trás dos profissionais.

Todas as condições, se à primeira vista sugerem ter relação com elementos estruturais ou categóricos, em verdade, referem-se à base das relações humanas. Ou seja, estes são fatores de contexto importantes, porém dependentes de elementos relacionais, tais como suporte emocional, econômico-familiar, profissional-referencial,

cultural-habitual e valores-crenças e sociais. A cultura é compreendida, aqui, como dimensão irreduzível da vida social onde são concebidos, retidos e reelaborados os sentidos coletivamente atribuídos pelos indivíduos aos seus modos de agir, de pensar, de sentir e de se relacionar em seu contexto de vida⁵.

Em outras palavras, mesmo que treinado, com boa remuneração, com condições estruturais de trabalho condizentes com o esperado para o desempenho da função¹, o indivíduo se vê obrigado a deixar sua rede relacional de origem, expondo-se às incertezas da estruturação de uma nova rede social. Considerando os indivíduos que decidem por investir ou experimentar o desafio de tal mudança, há os que acabam por se adaptar ao novo contexto cultural. Porém, a grande maioria deles não se fixa, comprovando a tese da insustentabilidade desse tipo de solução de curto prazo³.

A teoria de ARS pode explicar, de antemão, os dois tipos de dificuldades, não só para a adesão à proposta do Programa como à decisão pela fixação – entendendo “fixação”, aqui, como não ter deixado suas atividades pregressas, até então. Retornando à premissa da rede social como suporte pessoal, na qual o indivíduo é influenciado e influenciador, ao mesmo tempo, tem-se: a rede de pessoas que vivem em grandes centros urbanos tende a ser mais densa e diversificada que a rede dos indivíduos de pequenas comunidades¹¹. Os centros formadores desses profissionais estão inseridos, em sua imensa maioria, em grandes ou médios centros urbanos. O recém-formado, caso não tenha o espírito da aventura, ou o desejo pessoal de investir em um estilo de vida diferente do urbano – já que os vazios assistenciais são na maioria em regiões mais remotas –, não se sentirá motivado pela oportunidade. Esta, não fazendo parte de seus referenciais sociais, salvo casos particulares, passa como solução emergencial, efêmera e utilitarista, impositiva, ou seja, como degrau para se alcançarem outros recursos.

Recursos podem ser definidos como bens cujos valores são determinados socialmente, e quando conquistados, são fonte de benefícios através dos quais intentos podem ser granjeados¹⁷. Estes, constituindo o elemento central do capital social¹⁸, estão intrinsecamente incorporados às relações sociais¹⁷. O capital social do indivíduo lhe possibilita o estado de pertencimento à rede. Nas redes sociais o circuito percorrido pelos recursos está subordinado aos tipos de laços existentes entre os indivíduos¹⁷. Isso posto, é fundamental considerar a importância de tal processo na adesão e fixação dos médicos. São as lacunas do fluxo processual de recursos de toda ordem (materiais e imateriais) disponíveis na rede as responsáveis pelo desinteresse ou desistência.

Por outro lado, no recente cenário político, observou-se a determinação conterrânea de retorno dos médicos cubanos, que conformavam grande parte desse provimento assistencial, gerando polêmicas mais acaloradas do que a tumultuada recepção que tiveram há alguns anos⁴, quando aqui aportaram como solução inusitada resultante de um conjunto de medidas para atração de profissionais¹. Estes vieram por

fazer parte da sua formação, incluindo trabalho no exterior sendo atraente a possibilidade de melhores condições, pois uma pessoa só migra com a certeza da melhoria³.

Apesar da manutenção do Programa com alto índice de participação dos médicos cubanos até então, à época o baixo percentual de retenção destes médicos estrangeiros teve várias explicações, dentre elas as relacionadas a problemas de comunicação e instabilidade contratual¹. Apontam relatos que atribuem essas desistências à imprecisão de informações que lhes geraram confusão e insegurança. E em adição, muitos municípios, por sua vez, desconheciam suas responsabilidades perante tais profissionais¹.

Recentemente, a diminuição de solicitações de transferência e estabelecimento de vínculos sociais e afetivos⁴ pareciam se estabelecer. Essa aparente consolidação de cenário pode ser entendida como tempo decorrido para redes de informações se estabelecerem, em conformações de apoio mútuo a situações difíceis para estes profissionais afastados de suas redes familiares e afetivas. Certamente, há de se aprofundar a questão com maior rigor científico, exigindo-se informações, o que não invalida a hipótese explicativa, ao contrário.

Seja qual for a explicação, ou o cenário, ou o ângulo por que se queira ver, a vinda maciça de médicos estrangeiros é medida de curto prazo, não sustentável, já verificada em países com déficit de médicos e desigualdade na distribuição, sendo essa situação considerada uma crise global³.

Ser considerada uma questão de âmbito global certamente não diminui o circuito problemático de oferta e demanda de serviços de saúde, gerador de insegurança. Ambos se relacionam ao ser humano e aos seus elementos imponderáveis para o estabelecimento e o pertencimento na rede social. Somando a esses elementos a dimensão do pertencimento cultural, os médicos expatriados enfrentaram um salto ainda mais arriscado do ponto de vista da ARS. É sabido que expatriados tendem a se unir em grupos estabelecendo o mais rapidamente redes de afinidades culturais, nas quais se apoiam ao seu semelhante em origem e contexto¹⁹.

No caso deste Programa, como os profissionais são designados para os locais mais diversos, são “pulverizados” pelo território, aumentando a dose de esforço próprio na concretização de vínculos a distância. Assim isolados, não contam com as possíveis redes de afinidades socioculturais, as quais formariam, espontaneamente, pequenas comunidades de apoio mútuo, gerando sofrimento espiritual³.

Espiritualidade está ligada ao bem-estar e à saúde física e mental. As dimensões da religiosidade e espiritualidade relacionadas a filiação, religiosidade organizacional e à subjetiva, são amplamente aceitas na literatura internacional como medidas padrão consistentemente associadas a desfechos em saúde²⁰. A diminuição de possibilidades de estabelecimento de ligação pela falta de confiança e senso de pertencimento gerados por afinidades¹⁹ pode se relacionar ao sofrimento espiritual³. Para os desbravadores esta é conquista mais árdua. Se a adaptação sociocultural já é difícil para brasileiros

em deslocamento no próprio país, maior pode ser para estrangeiros, como poderá ser verificado a seguir.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo possui caráter de estratégia documental²¹ e, como tal, dispensou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. De modo a facilitar a compreensão das implicações dos diferentes contextos, apresentam-se abaixo dois sociogramas de casos fictícios de redes sociais. Sociogramas são representações gráficas da rede de relações entre indivíduos²². Foram elaborados a partir das premissas da teoria de ARS e utilizando o software Gephi 0.9.1, de acesso livre^{23,24}.

Os dados são organizados rotulando os indivíduos (n1, n2, n3, etc.), ou eventos, ou instituições, em planilhas de Excel (figuras 1 e 2), denominadas listas de adjacências, e importadas pelo Gephi, que as transformam em imagem relacional, ou seja, os sociogramas. Por meio destes pode-se calcular métricas como a densidade da rede. A densidade é uma das medidas mais utilizadas na análise de sociogramas. Expressa a maior ou menor quantidade de inter-relações entre os indivíduos em uma rede e situações de fragilidade ou coesão. Ou seja, mede as ligações possíveis em relação às existentes, sendo a densidade de 1.0 indicativa de que cada indivíduo tem ligação com todos os demais. A densidade igual a zero (0) significa que ninguém estabelece ligações com ninguém²².

Figura1 – Lista de adjacências representada pela matriz do Excel de uma rede densa

	A	B	C	D	E
1	n1,n2,n3,n4,n5,n6,n7,n8,n9,n10,n11,n12				
2	n2,n1,n3,n12				
3	n3,n1,n2,n4,n12				
4	n4,n1,n3,n5				
5	n5,n1,n4,n6				
6	n6,n1,n5,n7,n11				
7	n7,n1,n6,n8,n9				
8	n8,n1,n7,n9,n10,n11				
9	n9,n1,n7,n8,n10				
10	n10,n1,n8,n9,n11				
11	n11,n1,n6,n8,n10,n12				
12	n12,n1,n2,n3,n11				

Fonte: elaborada pelos autores

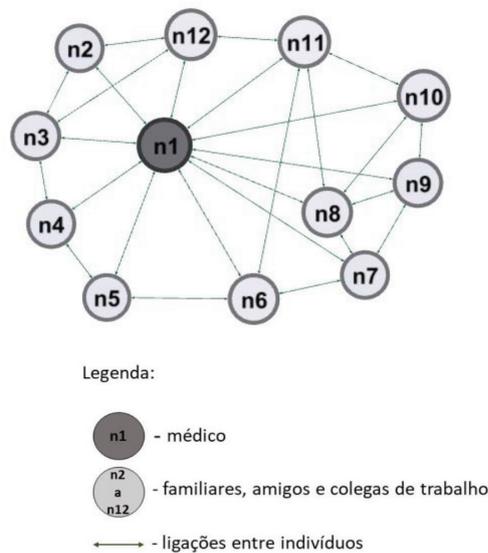
Figura 2 – Lista de adjacências representada pela matriz do Excel de uma rede não densa

	A	B	C	D	E
1	n1,n4,n5				
2	n2,n3,n4				
3	n3,n2,n4				
4	n4,n1,n2,n3				
5	n5,n1,n4,n6,n9				
6	n6,n5,n7,n9				
7	n7,n6,n8,n9				
8	n8,n7,n9				
9	n9,n5,n6,n7,n8				

Fonte: elaborada pelos autores

Nessa perspectiva, no primeiro caso fictício resultante desse procedimento, conforme apresentado a seguir (figura 3), o médico, seja um expatriado ou brasileiro, estando em seu contexto de origem, insere-se em sua rede social plena de ligações. Estas incluem suas ligações familiares e de amizade, ou de trabalho, por exemplo¹².

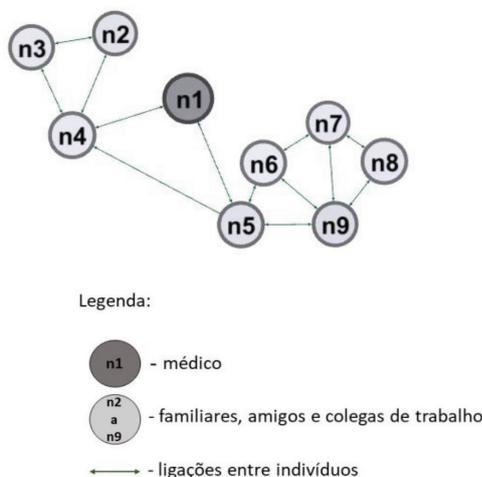
Figura 3 – Sociograma fictício da rede densa original do médico



Fonte: Elaborada pelos autores

No segundo caso, conforme apresentado a seguir (figura 4), vê-se o médico em seu novo contexto de vida. Recém-chegado e instalado, conhece apenas, provavelmente, algum funcionário que o recebeu no serviço de gestão municipal e, espera-se, o coordenador da Unidade Básica em que está localizado.

Figura 4 – Sociograma fictício da rede pouco densa do médico



Fonte: Elaborada pelos autores

Em função de sua personalidade, pode estabelecer mais ou menos facilmente novos laços eventuais formando redes mais ou menos densas¹¹. Nos dois cenários apresentados, percebe-se a maior densidade da rede no sociograma da figura 3, representativa da rede social do contexto original do médico circundado de familiares, amigos e colegas de trabalho, em relação à baixa densidade do contexto de chegada do médico ao seu novo ambiente.

Mesmo sendo esse um cenário fictício, é razoável. Bem plausível que assim seja na norma. Descreve-se aqui a conjuntura graficamente, o que permite uma análise mais apurada e isenta de parcialidades, da situação. No primeiro cenário (figura 3), o médico, caracterizado por n1, tem mais da metade de ligações possíveis em sua rede, caracterizando uma rede densa, onde encontra o apoio familiar, de amizades e profissional, caracterizados pelos círculos n2 ao n12, possivelmente, fundantes de sua rede pessoal¹².

No segundo cenário (figura 4), há poucas ligações do médico recém-chegado com os demais indivíduos da rede. Situação absolutamente natural e esperada. Requer-se tempo, disposição e aceitação para ajustes de inclusão na rede previamente estabelecida a partir da incorporação desse novo elemento. O médico estrangeiro ainda precisa vencer a barreira do idioma, o que pode dificultar sua inserção na rede social¹⁹. A figura 4 aponta a fragilidade desse momento inicial da rede do novo médico estrangeiro caracterizado por n1. Não há laços de afinidade estabelecidos, com todos os demais ali representados, ainda que o prendam um pouco mais. Assim, qualquer fator negativo poderá ser preponderante para a decisão de retirar-se do programa.

Conforme apontado anteriormente, as redes são inerentes à vida em sociedade, são invisíveis e não intencionais⁹, dependendo do tempo e da confiança para que se

produzam, se estabeleçam¹⁰. Em não havendo um programa de inserção e acolhimento que facilite esse estabelecimento, o novo médico fica à sua própria mercê para se adaptar cultural e socialmente, identificar indivíduos com reciprocidade de caráter, gostos, religiosidade etc., para que possa reestruturar sua rede pessoal.

As redes são dinâmicas, mas a inserção de novos elementos dá-se mais ou menos facilmente, em função dos objetivos de cada indivíduo na rede¹². Supondo-se a existência de estratégias de acolhimento ao novo profissional, ainda resta o desafio do tempo e da conquista da confiança. Certamente, considerando-se o desejo do recém-chegado em se ajustar às diferentes formas da sociedade e cultura locais.

Há de se ponderar que não se trata de evento impossível. Não obstante, há de se convir que inúmeras variáveis pessoais e sociais prevalecem ao âmbito econômico¹. Fosse este último suficiente, os vazios assistenciais teriam solução objetiva. Se nesses sociogramas as análises sobre os circuitos de informação e recursos de toda ordem estivessem sendo considerados a partir de dados reais, poder-se-ia identificar onde e como as políticas municipais de acolhimento em vigor falharam perante o médico do Programa.

Faz-se ainda mais preponderante, em sendo o médico originário de outro país e sem possibilidades de integração de seus familiares, conforme se verifica no cenário atual em qualquer mídia social. Este é um fator importante apontado como causador da perda de médicos¹, cuja verdadeira ordem, segundo parece, advém da insuficiência temporal para a conformação uma rede social que favoreça o pertencimento do novo médico.

DISCUSSÃO

Aos propositores de políticas públicas, atentos e sequiosos pela possibilidade de ver avançar empreendimento de tal envergadura, dá-se a possibilidade de incluir a abordagem diferenciada viabilizada pela ARS. Concomitantemente, é evidente a urgente necessidade de investimento maior em formação regional-local, capilarizando e diversificando a rede de formação. O problema, nesse caso, será levar os primeiros profissionais formados às distantes localidades... E de volta ao ciclo, somente quebrado por políticas que proporcionem programas de longa duração, vinculados às escolas médicas locais, ou regionais e não a outros países. Essas políticas poderiam considerar uma aproximação gradual aos “vazios assistenciais” descentralizando as ações formadoras por etapas, iniciadas por núcleos de formação periféricos, ou satélites, dirigindo-os sequencialmente em sentido as distantes localidades e traçando, assim, elos às relações iniciais.

As relações atreladas aos contextos iniciais podem ser reforçadas por novas relações eventuais, mas a família e os amigos próximos, de fato, serão sempre fatores

de atração e retenção¹², permitindo maiores níveis de satisfação e, portanto, bem-estar. Ultrapassar estes laços fortes e estreitos esquecendo as condições originais será sempre desafiador. Isso porque ampliação da rede, além do círculo inicial, flui em função de áreas de interesse do indivíduo, consolidadas pela troca de recursos materiais e imateriais compatíveis com as orientações pessoais e capacidades individuais¹². Por isso, é necessária a existência de estruturas de proximidade beneficiadoras de elos, que considerem a inclusão de cônjuges e filhos e crenças espirituais⁶, por exemplo, já que sem estes, a probabilidade de fixação e, conseqüentemente, estabelecimento de novas relações, é baixa¹².

Enfim, tal plano de formação, considerando a lógica fundamental de ações de facilitação de integração das redes sociais, pode ser, ao menos em tese, viável. E mesmo ser imprescindível para a descentralização gradual e progressiva de cursos médicos no país. Nessa lógica, o Programa Mais Médicos não atuaria como alocador de pessoas fora de suas redes sociais, sendo dele absorvidas as boas lições, mantendo-se o que deu certo⁴. E sim, assumiria o papel de estágio inicial para a “capilarização” do ensino médico e formação para a Atenção Básica aquém dos grandes centros tradicionais, mantendo-se as redes sociais, os saberes em seus locais de origem e o bem-estar preponderante à saúde.

Esta proposta dá continuidade a uma tendência já lançada no início deste século. Respeitaria, assim, a formação de qualidade preponderante a um profissional da saúde, cultural e socialmente engajado, familiarizado e completamente inserido em sua rede social local, dirimindo sobremaneira os indesejáveis vazios assistenciais.

CONCLUSÃO

A contribuição da ARS ao debate sobre o Programa Mais Médicos apontou ângulos específicos e interessantes. A busca de solução para cobrir os vazios assistenciais e a baixa retenção dos profissionais, pertinentes à dificuldade de estabelecimento de novas redes sociais, será mais vantajosa se direcionada a duas distintas vertentes. Primeiramente, a da motivação e necessidades inerentes e imponderáveis do ser humano. Em segundo e não menos importante, a de planejamento de descentralização dos centros formadores, em função desta primeira. Ambas procederiam da implementação de cursos médicos regionais, ajustando currículos e processos formativos, visando à parceria com o PMM, para incorporação de residentes, recém-formados e, certamente, profissionais alóctones. O PMM, como serviço da prática médica, valorizaria a formação clínica e pessoal, aumentando as chances de fixação do profissional ao PMM. Este conjunto, respeitando a imensa diversidade e a amplitude geográfica do Brasil, apoiado por tecnologias de telemedicina e de conexão interpessoal, poderia ser o prelúdio para solução viável.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2013; 17(47):913-26.
2. Verdélio A. Agência Brasil [Internet]. Brasília: Armando Cardoso; [atualizado em 2016 set 20; acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-09/governo-aumenta-salario-do-mais-medicos-e-quer-mais-brasileiros-no-programa>.
3. Luz M, Sabino C, Mattos RS. A Ciência como Cultura do Mundo Contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio)ciências e a construção midiática do imaginário social. *Sociologias.* 2013; 15(32):236-54.
4. Bahia, L. Quais Médicos. *Abrasco outras notícias* [Internet]. 2018 dez 3 [acesso em 2018 Dez 5]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opinio/ quais-medicos-artigo-de-ligia-bahia/38425/>.
5. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciê Saúde Coletiva.* 2016;21(9): 2785-96.
6. Dal Poz M. Programa Mais Médicos por Mario Dal Poz. *Abrasco outras notícias* [Internet]. 2013 Set 6 [acesso em 5 dez 2018]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/programa-mais-medicos-por-mario-dal-poz/1219/>.
7. Degenne A, Forsé M. *Les Réseaux Sociaux.* 2ª edição. Paris: Armand Colin; 2004.
8. Barnes JA. Class and Committees in a Norwegian Island Parish. In: Samuel L, organizador. *Social Networks. A Developing Paradigm.* New York: Academic Press. 1977. p. 233-52.
9. Grossetti M. *Sociologie de l'imprévisible. Dynamiques de l'activité et des formes sociales.* Paris: Presses Universitaires de France; 2004. 225p.
10. Granovetter M. The strength of weak ties. *Am. J. Sociol.* 1973; 78(6):1360-80.
11. Fischer CS. *Networks and Places: Social Relations in the Urban Setting.* New York: Free Press. 1977. 229 p.
12. Grossetti M. Where do social relations come from? A study of personal networks in the Toulouse area of France. *Soc. Networks.* 2005; 27(4):289-300.
13. Penido A, Kuhn W. Médicos em Branco. Agência Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 mai 18 [acesso em: 2018 set 16]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/medicos/mais-sobre-medicos?start=5>.
14. Girardi SN, Pierantoni CR, Dal Poz M. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz, et al., organizadores. *A Saúde*

no Brasil em 2030: diretrizes para prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 157-68.

15. Lotta GS, Galvão M CCP, Favareto AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016; 21(9):2761-72.
16. Organização Panamericana de Saúde. Marco de Implementación de um Servicio de Telemedicina. Washington (DC): WHO; 2016.
17. Portugal S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. In: Oficina do CES nº 271; 2007 mar; Coimbra, Portugal: Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra; 2007. p.1-35.
18. Lin N. Les ressources sociales: une théorie du capital social. *Revue Franç. Sociol.* 1995; 36(4):685-704.
19. Grossetti M. Enseignants em coopération. Aperçus sur un type particulier de trajectoires sociales. *Rev Franç Sociol.* 1986; 27(1):133-48.
20. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatria Clínica*. 2010; 37(1):18-21.
21. Appolinário F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2009.
22. McCarty C. La estructura em las redes personales. *Redes. Rev Hisp Anal Redes Soc.* 2010; 19(11):242-71.
23. Ognyanova K. Sunbelt network visualization: R and Gephi tutorials [Internet]. Nova Jersey: Katya Ognyanova. 2016 abr 6 [citado em: 2018 Mai 16]. Disponível em: <http://kateto.net/sunbelt2016>.
24. Cherven K. Mastering Gephi network visualization. Pack Publishing Ltd; 2015.

Submissão: abril de 2019.

Aprovação: outubro de 2020.