

Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos

Carlos André Moura Arruda^(a)
 Vanira Matos Pessoa^(b)
 Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(c)
 Fernando Ferreira Carneiro^(d)
 Yamila Comes^(e)

Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80.

In Brazil, the challenge of redistributing physicians has been the subject of several government interventions. The objective of this paper was to analyze the provision of physicians through the More Doctors Program, according to city health managers. This was a qualitative study carried out with 63 managers in 32 Brazilian cities. The interviews were submitted to content analysis using ATLAS.ti software. It is noteworthy to highlight the contributions of the program physicians to improvements in health care, humanized and differentiated clinical practices, and changes to health care networks after implementation of the program. The managers reiterated the importance of the program in providing and securing physicians in primary health care in vulnerable and hard-to-access cities.

Keywords: Primary Health Care Physicians. Health Management. Public policies. Primary Health Care.

No Brasil, o desafio da redistribuição de médicos foi alvo de diversas intervenções governamentais. Objetivou-se analisar o provimento de médicos do Programa Mais Médicos, segundo as percepções de gestores municipais de Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com 63 gestores em 32 municípios do Brasil. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo com a ajuda do *software* ATLAS.ti. Destacam-se as contribuições dos médicos do programa na melhoria da Atenção à Saúde, nas práticas clínicas humanizadas e diferenciadas e nas mudanças na rede de Atenção à Saúde, após a implementação do programa. Os gestores reafirmam a importância da implementação, no que concerne ao provimento e à fixação de médicos na Atenção Básica, em municípios vulneráveis e de difícil acesso.

Palavras-chave: Médicos de Atenção Primária. Gestão em Saúde. Políticas públicas. Atenção Primária à Saúde.

Josélia de Souza Trindade^(f)
 Diego Dewes da Silva^(g)
 Leonor Maria Pacheco Santos^(h)

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Sílas Munguba, 1700. Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. andrecaninde@yahoo.com.br

^(b,c,d) Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, CE, Brasil. vanirapessoa@gmail.com; ivana.barreto@fiocruz.br; fernando.carneiro@fiocruz.br

^(e,f) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. ycomes@gmail.com; joselia.trindade@gmail.com

^(g) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil. dewes.psyc@gmail.com

^(h) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. leopac.unb@gmail.com

Introdução

O direito à saúde no Brasil está garantido constitucionalmente e regulamentado, embora existam alguns vazios normativos. Alguns autores nacionais e internacionais reconhecem o Sistema Único de Saúde (SUS) como a experiência brasileira mais bem-sucedida de implantação de uma política pública inspirada na social democracia e voltada para valorizar e implicar o usuário do sistema de saúde na organização da proteção social e pública universal, integral e intersetorial¹.

É preciso reconhecer que o SUS universal, equitativo e integral nasceu, desenvolve-se e se operacionaliza em um contexto de desigualdades e exclusão social como uma política do Estado Brasileiro, aí incluindo as esferas de Governos Municipal, Estadual e Federal, para garantir vigilância, promoção, proteção e atenção integral à saúde da população. Nesse cenário, diversos desafios têm sido priorizados pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e com os municípios. Em relação à organização dos serviços de saúde primários, o Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)², publicada em 2011, que é caracterizada como:

[...] 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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma 'atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades'. (p. 19, grifo nosso)

No referido documento, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como a proposta para reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS)²:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País [...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por 'favorecer uma reorientação do processo de trabalho' com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (p. 54, grifo nosso)

Por meio do processo de descentralização proposto na Constituição e nas normativas que a sucederam, nas décadas de 1990 e 2000, os municípios brasileiros tornaram-se, em conjunto com o Governo Federal e com os Governos Estaduais, gestores do SUS, ou seja, o Brasil passou a ter 5.561 gestores do sistema de saúde. Nesse processo, os municípios passaram a ser os principais responsáveis pela operacionalização da PNAB. A experiência brasileira é singular, do ponto de vista internacional.

Por meio dos espaços de gestão criados no SUS, ou seja, as Comissões Intergestoras Regionais, Bipartites Estaduais e Tripartite, o Estado Brasileiro entrou em consenso e criou a PNAB e estabeleceu a ESF como o seu principal formato³. A base organizacional da ESF são equipes compostas por médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas e técnicos de enfermagem e saúde bucal. Desde sua criação, em 1994, até 2012, foram implantadas milhares de equipes de Saúde da Família, e o processo de descentralização da Atenção à Saúde no Brasil levou os municípios a serem os empregadores de 69% dos profissionais de Saúde do país⁴. Em 2012, havia 32 mil equipes da ESF, das quais 21.279 possuíam equipes de saúde bucal.

Entre as evidências de efetividade da ESF no período de implantação, estão a redução de internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária em crianças⁵ e adultos⁶, a redução de consultas não urgentes nas emergências⁷ e a redução da mortalidade infantil⁸. Entretanto, outros problemas de saúde sensíveis à Atenção Primária permaneceram em patamares elevados, como a mortalidade materna, a sífilis congênita e o câncer de colo uterino, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento dessa estratégia.

Outro desafio enfrentado para a organização da APS nos municípios brasileiros era a alta rotatividade e, em muitas equipes de áreas vulneráveis e remotas, a ausência de profissionais de saúde – especialmente médicos – nas equipes. O fato comprometia a execução de um cuidado longitudinal e continuado com a saúde do usuário, prática de fundamental importância para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas⁹.

Além dos desafios demográficos, epidemiológicos e da alta rotatividade dos médicos na APS, tem-se verificado a concentração de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos grandes centros urbanos. Experiências internacionais no provimento e na retenção de profissionais em áreas de vulnerabilidade abrangem uma gama de estratégias, do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio^{10,11}, sendo que parte dessas estratégias correspondem às recomendações elaboradas pela Organização Mundial de Saúde¹².

No Brasil, o desafio da redistribuição de médicos foi alvo de diversos programas governamentais. Apesar de atrair alguns profissionais para áreas remotas, esses programas não alcançaram a magnitude necessária para suprir as necessidades dos municípios¹³⁻¹⁵.

O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM) haviam identificado que a média nacional de médicos no país era de 1,8 por mil habitantes; mas que essa proporção é inferior à média nacional nas regiões Norte e Nordeste do país. Enquanto isso, outros países – como Argentina, Uruguai e Portugal – contam com mais de três médicos, e a Espanha ultrapassa quatro médicos por mil habitantes^{16,17}.

Em decorrência da escassez de médicos, a Frente Nacional dos Prefeitos do Brasil (FNP), em 4 de fevereiro de 2013, lançou a campanha “Cadê o médico?” e organizou uma petição reivindicando do Governo Federal medidas necessárias para a contratação de médicos estrangeiros que atuariam na Atenção Básica, em municípios onde houvesse escassez de médicos. Essa petição foi assinada por mais de 2.500 prefeitos, com 4.600 assinaturas e adesões de dezenas de entidades municipalistas de todo o país¹⁸.

Como resposta, o Governo Federal criou para o Brasil o Programa Mais Médicos (PMM), por meio de Medida Provisória que foi convertida na Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013, elegendo três frentes estratégicas: i) qualificação profissional, com mais vagas em cursos de Medicina e residência médica, orientados por novas diretrizes curriculares; ii) investimentos na reconstrução de Unidades Básicas de Saúde; e iii) provimento de mais de 15 mil médicos brasileiros e estrangeiros. A provisão de médicos recebeu maior visibilidade pública que as demais, suscitando muitas controvérsias, e será o enfoque do presente artigo, que discute a percepção dos gestores municipais sobre o processo.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar o componente provisão de médicos do PMM, segundo a ótica e a percepção de gestores municipais de Saúde.

Metodologia

Como, neste estudo, a ênfase metodológica se voltou para a percepção de gestores da Atenção Básica de distintos municípios do Brasil, optou-se pela abordagem qualitativa. Assim, consoante Denzin, Lincoln e Giardina¹⁹, definir a pesquisa qualitativa é, antes de tudo, atuar dentro de um campo histórico complexo. Os autores também afirmam que ela, em si mesma, é um campo de investigação; porém, para esses autores, a pesquisa qualitativa “[...] é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo” (p. 17).

A pesquisa foi realizada em 32 municípios, cuja escolha obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: 20% ou mais da população em situação de pobreza extrema, com inscrição no primeiro ou segundo ciclo do PMM, com menos de cinco médicos e menos de 0,5 médico por mil habitantes antes do Programa (junho de 2013). A seleção final dos municípios na amostra foi aleatória, com partilha proporcional ao número de municípios com as características anteriormente descritas em cada região do Brasil, resultando em 14 municípios no Norte, 12 no Nordeste, 3 no Sudeste, 2 no Centro-Oeste e 1 no Sul. Devido às características descritas, 98% dos médicos alocados pelo PMM nos municípios estudados eram oriundos da cooperação com Cuba.

Em cada um dos 32 municípios selecionados, foram entrevistados dois gestores, sendo eles, preferencialmente, o(a) Secretário(a) Municipal da Saúde e o(a) Coordenador(a) da Atenção Básica. Apenas em um município não foi possível entrevistar os dois gestores, devido à ausência de um deles no dia da entrevista. Dessa forma, foram incluídos 63 gestores de todos os municípios selecionados, uma vez que todos concordaram em participar do estudo.

Para fins específicos de obtenção do material empírico, foi utilizado um roteiro semiestruturado, que continha alguns elementos relativos à caracterização do informante (aspectos socioeconômicos), além de questões que nortearam a entrevista, tais como “estrutura da atenção à saúde no município”, “expectativas relativas ao componente provimento do PMM”, “contribuições da gestão para o PMM”, entre outras questões possíveis de serem desdobradas em novas perguntas, com base no conteúdo emergente nas falas dos entrevistados.

Sobre a entrevista, cabe lembrar que se constitui, como assinala Poupart²⁰, “[...] uma porta de acesso às realidades sociais [...]” (p. 215), ou seja, foi possível compreender e conhecer algumas questões relativas ao PMM a partir das percepções dos gestores.

Após a realização das entrevistas com os gestores, o material empírico foi transcrito e submetido ao *software* Atlas Ti. As 63 entrevistas transcritas (dos 32 municípios) foram categorizadas segundo um conjunto de 23 grupos semânticos, provenientes das principais questões levantadas durante o processo de entrevista, a partir das quais foram realizadas categorizações por pesquisadores experientes de termos semanticamente equivalentes e relevantes aos objetivos do estudo. 11 categorias de análise foram inseridas após a predefinição pelo grupo de trabalho, considerando assuntos emergentes em diversas entrevistas.

Ao lado disso, as entrevistas foram analisadas seguindo a teoria de Análise de Conteúdo²¹, com o auxílio do *software* ATLAS Ti, Versão 1.0.36²². Bardin²¹ assinala que essa análise:

[...] se define como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, tendentes a obter indicadores (quantitativos e qualitativos) por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (contexto social) dessas mensagens (p. 76)

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas. Vale salientar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em conformidade com a referida Resolução, garantindo, assim, os princípios da Bioética. Este protocolo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, sob o número 399.461/2013.

Resultados e discussão

Foram analisadas entrevistas de 63 gestores vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, em 32 municípios selecionados para a pesquisa, distribuídos nas cinco macrorregiões do Brasil. Entre os entrevistados, 43 (60% do total) informaram ser do sexo feminino e 21 (40% do total), do sexo masculino, sendo 30 secretário(a)s de saúde (46,9%), 24 Coordenador(a)s da Atenção Básica (37,5%) e dez alocados em outros cargos de gestão (15,6%) – em geral, coordenações de vigilância e assessorias. Os indivíduos da amostra possuíam idade média de 36,8 anos (d.p. = 8,3), compreendidas entre 24 e 58 anos, estando, em 74% dos casos, abaixo de quarenta anos. Devido às características da amostragem de municípios, a maioria dos gestores entrevistados era originária das regiões Norte (43,8%; n = 28) e Nordeste (40,6%; n = 26). Em geral, os gestores respondentes estavam, em média, há 1,87 anos (d.p. = 1,63) no cargo, com tempo de permanência compreendido entre 14 dias até oito anos. Os secretários municipais de Saúde apresentaram, em média, 1,85 ano (d.p. = 1,54) de permanência no cargo, com tempo mínimo de 14 dias e máximo de seis anos.

A seguir, apresentaremos as categorias analíticas que emergiram de todo o material qualitativo processado.

“A gente vê uma diferença”: contribuições do provimento de profissionais do PMM para o município

Observa-se que os gestores apontam muitas contribuições do PMM para o município. Na fala deles, é unânime que, dentre essas contribuições, destaca-se o provimento de médicos no município que permitiu à população a ampliação do acesso relativo ao atendimento médico. Como os municípios se localizam no interior dos estados, os gestores avaliam que o PMM, ao garantir esse provimento, contribuiu para um fortalecimento da Atenção Básica. Ao lado disso, destacam o cumprimento da carga horária dos médicos do programa, situação antes não vivenciada em muitos municípios. É clara a satisfação dos gestores por ter um médico na Atenção Básica no município de segunda à sexta-feira.

[...] está fortalecendo a Atenção Básica, como eu falei; a questão de acesso, né? A gente tem um médico de segunda a sexta, porque antigamente o médico vinha trabalhar aqui com a gente só trabalhava três dias no máximo, né? O médico do Mais Médicos, ele passa realmente de segunda a sexta, ele tem um compromisso maior com o horário, o acesso da população está sendo maior, né? Ele faz muita visita domiciliar. Então é assim: fortaleceu demais a Atenção Básica principalmente na unidade que ele [médico PMM] trabalha, a gente vê uma diferença. (Gestor(a) de saúde)

Supriu essa necessidade da carência de médico aqui no interior [...]. (Gestor(a) de saúde)

Essa percepção por parte dos gestores é justificada, dado que, antes do PMM, evidências apontavam desigualdades importantes entre os habitantes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso e aos cuidados médicos no Brasil²³. A Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/UFMG) desenvolveu um Índice de Escassez de Profissionais de Saúde na Atenção Primária²⁴ e demonstrou que as regiões Norte e Nordeste eram as mais afetadas por escassez grave de médicos²⁵. Até 2016, o PMM garantiu o provimento de 18.240 médicos, distribuídos em 73% dos municípios brasileiros, atingindo 63 milhões de brasileiros que não tinham atendimento médico²⁶.

Outra contribuição do PMM percebida pela maioria dos gestores foi a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica (como do pré-natal e da visita domiciliar) e da vigilância à saúde (como o aumento das notificações de diarreias e outras doenças de notificação compulsória).

A gente tem uma certa visão da realidade da nossa população, né? Baseado na vigilância em Saúde, na Epidemiologia a gente começou a trabalhar realmente o que é saúde pública e a questão dos casos de notificação, casos de investigação na data propícia [...] a contribuição foi essa: dos indicadores ter aumentado pela característica da médica ser de saúde pública mesmo. (Gestor(a) de saúde)

[...] acho que melhorou bastante alguns indicadores, assim, como o pré-natal e a visita domiciliar [...]. (Gestor(a) de saúde)

Embora a população brasileira tenha ampliado gradativamente o acesso à Atenção Básica à Saúde nas décadas de 1990 e 2000, um estudo avaliativo transversal, realizado nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, em 2005, mostrou que, no máximo, 50% das mães realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) da área de abrangência de seu domicílio, com proporções significativamente maiores na ESF do que no modelo tradicional nas duas regiões. O número médio de seis ou mais consultas de pré-natal foi alcançado por aproximadamente dois terços das mães que realizaram pré-natal na UBS de sua área, portanto, ainda havia um percentual significativo de gestantes que não tinham acesso ao pré-natal de qualidade²⁷.

Outro inquérito mais recente foi realizado em 2010 a 13.205 mulheres que fizeram o pré-natal e/ou parto no SUS, em 252 municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil, localizados em 17 estados da Amazônia Legal e Nordeste. A adequação do pré-natal e parto analisou a conformidade

com indicadores de processo propostos pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Entre as mulheres investigadas, 75,4% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, mas somente 3,4% tiveram acesso a um pré-natal classificado como adequado; a atenção ao parto foi considerada adequada para apenas 1% das entrevistadas. O estudo concluiu que as falhas na atenção ao pré-natal e parto contribuem para os precários indicadores de saúde materno-infantil na Amazônia Legal e no Nordeste do Brasil²⁸.

Outra percepção dos gestores foi a melhoria da qualidade da atenção médica prestada às pessoas de todas as faixas etárias, desde crianças a idosos, e particularmente a pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e asma.

Uma assistência muito grande pra gente, no caso nossos pacientes, principalmente os pacientes crônicos de diabetes, hipertensão, asmáticos; eles estão sendo acompanhados pelas [médicas] cubanas como nunca com outros médicos. Não só os crônicos, mas também as crianças, puerpério, atende todo mundo desde criança a idoso. Elas são bem atuantes, são bastante preocupadas, são comprometidas, e fazem as coisas com qualidade. (Gestor(a) de saúde)

De fato, a literatura sobre a Medicina de Família e Comunidade no Brasil indica como características fundamentais para os médicos de família forte senso de responsabilidade para o atendimento total e permanente das pessoas e da família durante saúde, doença e reabilitação; interesse no amplo espectro da clínica médica, o que implica atender pessoas de diversas faixas etárias e apresentando problemas variados; e habilidades para gerenciar doenças crônicas²⁹.

“Fazendo do mínimo o máximo”: a prática clínica dos médicos do PMM na Atenção Primária à Saúde (APS)

A partir do fim da década de 1970, surgiram movimentos para mudança na prática clínica, que se expressaram em publicações internacionais e nacionais, criticando o que foi denominado de “modelo médico convencional” ou “biomédico”, por simplificar em excesso os problemas da condição de estar doente e por associá-los majoritariamente a processos puramente biológicos, que podem ser medidos. Esse modelo não deixa espaço, dentro de sua estrutura, para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença³⁰.

Nas falas dos gestores, evidenciaram-se comentários sobre a prática dos médicos antes de existir o PMM. A prática clínica era baseada no modelo biomédico, centrada no indivíduo e sem uma preocupação com os determinantes sociais e ambientais da saúde. A prática clínica sofria pelo viés paternalista e biomédico da relação médico-paciente. Os gestores também relataram que os poucos profissionais médicos que eles conseguiam contratar nesses municípios assumiam múltiplos empregos e, conseqüentemente, sofriam de uma sobrecarga de trabalho e falta de tempo para realizar uma atenção de qualidade.

Na presente pesquisa, a grande maioria dos gestores avaliou positivamente o atendimento médico realizado. Entre os aspectos positivos mais referidos, estavam atendimento minucioso, com esforço para garantia da compreensão do usuário; dispêndio de tempo adequado para cada atendimento; realização de exame físico completo; utilização racional de medicamentos; respeito ao paciente; responsabilidade no acompanhamento dos casos atendidos; preocupação com a garantia do tratamento para o usuário e a resolução de seu problema; compromisso com o cumprimento do horário de trabalho; ênfase na Medicina preventiva; disponibilidade para realizar visitas domiciliares e atendimentos em lugares mais afastados, que exigiam deslocamentos demorados; integração de conhecimentos clínicos aos da situação de saúde da população local.

[...] a melhor possível, entendeu? Um atendimento adequado, minucioso que avalia tudo, [...] ela [a médica] examina tudo, um atendimento com atenção [...] é um atendimento muito humanizado. Ela [a médica] faz do mínimo o máximo, entendeu? (Gestor(a) de saúde)

[...] então eu vejo que melhorou muito, a qualidade do atendimento dela [a médica] é bom, assim, tudo bem registrado, ela se esforça com relação à comunicação então a gente não tem problema com relação a isso [...] ela orienta mais do que está prescrevendo. Tem muita orientação. Além disso, essas médicas cubanas nos dão suporte para gente em outras áreas, elas, por exemplo: temos um povoado aqui que nós temos que pegar barco para ir, que são praias onde a gente viaja três, quatro horas de barco [...] elas sempre estão disponíveis pra ir com a gente pra lá [...]. (Gestor(a) de saúde)

Considerando estudos que analisaram a assimetria da relação médico-paciente existente na ESF na década de 2000³¹, não é de se admirar que a maioria dos gestores demonstrasse tanta satisfação com a prática dos médicos do PMM, dado que perceberam, nos profissionais deste programa, a dedicação de tempo, o vínculo e a preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente, a pontualidade e o compromisso com a qualidade que, frequentemente, não acontecia nas experiências do passado, com outros profissionais médicos.

Um outro aspecto analisado foi a prática clínica dos médicos do PMM. A maioria dos gestores afirmou que havia uma diferença positiva na prática clínica dos médicos do PMM, entre elas: maior dispêndio de tempo em cada consulta; maior meticulosidade na realização da anamnese e do exame físico; solicitação menos frequente de exames complementares; prescrição racional de medicamentos; mais proximidade e humanização no trato com o paciente e sua família; inserção na comunidade; realização mais frequente de visitas domiciliares; pontualidade nos horários de atendimento; preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente; utilização de dados epidemiológicos do município; e prescrição de plantas medicinais. Essas diferenças na prática clínica podem ser atribuídas ao tipo de formação dos médicos em Cuba, na qual se enfatiza a “Educação em Valores”, que faz parte do currículo médico naquele país³².

Mas esta questão da consulta humanizada, da consulta da cabeça aos pés, por inteiro, sabe que as pessoas se sentem mais gente. Então para mim é um ponto muito positivo, muito positivo porque se tratarem diferente, a população chia, né? (Gestor(a) de saúde)

Assim, ele [o médico] te explica, ele quer conhecer, ele quer saber o que está acontecendo, ele se preocupa, ele tem esse diferencial também, ele se preocupa, assim, ele atendeu o paciente ele quer saber da continuidade e isso ele tem também essa característica [...]. (Gestor(a) de saúde)

Pode-se pensar um modelo de médico diferente na concepção da saúde e do sujeito, semelhante ao dos médicos cubanos, a partir da experiência com a formação baseada na educação no trabalho, em que os cenários de APS são os que modelam as práticas e a educação em valores, em que o humanismo é o princípio fundamental.

Em Cuba, os médicos são formados em centros de saúde e o seu primeiro contato com a teoria e a prática se dá relacionado com a saúde das pessoas, e não exclusivamente com as doenças. Desse modo, por meio da reforma curricular nos cursos de Medicina cubanos, ocorrida na década de 1980, uma das características principais é o que se denomina a “Educação em Valores”, que são conteúdos transversais na formação, baseados nos princípios da ética médica cubana que, na sua essência, expressa o seguinte³²:

Observar princípios ético-morais de profundo conteúdo humano, ideológico e patriótico, dedicar os nossos esforços e conhecimentos ao melhoramento da saúde das pessoas, trabalhar onde a sociedade requer, estar sempre disposto a prestar atenção médica necessária, dedicar os esforços à prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde humana, evitar a produção de danos às pessoas saudáveis ou doentes nos trabalhos de pesquisa. (Tradução nossa, p. 142)

Ao lado disso, em pesquisa realizada na ESF do Ceará, na qual foram observadas quatrocentas consultas médicas, Caprara e Rodrigues³¹ observaram que a média de tempo de uma consulta era de nove minutos, variando de dois a 24 minutos. Nesse mesmo estudo, foi verificado que um maior tempo da consulta estava associado a uma melhor qualidade do atendimento. Por fim, esse estudo realizado no Ceará, estado que foi reconhecido como tendo em média uma boa organização da ESF, demonstra o quanto a qualidade do atendimento médico era insuficiente nesses municípios.

A maioria dos gestores de saúde entrevistados neste estudo manifestou satisfação com a prática clínica dos médicos do PMM, dado que percebeu, nos profissionais do programa, a dedicação de tempo, o vínculo e a preocupação com a continuidade do cuidado ao paciente, o que não era frequentemente observado no passado recente.

“É muito cedo para dizer” versus “A mudança foi total”: alterações na Rede de Atenção à Saúde com a implantação do PMM?

O provimento de médicos por meio do PMM nesses dois de anos de existência trouxe inúmeras contribuições para o país, em especial, para os 4.058 municípios que receberam médicos do programa. Esse incremento contribuiu para mudanças na Rede de Atenção à Saúde, muito embora se tenha observado neste estudo que significativa parcela dos gestores relatou que o tempo de implantação no município era insuficiente para avaliar se haviam ocorrido mudanças nessa rede. Outros, simplesmente, afirmaram que não observaram mudanças.

[...] é muito cedo para dizer isso [se houve mudança na rede atenção]. (Gestor(a) de saúde)

Não, mesma coisa. (Gestor(a) de saúde)

Conforme nos assinala Mendes e Minas³³: “[...] as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde [...], que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo [...], com a qualidade certa e de forma humanizada [...]” (p. 54).

Além disso, afirma-se também que as redes são capazes de impactar positivamente os níveis de saúde da população.

Ao lado disso, na visão da maioria dos gestores, os médicos do PMM realizam o seu trabalho conforme orienta a PNAB, priorizando ações preventivas e considerando os princípios da ESF. Nesse sentido, realizam ações extramuros, como visitas domiciliares e atividades com a equipe na comunidade. Participam ainda do cuidado aos pacientes vinculados aos programas e se disponibilizam a realizar notificações de agravos.

[...] eles [médicos PMM] orientam, trabalham muito com a prevenção, são focados em Saúde da Família [...] hoje a rede de atenção do município melhorou muito, os programas funcionam. (Gestor (a) de saúde)

Com certeza. A mudança [foi] total. Nós inclusive, nós montamos uma programação [...] para realizar saúde itinerante [...] vai disponibilizar uma equipe [...] para atender os ribeirinhos que precisam, talvez muito mais de quem está na sede. (Gestor(a) de saúde)

É importante destacar que ser médico de família é também propiciar a produção do cuidado e ser capaz de valorizar o sujeito e seu ambiente, utilizando uma escuta qualificada, a fim de perceber as necessidades desses sujeitos.

Cabe, ainda, ressaltar que os gestores relataram que, concomitantemente ao ingresso do médico na ESF, houve investimentos para a melhoria da infraestrutura e para a aquisição de novos equipamentos, inclusive de tecnologia da informação. Outra mudança registrada foi a contratação de outras

categorias profissionais – como fisioterapeutas e fonoaudiólogos – e de médicos especialistas, tendo sido citados pediatras e neurologistas.

As mudanças que foram feitas foram estruturais, mudanças físicas para trazer até mais conforto para o usuário, para chegar mais próximo nas comunidades ribeirinhas. (Gestor(a) de saúde)

As nossas unidades estão nascendo todas informatizadas com toda população adstrita daquela unidade cadastrada. [...] a gente está informatizando 100%. (Gestor(a) de saúde)

Tinham muitos pacientes acamados que eles [médicos do PMM] identificaram nas suas visitas, então, foi um fluxo que a gente teve que ver um fisioterapeuta. [...] convênio com a clínica de outro município para exames, de médicos especialistas, que não temos aqui (fonoaudiólogos, neurologista, pediatra). (Gestor/a de saúde)

As percepções sobre mudanças na Rede de Atenção à Saúde com a implantação do PMM foram divergentes; no entanto a maioria dos entrevistados apontou fatos positivos. Entre os aspectos negativos citados pelos gestores na organização das redes de saúde, estão circunstâncias locais (estágio de efetiva implantação do SUS no município), as distâncias das localidades rurais e remotas, as dificuldades para remoção de pacientes e os entraves nos mecanismos referência e contrarreferência.

Outra dimensão importante na percepção dos gestores foi o fortalecimento de elementos fundamentais da ESF, como o planejamento de ações de saúde; a busca ativa de pessoas com doenças crônicas, para garantir a continuidade do cuidado; e a ativação de cuidados especiais com grupos vulneráveis, como gestantes e crianças recém-nascidas por meio da “Rede Cegonha”.

[...] tivemos de organizar melhor o sistema para que ele pudesse funcionar melhor, de fato [...]. Algum período atrás, o sistema era muito desorganizado [...] nós nos organizamos melhor na rede de Atenção Básica, os cronogramas com metas para ser alcançadas. (Gestor(a) de saúde)

[...] a nossa mudança maior foi fazer com que o [Programa Saúde da Família] PSF funcione realmente como deve funcionar. [...] realmente colocamos para funcionar foi a ESF, com a busca ativa dos pacientes que estavam “abandonando” os programas, eles conseguiram buscar, trazê-los de volta à unidade para que pudessem realizar novamente ou então dar continuidade aos atendimentos que eram realizados mensalmente. (Gestor(a) de saúde)

Sobre o cuidado, é importante que seja visto como uma dimensão da vida humana, que se dá no plano da intersubjetividade. É importante que se perceba que existem várias formas de cuidar e, ainda, que há vários conhecimentos sobre esse cuidar³⁴. Dessa forma, a prática do médico do PMM, como se viu nos excertos dos gestores neste manuscrito, corrobora para um cuidado prudente, atento e que valoriza o “humano” dos usuários, por meio do respeito, do acolhimento e da atenção aos sofrimentos desses usuários.

Considerações finais

A grande rotatividade dos médicos na Atenção Básica nos municípios brasileiros, associada à total escassez em algumas localidades, comprometia o acesso e a continuidade do cuidado que, sobremaneira, tende a repercutir na qualidade dos serviços ofertados à população.

O desafio do país deve se centrar no esforço de priorizar políticas públicas que possibilitem o provimento e a fixação de profissionais da saúde, em especial médicos, para atuarem com as equipes de Saúde da Família, a fim de garantir a consolidação do SUS, por meio da integralidade do cuidado e do acesso aos serviços que constituem a rede de Atenção à Saúde dos municípios brasileiros.

O provimento e a fixação de médicos na Atenção Básica por meio do PMM, conforme emana das narrativas dos gestores, vêm garantindo avanços importantes no que concerne a melhorias na Atenção à Saúde, no acesso à rede e à humanização do cuidado. No entanto, a sustentabilidade da garantia desse direito atrela-se às medidas estruturantes do PMM, tais como ampliação de vagas e criação de novos cursos de Medicina, políticas de cargos, carreira e salários para profissionais da saúde, melhorias na infraestrutura das unidades de saúde em cumprimento das diretrizes e estratégias contidas na PNAB.

O que aqui se aponta reafirma a importância do componente provimento no PMM no Brasil, ao mesmo tempo em que remete às expectativas de continuidade, no que tange aos anseios da população, que demanda atendimento médico com qualidade, humanização no cuidado, acesso a outros níveis de atenção e efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família.

Colaboradores

Carlos André Moura Arruda elaborou a proposta do artigo, participou da coleta, categorização e análise do material qualitativo, revisão e redação final do artigo e aprovação da versão final do trabalho. Vanira Matos Pessoa e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto participaram da concepção do artigo e do processamento e análise do material qualitativo. Yamila Comes e Josélia de Souza Trindade participaram na elaboração da introdução, metodologia e traduções dos resumos. Diego Dewes da Silva participou da categorização do material qualitativo e do perfil dos gestores e da normalização e formatação do artigo. Leonor Maria Pacheco Santos e Fernando Ferreira Carneiro coordenaram o campo e participaram da redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto IC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*. 2014;14(9974):1248-59.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica (DAB). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
3. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M. In: *Epidemiologia e Saúde*. 7a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. cap. 31, p. 601-21.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. Brasília; 2016 [citado 2016 Jan 20]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>.
5. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 6736(11):32-46.
6. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet*. 2011;6736(11):47-60.

7. Stein A, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues L. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Prac.* 2002; 19(2):7-10.
8. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Commun Health.* 2006; 60(1):13-9.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
10. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ.* 2010; 88(5):379-85.
11. Wilson N, Couper I, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais B. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health.* 2009; 9(2):1060.
12. Rourke J. WHO. Recommendations to improve retention of rural and remote health workers-important for all countries. *Rural Remote Health.* 2010;10(4):1654.
13. Maciel Filho R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: IMS - Instituto de Medicina Social; UERJ; 2007.
14. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate.* 2014; (51):105-20.
15. Schimith MD, Weiller TH. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde. *J Nurs Health.* 2014;3(2):145-56.
16. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Saúde Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 29 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Estudo de Projeção “concentração de Médicos no Brasil em 2020”. [Internet]. São Paulo: CREMESP; 2016 [Citado 29 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2528> .
18. Frente Nacional de Prefeitos. Petição Cadê o Médico? [Internet]. Brasília: FNP; 2013 [citado 25 Jan 2016]. Disponível em: <http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>.
19. Denzin NK, Lincoln YS, Giardina MD. Disciplining qualitative research 1. *Int J Qual Stud Educ.* 2006;19(6):769-82.
20. Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. Organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* Petrópolis: Vozes; 2008. p. 215-53.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Edições 70; 2011.
22. Muhr T. *ATLAS.ti. Versão 1.0.36 (129).* Berlin: Scientific Software; 2013.
23. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saúde Debate.* 2009;1(44):13-24.
24. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM). Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, NESCON; 2010 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>.

25. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado(EPsm). Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil: Relatório final de atividades [Internet]. Belo Horizonte: EPsm/NESCON/FM/UFMG; 2012 [citado 18 Dez 2015]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf.
26. Ministério da Saúde (BR). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 128.
27. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(11):4395-404.
28. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Materno-infantil*. 2015;15(1):91-104.
29. Lopes JMC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1-11.
30. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
31. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Colet*. 2004; 9(1):139-46.
32. Bustamante Alfonso LM. La educación en valores en trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2010;26(1):138-46.
33. Mendes EV, Minas G. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Minas Gerais Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina I–Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG; 2009. p. 50-6.
34. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC\UERJ, ABRASCO; 2006. p. 119-132.

Arruda CAM, Pessoa VM, Barreto ICHC, Carneiro FF, Comes Y, Trindade JS, et al. Percepciones de gestores municipales de Salud sobre la provisión y actuación de los médicos del Programa Más Médicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1269-80.

En Brasil, el desafío de la redistribución de médicos fue objeto de diversas intervenciones gubernamentales. El objetivo fue analizar la provisión de médicos del Programa Más Médicos, según las percepciones de gestores municipales de Salud. Se trata de un estudio cualitativo realizado con 63 gestores en 32 municipios de Brasil. Las entrevistas se sometieron a análisis de contenido con la ayuda del *software* Atlas.ti. Se subrayan las contribuciones de los médicos del programa en la mejora de la atención a la salud, en las prácticas clínicas humanizadas y diferenciadas y en los cambios en la red de atención a la salud, después de la implementación del Programa. Los gestores reafirman la importancia de la implementación del programa en lo que se refiere a la provisión y a la fijación de médicos en la atención básica en municipios vulnerables y de difícil acceso.

Palabras clave: Médicos de Atención Primaria. Gestión en Salud. Políticas públicas. Atención Primaria a la Salud.

Submetido em 10/08/2016. Aprovado em 22/05/2017.