

Programa Mais Médicos: sob o olhar dos gestores municipais do estado de Pernambuco, Brasil*

The More Doctors Program viewed through the eyes of municipal managers in the state of Pernambuco, Brazil (abstract: p. 15)

Programa Más Médicos: bajo la mirada de los gestores municipales del estado de Pernambuco, Brasil (resumen: p. 15)

Priscila Tamar Alves Nogueira^(a)

<pritam@fps.edu.br> 

Adriana Falangola Benjamin Bezerra^(b)

<afalangola@uol.com.br> 

Keila Silene de Brito Silva^(c)

<keila.britosilva@ufpe.br> 

* Financiado pela CNPq, chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit n. 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde.
^(a) Departamento de Enfermagem, Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira. Recife, PE, Brasil. 51150-000.

continua pág. 12

A fim de superar a dificuldade de provisão de médicos no Brasil, foi lançada a Lei n. 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). Compreendendo que a gestão municipal se encontra debruçada sobre os problemas de provisão do profissional médico, este estudo buscou compreender os significados que os gestores municipais dão ao PMM, no âmbito da gestão do trabalho, autonomia da gestão municipal e relação entre os entes federativos na gestão do programa. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, sendo realizadas entrevistas abertas com a diretoria executiva do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de Pernambuco. Estas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Os resultados desta pesquisa sugerem que o programa provocou os municípios na direção da inovação e estruturação da gestão do trabalho, na medida em que a presença do profissional médico gerou demandas cotidianas a serem respondidas e operacionalizadas pela gestão municipal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Recursos humanos. Estratégia Saúde da Família.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido adotada como estratégia de enfrentamento ao modelo curativo, individual e hospitalar por vários países, instituindo um novo modo de pensar saúde a partir de um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático¹.

O atributo fundamental da APS é ser a porta de entrada do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos demais níveis de atenção. O requisito é que a Unidade de Saúde da Família (principal estratégia da APS no Brasil) seja acessível à população adstrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais; aspectos, em geral, contemplados pelo Programa Saúde da Família².

No processo de criação do SUS e definição da municipalização como estratégia política e administrativa, cuja finalidade foi a de descentralizar os serviços de saúde, ficou a cargo do gestor municipal a responsabilidade sobre a APS. É na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93³ que o Ministério da Saúde disciplina o processo de descentralização para construção do SUS, entendendo a descentralização como: processo de redistribuição de poder; redefinição de papéis e construção de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; e controle social, cujo objetivo mais importante é a completa reformulação do modelo assistencial. A descentralização também é entendida como articulação e mobilização municipal que leva em consideração as características e perfil de cada município, sejam elas geográficas, epidemiológicas, de demanda e de oferta de serviços.

Foi na NOB 01/93 que “definiu-se explicitamente o município como gestor específico dos serviços e estabeleceram-se os diferentes níveis de adesão ao SUS, bem como, as responsabilidades e as formas de repasses de recursos que lhes correspondem”⁴.

Estudo sobre a municipalização no estado de Santa Catarina revelou que, no processo de descentralização a partir da municipalização, observa-se ainda forte concentração de poder por parte dos estados e da União, ancorada no controle dos recursos financeiros, na medida em que mudanças de regras acontecem de forma sistemática, colocando os municípios como executores de regras que já vêm prontas. Além disso, sempre que os municípios se ajustam para cumprir uma regra estabelecida pelo Ministério da Saúde, logo em seguida já há novas modificações, fazendo com que “os esforços em direção a uma autonomia municipal se consolidem muito lentamente”⁵ (p. 33).

No Brasil, as instituições de saúde historicamente passam por grandes dificuldades. Os problemas relacionados ao campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde são apontados como um dos principais fatores que levam à desqualificação dos serviços de saúde⁶.

Por meio da Resolução n. 330, de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde resolveu aplicar os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Embora a Gestão do Trabalho tenha anteriormente sido apontada como fundamental para consolidação do SUS, até o momento, não havia recebido o devido destaque, dado o grau de importância que representa para o sistema de saúde⁷.

A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem sido descrita como um dos principais desafios para consolidação do SUS⁸. Isso está relacionado ao fato de que a Gestão e Regulação do Trabalho precisam enfrentar os problemas de escassez de profissionais, precariedade nas relações de trabalho, inadequação dos perfis dos profissionais para trabalhar no SUS e a falta de comprometimento de partes dos profissionais com a saúde pública⁹.

O problema de provisão de profissionais das diversas áreas na saúde pública é anterior até mesmo à criação do SUS¹⁰, mas, quando se trata da carência do profissional médico, os problemas tornam-se ainda mais difíceis de superar.

Como forma de pressionar o Governo Federal a auxiliar os municípios na dificuldade de provisão de médicos, em fevereiro de 2013, prefeitos de vários municípios lançaram uma petição eletrônica intitulada “Cadê o médico?”. Esta exigia que o Governo Federal contratasse, de forma urgente, médicos formados no exterior para trabalhar na APS para auxiliar os municípios na superação da escassez de médicos em regiões com dificuldades de provisão e fixação desses profissionais¹¹.

A fim de superar essas dificuldades, foi lançada a Medida Provisória (MP) n. 621/2013, que instituiu o PMM, posteriormente transformada na Lei nº 12.871/2013, como parte do Pacto pela Saúde. No PMM está previsto o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), cuja finalidade é prover de profissional médico as regiões com dificuldade de acesso e fixação desse profissional. Tal programa é o responsável pela alocação de cerca de 14 mil médicos em diversos municípios do país^{12,13}.

A coordenação do PMMB está a cargo dos Ministérios da Saúde e Educação, cabendo a estes disciplinar a participação das instituições de ensino superior no projeto e as regras de participação inerentes à gestão do trabalho do médico participante; a saber, a carga horária, hipóteses de afastamento e recesso¹².

Apesar de o crescimento no número de médicos no país estar se estendendo por 40 anos, com o Brasil chegando em 2012 com um salto de 557,72% no número destes profissionais – partindo de uma distribuição de cerca de 1,5 médico para cada grupo de 1.000 habitantes em 1980 para cerca de 2,0 médicos para cada 1.000 habitantes em 2012 –, o país ainda se encontra entre as nações com pior distribuição destes profissionais na relação médico/população¹⁴.

No âmbito da insuficiência de médicos por habitantes na Atenção Primária, a maioria dos municípios mais carentes destes profissionais está localizada na região Nordeste (663 ou 51,8%), com população residente nesses locais correspondendo a 49,3% da população residente em áreas de escassez de médicos¹⁵. Pernambuco ocupa a terceira colocação entre os estados que mais receberam médicos pelo PMMB nos cinco primeiros ciclos do projeto, alocando cerca de 14% dos profissionais na região Nordeste¹⁶.

Considerando que a gestão do trabalho no SUS se configura historicamente como um nó crítico para efetivação da saúde como direito social garantido a todos os brasileiros – especialmente o problema de provisão do profissional médico – e que o PMM se caracteriza como programa que se propõe a superar tal dificuldade, o artigo em pauta buscou compreender os significados que os gestores municipais dão ao PMM no que se refere à gestão do trabalho, autonomia da gestão municipal e relação entre os entes federativos na gestão do programa.

Metodologia

Este artigo se configura como um estudo de abordagem qualitativa, que busca compreender os significados que os gestores dão ao PMM no que tange à gestão do trabalho. É fruto da dissertação de mestrado intitulada “Programa Mais Médicos na perspectiva dos gestores municipais do estado de Pernambuco”.

O uso da pesquisa qualitativa torna-se a abordagem mais adequada para alcançar os objetivos do presente artigo por se tratar de um método que visa abordar o mundo e entender, descrever e explicar fenômenos sociais, por meio da análise de experiência de indivíduos ou grupos, examinando as interações e comunicação que estejam se desenvolvendo e investigando documentos ou traços semelhantes de experiências ou interações, que se baseia na percepção e compreensão humana^{17,18}.

Os sujeitos do estudo foram os gestores municipais de Pernambuco que compunham a diretoria executiva do Cosems, PE, e que estiveram na gestão municipal no momento de implantação e/ou implementação do PMMB; entre agosto de 2013 e dezembro de 2016, recebendo profissionais médicos advindos do projeto. Ao todo, a diretoria é composta por cinco gestores; destes, quatro se encaixaram no critério de inclusão da pesquisa.

Foram realizadas cinco entrevistas, uma entrevista foi descartada devido à não adequação aos critérios de elegibilidade de um dos entrevistados. Para garantir o sigilo dos informantes da pesquisa, a identificação dos entrevistados foi feita utilizando nome de aves cantadas nas músicas do rei do baião Luiz Gonzaga, obedecendo a seguinte ordem: Entrevista 1 – Asa Branca, Entrevista 2 – Assum Preto, Entrevista 3 – Sabiá e Entrevista 4 – Acauã.

O presente estudo adotou a entrevista aberta, a fim de compreender a opinião, conhecimento e experiência¹⁹ dos gestores sobre a provisão do profissional médico a partir do PMM. Para tanto, foi utilizada a provocação norteadora: “Fale sobre a Gestão do Trabalho no PMM em seu município”. Após os dados advindos da questão norteadora, outras questões foram emergindo e novas perguntas foram feitas para abordar os temas emergentes e responder aos objetivos do estudo. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos²⁰. (p. 2)

Os dados provenientes das entrevistas foram organizados em núcleos de sentidos e separados por temas, a partir dos quais emergiram as seguintes categorias: a dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação; do cumprimento da missão à aceitação popular; a importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal; e o diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão (quadro 1).

Quadro 1. Núcleo de sentidos, temas e categorias, Recife, 2017

Núcleo de sentido	Tema	Categoria
Gestão do Trabalho	Autonomia	A dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação
	Processo de Trabalho	Do cumprimento da missão à aceitação popular
	Provisão	A importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal
Relação entre os entes federados no PMM	Relação gestão municipal e instituições de ensino superior (IES)	O diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Este trabalho é parte integrante do projeto “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo”, financiado pela CNPq, aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit n. 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde.

Em cumprimento à Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa CEP/CCS/UFPE, n. do parecer 674.336.

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão serão apresentados em forma de tópicos nas categorias que emergiram da análise feita pelas autoras, obedecendo a ordem descrita no quadro 1.

A dinâmica da gestão municipal no PMM: da ajuda de custo à inovação

A situação de insuficiência de recursos, somada à dependência de recursos repassados por outras esferas de governo, sempre expõe a gestão municipal a uma posição subordinada a políticas e programas definidos pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais que, em sua maioria, possui um caráter centralizado. Isso pode ser observado na instituição de normativas que os municípios devem executar, sob pena de perder a cobertura financeira e/ou material subsidiada por tais caso a execução não siga as normativas preestabelecidas; mesmo quando estas não condizem com a realidade de tais municípios.

No que se relaciona ao papel do gestor municipal na gestão do trabalho no PMM, os gestores entrevistados destacaram a função administrativa e burocrática como a principal obrigação da gestão municipal no programa. Segundo Asa Branca, “o apoio dado pelo município se delimita à infraestrutura para o profissional até ele entrar na equipe. Termina sendo uma responsabilidade administrativa”.

De acordo com a Portaria Interministerial n. 1.369/13, compete aos municípios e ao Distrito Federal atuar em cooperação com os entes federativos, IES e organismos internacionais; inserir os médicos em equipes de Atenção Básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); exercer o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço; receber o médico no aeroporto; garantir moradia, alimentação, água potável e condições para realização do exercício profissional do médico; e fazer adesão ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS)^{21,22}.

Destacou-se também que o profissional advindo do PMM compõe as equipes de Saúde da Família como qualquer outro profissional do município, sendo incluído nas políticas que o município oferece, no âmbito da gestão do trabalho e da educação. Acauã pontuou que “o apoio dado ao profissional do PMM é o mesmo que se dá aos profissionais que não são do Mais Médicos, não fugindo das políticas que o município já tem”.

A Reforma Sanitária Brasileira, enquanto projeto de reforma social, obteve como desfecho uma reforma parcial, com predominância setorial e institucional, identificada na construção do SUS. A consequência disso tem sido a dificuldade histórica no financiamento da saúde, fazendo com que a autonomia da gestão na esfera municipal esteja diretamente ligada à necessidade de descentralização dos recursos^{5,23}.

Em estudo com gestores municipais de Minas Gerais, constatou-se que 68,9% dos gestores municipais declaram baixa autonomia no que se refere à administração de recursos. Sessenta por cento destes afirmaram que os recursos estadual e federal não são suficientes para implantação e manutenção do Saúde da Família²⁴.

No PMM, as prerrogativas, que cabem aos municípios cumprirem, não fogem da forma centralizada de construção de programas, o que fica evidente no discurso dos gestores, na medida em que colocam como principal atribuição do município cumprir as normativas administrativas do programa.

No entanto, observou-se que o fato de a provisão de médicos ser financiada pelo Ministério da Saúde deu condições para que os municípios pudessem pensar novas formas de gestão do trabalho, na medida em que a preocupação se deslocou de pensar em como garantir médicos nas unidades de saúde para pensar na inserção dos médicos advindos do PMM na rede da Atenção Primária de seus municípios. Esses dados corroboram os achados de Souza²⁵, que identificou que, se não houvesse a intervenção do Governo Federal para auxiliar na provisão de médicos, a ampliação da cobertura assistencial da APS não seria possível somente a partir do esforço dos municípios.

Para Assum Preto:

[...] a gestão municipal também trabalha na integração desses profissionais com a própria comunidade, porque tem uns que são mais tímidos. Então a gente promove isso, temos várias atividades que a gente os chama para participar. Não é só aquilo que está regendo a portaria não. Temos várias outras coisas que intervêm no processo para ajudar. Atuando de várias formas para garantir que eles se sintam bem, se sintam dentro do processo, acolhidos. (Assum Preto)

Pensar a gestão do trabalho como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização²⁶.

Outro aspecto observado no discurso dos gestores entrevistados foi a inovação na gestão do trabalho e da educação dos municípios. Sabiá compartilhou que “a gestão constituiu um núcleo que deu todo suporte desde a questão da língua até a discussão de casos clínicos, da discussão da rede, da inserção deles na rede”, demonstrando a opção de a gestão superar as atribuições puramente administrativas, criando uma estrutura para dar condições para os profissionais desempenharem suas funções, de forma mais instrumentalizada tecnicamente.

Na saúde, a educação ocupa lugar estratégico, tendo em vista que os desafios para a mudança na formação de trabalhadores têm como pano de fundo o processo de implantação e consolidação do SUS e sua política de reorientação das ações e serviços. Isso se dá mediante o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do seu compromisso com a prestação da assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população²⁷.

A instituição de um núcleo de educação permanente por parte do município para dar suporte ao profissional do PMM sugere o caráter potente do programa, na medida em que oportunizou inovações da gestão do trabalho e da educação na saúde.

Achados deste estudo sugerem que a articulação entre ensino e serviço, potencializada pelo programa, é uma importante ferramenta para transformação da gestão do trabalho e da educação na saúde, que oportuniza transformação no processo de trabalho dentro dos serviços de saúde e consequente mudança no cuidado prestado à população.

O programa possibilitou que os municípios pudessem repensar o processo de trabalho do médico na ESF. Segundo Sabiá:

[...] além do provimento do médico, a gente conseguiu também estruturar uns processos de trabalho diferenciados. Na medida em que o município dispôs de médico na ESF, foi possível instituir processo de trabalho bem diferente do que havia antes. (Sabiá)

A incorporação da educação permanente como estratégia para superar a dicotomia ensino e serviço se constitui como um dispositivo potente para a mudança do modelo de atenção e do cuidado à saúde da população¹¹.

Do cumprimento da missão à aceitação popular

A chamada do PMM permitiu a participação de médicos brasileiros formados no Brasil, médicos brasileiros formados no exterior e médicos estrangeiros. Para tanto, estabeleceu-se cooperação internacional entre Brasil, Cuba e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Fruto desta, até 2015, cerca de 11 mil médicos cubanos passaram a compor equipes de saúde na rede da APS por todo o país^{12,28}.

Até dezembro de 2015, foram alocados no Nordeste 4.716 médicos advindos do PMM. Destes, 3735 médicos vieram pela cooperação internacional Brasil-Cuba-OPAS, o que representa que cerca de 80% dos médicos alocados no Nordeste pelo PMMB eram médicos cubanos¹⁶.

Durante as entrevistas, chamou atenção o que os gestores destacaram sobre os médicos cubanos alocados nos seus municípios, expressando diferenças entre o médico cubano e o médico brasileiro, como pode ser observado na fala de Asa Branca: “eles vieram com a missão de realmente vir trabalhar e atender a população, e o fizeram! Diferente do médico brasileiro, que sempre tem dificuldade em cumprir a carga horária”.

A queixa a respeito do descumprimento da carga horária pelos médicos brasileiros também esteve presente na fala de outros entrevistados, como Assum Preto, que afirmou que este é um dos principais problemas do programa levados para a Comissão de Coordenação do Estado de Pernambuco (CCE-PE) por todos os municípios.

Problemas com o cumprimento da carga horária por parte dos médicos brasileiros já foi apontado por gestores municipais como responsáveis pela rotatividade desse profissional nos serviços de Atenção Primária²⁴.

A relação da redução da cobertura da ESF associada ao aumento do acesso (número de consultas, diagnósticos, internação e encaminhamentos) sugere que os médicos alocados na ESF anteriormente ao PMMB não atendiam com carga horária integral na ESF, como faziam os médicos cubanos do programa²⁹.

Houve também destaque à qualidade do trabalho do médico cooperado, como observado por Assum Preto:

A qualidade que a gente tem na assistência que é prestada é impressionante. Eles são profissionais que não apresentam problemas que não tenham soluções, possuem um olhar diferenciado dos médicos brasileiros. O trabalho que eles desenvolvem no território, isso sim a gente tem muita coisa boa pra poder falar, inclusive no perfil assistencial, na qualificação do acesso, na necessidade de fazer o papel de Saúde da Família, de discutir o caso clínico da senhora A, da senhora B, de dona Maria, de seu José. Isso é importante não só pautado naquele perfil ambulatorial que geralmente os médicos brasileiros adotam no território. (Assum Preto)

Esses achados corroboram os de Santos *et al.*¹³, que encontraram nas entrevistas com os gestores e profissionais de saúde dos municípios pobres de cinco regiões do país relatos que referem a integração do profissional médico cubano participante do PMM como responsável pela ampliação da capacidade de diagnóstico de problemas do território. Os autores afirmam que os médicos cubanos trouxeram mais agilidade e continuidade no tratamento do usuário, agregando novas experiências e práticas de cuidado, que contribuem para a melhoria da APS, além de um apoio constante na organização dos serviços e do trabalho em equipe.

Estudo sobre a implementação do PMM com profissionais de outras categorias que trabalham com médicos do programa revelou a existência de uma boa relação interpessoal e profissional do médico cooperado com a equipe e usuários, sendo

destacadas a compreensão, parceria e amizade como fatores que contribuem com o vínculo com a equipe e comunidade³⁰.

O trabalho dos cubanos já foi objeto de análise de pesquisas em todo o país, apontando a satisfação dos usuários frente a seu trabalho^{31,32}. Observou-se na presente pesquisa que o relato dos gestores aponta que foi a forma como os cubanos se relacionam e prestam atendimento aos usuários que fizeram com que os usuários dos serviços de saúde os aceitassem de forma muito positiva, como observado no comentário de Sabiá:

A gente recebeu um bom número de cubanos e eles tecnicamente eram muito bons. Então o apoio da preceptoria, do monitoramento e a própria prática deles teve um impacto muito grande junto à população. Eles foram sempre muito bem aceitos pela população e a gente conseguiu expandir muito rapidamente o Saúde da Família com a chegada deles. (Sabiá)

Estes resultados corroboram achados da pesquisa que entrevistou usuários atendidos por médicos cubanos no município de Mossoró (Rio Grande do Norte), no qual os autores perceberam que os usuários se sentem acolhidos e encorajados a participarem ativamente das consultas médicas, além de se revelarem satisfeitos, elogiando atitudes do médico, como olhar no rosto e dar oportunidade para falar³³.

Em pesquisa sobre a experiência de médicos cubanos, identificou-se que os médicos que vieram de Cuba em missão para o Brasil possuem pelo menos uma especialização em Medicina Geral Integral (MGI); experiência em outras missões internacionais, como as do Haiti e Venezuela; e como motivação da sua vinda o desejo de ajudar países que precisam de apoio²⁸. Isso sugere que a aceitação dos cubanos tem relação com a qualidade da assistência prestada por esses profissionais e pelo estabelecimento de relações sociais e de cuidado norteadas pelo princípio da solidariedade entre os povos.

Pesquisa realizada com médicos cubanos a fim de saber a motivação para vir em missão ao Brasil identificou que estes referem o desejo de obter mais experiência, maior qualificação, ajudar países com dificuldade e, sobretudo, que não há relação financeira para sua vinda. Tal constatação destaca que estes estão totalmente motivados a oferecerem o melhor atendimento à população e focados na aprendizagem, sendo o único foco de preocupação o de transmitir seus conhecimentos para ações práticas a fim de melhorar a saúde da população³⁴.

A importância do PMM para o fortalecimento da gestão municipal

Os gestores entrevistados do Cosems-PE se referiram ao PMM de forma elogiosa. Assum Preto destacou que “o programa deu autonomia para o município. Ele valorizou a pessoa do gestor”. O gestor pontuou que a relação com os cubanos deu “condições de ter o PMM como exemplo para negociar com outros médicos”. Ainda, observou que, com a provisão de médicos proporcionada pelo PMM, existe “gente que esquece a ausência de profissionais porque tem o programa, mas se o programa deixar de existir é complicado”.

Com o fim da cooperação Brasil-Cuba, o país regrediu nos avanços proporcionados pelo PMM. Não tem sido raras as notícias veiculadas a respeito da dificuldade de garantia

de médicos para as áreas que ficaram sem o médico após saída dos cubanos do país, o que tem posto em ameaça o que Sabiá apontou como um avanço:

O programa foi um pouco o indutor da organização do processo de trabalho na Atenção Básica. Eu acredito que sem o Mais Médicos dificilmente, ou então pelo menos na velocidade que a gente conseguiu, a gente não teria feito; porque além do provimento se estruturou todo o processo de trabalho, se implantou protocolos, avaliações de desempenho; então, isso só foi possível porque a gente tinha o quantitativo de médico que propiciava essa mudança rapidamente. (Sabiá)

Pesquisa sobre o PMM no Mato Grosso concluiu que, mesmo no cenário político controverso e desfavorável às forças populares, foi inegável o maior acesso à saúde promovido pelo programa, especialmente em municípios e regiões vulneráveis. O que permitiu a ampliação do conjunto de direitos sociais e políticos de indivíduos e coletividades³⁵.

Comes *et al.*³⁰ concluíram em seu estudo sobre a implementação do PMM na ótica dos membros das equipes de Saúde da Família que receberam médicos do projeto e que o PMM contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas, impactando positivamente na melhoria da Atenção Básica à Saúde.

O diálogo entre atores do PMM: do apoio à submissão

A CCE-PE existe para dar suporte aos municípios e discutir as prerrogativas do PMM. Foi instituída como instância de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do PMM no âmbito da unidade da Federação; composta com representação do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, do Cosems e das IES que compõem o PMM²¹. É nessa instância que os três entes federados discutem o programa no nível estadual.

Ao referir sobre a relação da gestão municipal com atores de outros entes federados no PMM, os gestores declaram ter uma relação tranquila tanto com os supervisores (vinculados às IES) quanto com os componentes da CCE, como apontado por Asa Branca: “é bem verdade que a gente tem toda uma boa relação com os supervisores que está aí na comissão de nível estadual”.

Estudo sobre o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), aponta que a supervisão, sob a perspectiva do apoio às equipes e de forma multiprofissional nos princípios da educação permanente, reconhecendo e cooperando com os trabalhadores do SUS, é um importante fator de mudança das práticas e do cuidado em saúde¹¹.

Pesquisa realizada em Minas Gerais identificou que apenas 24,4% dos gestores municipais possuíam algum nível de articulação com IES (universidades) no processo de estruturação da rede de saúde de seus municípios²⁴.

O PMM oportunizou a aproximação da academia com as gestões municipais, possibilitando a discussão de forma integrada das problemáticas do fazer saúde. Para Assum Preto, “existe a supervisão dos profissionais da universidade. A gente não trabalha só, a gente tem o apoio das instituições formadoras”.



No entanto, mesmo com o suporte dado pela CCE na discussão da operacionalização do programa e apesar do apoio dado pelas IES na formação de profissionais em consonância com as necessidades e realidade da APS, ainda se observa que a gestão municipal não é posta como ator que faz parte de todos os processos na construção da saúde e no enfrentamento dos desafios cotidianos.

Asa Branca, em seu relato, sugere um importante desafio na construção do PMM, na medida em que emerge a contradição de ser um programa para auxiliar a gestão municipal, mas “passa por cima” desta em alguns processos de tomada de decisão.

Asa Branca destacou que “aconteceram situações que o próprio profissional passou direto para comissão [...] e nós só soubemos de toda essa avaliação porque alguém da comissão [estadual] remeteu para o município”.

Pesquisa sobre a dificuldade de provisão de médicos destacou a definição sobre o marco regulatório da gestão do trabalho e da educação para o país como desafio importante a ser discutido em uma agenda propositiva nesse campo temático¹¹.

Considerações finais

Embora seja identificado que ainda existe distância entre a gestão municipal, os demais entes federados e as instituições formadoras no processo da tomada de decisão dentro do PMM, pôde-se constatar que o programa se configurou como importante indutor da estruturação da gestão do trabalho. Isso trouxe uma oportunidade para que os municípios pudessem inovar nas relações da gestão do trabalho e da educação na saúde; e na constituição de processos de trabalho diferenciados, possibilitando a incorporação da educação permanente como estratégia para superar a dicotomia ensino-serviço.

O trabalho do médico cubano foi destacado como diferenciado, comprometido e que ganhou a aceitação da população pela qualidade da assistência prestada, na medida em que não é pautado no perfil clínico ambulatorial, geralmente característico do trabalho do médico brasileiro.

O programa foi responsável por gerar autonomia para as gestões municipais, na medida em que valorizou o gestor no que se refere à relação de trabalho com o profissional médico e em que possibilitou que os gestores não precisassem depender do pouco recurso, de poucos profissionais disponíveis e da dificuldade em conseguir contratar médicos dispostos a cumprirem a carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde para rede da Atenção Primária. Essa situação acabou induzindo a organização do processo de trabalho na APS dos municípios.

No que se refere à relação entre a gestão municipal e os demais entes federados envolvidos no PMM, pôde-se identificar que a constituição da Comissão de Coordenação Estadual se configura como um importante espaço de diálogo e resolução de problemas e que esta possibilitou a articulação e aproximação entre as gestões e as instituições de ensino, embora ainda haja muito o que avançar no que diz respeito à articulação entre ensino-serviço.

No cenário político que o país tem enfrentado, no qual pode-se observar o completo desmonte das políticas públicas avançar a passos largos, destacar a importância e significado que o PMM representou para superação das iniquidades de saúde torna-se necessidade. Este estudo se soma às dezenas de trabalhos que se propuseram a estudar o PMM e chega à conclusão de que este representou a maior estratégia para estruturação da gestão do trabalho no que se refere à provisão do profissional médico do país.

Filiação

^(b) Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), *campus* Recife. Recife, PE, Brasil.

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, UFPE, *campus* Vitória de Santo Antão. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Morosini MVGC, Corbo ADA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2):164-76.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica nº 1, de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - Sus. *Diário Oficial da União* [Internet]. 6 Nov 1996 [citado 3 Abr 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>
4. Arretche M, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(3):455-79.
5. Ortiga AMB, Conill LM. Municipalização da saúde: a trajetória no estado de Santa Catarina. *Rev Saude Publica*. 2009; 1(1):27-35.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, DF: SGTES; 2005.



7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3a ed. Brasília, DF: CNS; 2005.
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, DF: CONASS; 2011.
9. Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(9):1777-88.
10. Silva NCR, Raquel BR, Thiago AH, Rodrigues Junia M. Gestão de recursos humanos em saúde e sua necessária interface ao mundo organizacional – um olhar ampliado. In: *Anais do 33o Encontro da ANPAD*; 2009; São Paulo. São Paulo: ANPAD; 2009.
11. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):913-26.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 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 União*. 22 Out 2013.
13. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(11):3547-52.
14. Conselho Federal de Medicina. *Demografia Médica no Brasil*, São Paulo: CREMESP, CFM, 2013. v. 2.
15. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LA. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.
16. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite AFB, Sousa IMC, Gonçalves RS, Silva KSB. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2983-92.
17. Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso; 2011.
19. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Fajardo AP, tradutor. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
20. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica. In: *Anais do 4o Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*; 2013; Brasília. Brasília: ANPAD; 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Informe nº 6: documento de orientação para as Comissões de Coordenação Estadual. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
23. Paim JS. *Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2008.
24. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(5):918-28.



25. Souza BPA. Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma avaliação da fixação dos profissionais e dos efeitos no acesso à Atenção Primária à Saúde [Dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães; 2018.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v. 3.
27. Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. *Trab Educ Saude*. 2008; 6(3):503-18.
28. Terra LSV, Fabiano TB, Lidola M, Hernández SS, Millán JIM, Campos GWS. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2825-36.
29. Silva BP, Stockmann D, Lúcio DS, Henna E, Rocha MCP, Junqueira FM. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2899-906.
30. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2729-38.
31. Brito LM. Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico [monografia]. Brasília: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília; 2014.
32. Santos LX. Integralidade do cuidado praticado pelos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil: a percepção dos usuários [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
33. Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, Cunha ATR. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2861-9.
34. Medeiros ES. A motivação de médicos cubanos em uma política pública brasileira: a xenofobia e interferência na qualidade dos serviços. In: *Anais do 11o Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*; 2014; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Seget; 2014.
35. Mota RG, Barros NF. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(9):2879-88.



In order to overcome the difficulty of providing doctors, Brazil issued the Law No. 12,871 / 2013, launching the More Doctors Program (PMM). By understanding that municipal management is focused on the problems of provision of medical professionals, this study aims to figure out the meanings that municipal managers give to PMM, in the context of labor management, the autonomy of municipal management and the relationship between federative entities for the program administration. The study used a qualitative approach, holding open interviews with the executive board of COSEMS-PE. The interviews were analyzed through content analysis. The results of this research suggest that the program “provoked” municipalities towards innovation and structuring of Labor Management, due to the fact that the presence of physicians generated daily demands to be answered and operationalized by the municipal management.

Keywords: Brazilian National Health System. Primary Health Care. Human resources. Family Health Strategy.

Con la finalidad de superar la dificultad de provisión de médicos en Brasil, se promulgó la Ley nº 12.871/2013 que instituyó el Programa Más Médicos (PMM). Entendiendo que la gestión municipal enfrenta problemas de provisión del profesional médico, el objetivo de este estudio es entender los significados que los gestores municipales dan al PMM, en el ámbito de la gestión del trabajo, la autonomía de la gestión municipal y la relación entre los entes federativos en la gestión del programa. Se utilizó un abordaje cualitativo, realizándose entrevistas abiertas con la dirección ejecutiva del COSEMS-PE. Esas entrevistas se analizaron por medio del análisis de contenido. Los resultados del estudio sugieren que el programa “provocó” a los municipios en la dirección de la innovación y la estructuración de la Gestión del Trabajo, en la medida en que la presencia del profesional médico generó demandas cotidianas que la gestión municipal debía responder y poner en operación.

Palabras clave: Sistema Brasileño de Salud. Atención Primaria de la Salud. Recursos humanos. Estrategia Salud de la Familia.

Submetido em 26/01/20.
Aprovado em 23/07/20.