

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

NÁDIA VIRGÍNIA VICTOR PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SALVADOR - BA**

RECIFE

2019

NÁDIA VIRGÍNIA VICTOR PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SALVADOR – BA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

Coorientadora: Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

P436p Pereira, Nádya Virgínia Victor.

Percepção dos gestores e profissionais da saúde sobre o Programa Mais Médicos em Salvador – BA/ Nádya Virgínia Victor Pereira. — Recife: [s. n.], 2019.

113 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa; Coorientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

1. Consórcios de Saúde. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin. III. Título.

CDU 614

NÁDIA VIRGÍNIA VICTOR PEREIRA

**PERCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O
PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SALVADOR- BA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de mestre em Ciências.

Aprovado em: 26/08/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Aos meus pais, minha inspiração diária e a quem dedico todas as minhas vitórias.

Ao meu esposo, companheiro de todas as horas.

A minha família, minha base, minha essência.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, vejo este sonho se materializando e em cada letra escrita meu peito se enche do sentimento de gratidão. E aqui, nesta página, exponho os principais atores que me impulsionaram para mais uma vitória em minha vida.

Agradeço, primeiramente, a Deus, a Nossa Senhora e ao seu filho Jesus Cristo, que sempre me protegem e me guiam neste plano de vida. A Eles entrego, todos os dias, os meus sonhos e desejos, e deixo a vontade Deles se concretizar em minha vida.

Agradeço a meus pais, Nélio e Valéria, amor imensurável, meus maiores exemplos e mestres da vida.

Agradeço a meu esposo, Bruno Rodrigo, pelo companheirismo, muitas renúncias, apoio e dedicação; e a minha irmã, Viviane Natália, pelo empréstimo dos ouvidos, minha conselheira de todos os momentos. Foram muitas horas de divã.

Agradeço a minha querida “veinha”, minha vó Eunice Maria, que sempre me colocou em suas orações diárias.

Agradeço a meus familiares, sogro, sogra, cunhados, cunhadas e sobrinhos, pilares essenciais em minha vida.

Agradeço a minhas orientadoras, Islândia Carvalho e Adriana Falangola, pelo impulso e paciência. Vocês sempre serão minha fonte de inspiração como pessoas, pesquisadoras e professoras. Duas profissionais gigantes e guerreiras na saúde pública.

Agradeço a todos os profissionais do Instituto Aggeu Magalhães – IAM/FIOCRUZ PE, pois são eles que mantêm a excelência dessa instituição.

Agradeço aos colegas da saúde pública, do doutorado e da minha turma do mestrado 2017-2019, que carinhosamente temos os grupos de Whatsapp batizados de “ponto fora da curva” e “acolhimento”. Vivenciamos e compartilhamos diversos momentos de aulas, sorrisos, cansaços e tensões.

Agradeço a minhas amigas, Cristina Paulino e Elaine Alves, pela confiança e por abrirem as portas da minha trajetória profissional como sanitária. Sem sombra de dúvidas, elas foram as precursoras da minha paixão pelo planejamento e orçamento no SUS.

Agradeço a Eliane Leal, Zélia Menezes e Alessandro Cerqueira, exemplos de profissionais e atenção com o próximo. Foi a partir dos incentivos que me inscrevi na seleção e cheguei até aqui.

Agradeço a diversos colegas profissionais que cruzaram o meu caminho, tanto na saúde pública quanto na fisioterapia, não tenho dúvidas que esses encontros têm um propósito de vida.

Agradeço as contribuições da Banca examinadora Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque e Profa. Dra. Keila Silene de Brito e Silva, um momento valioso de construção.

Agradeço os leitores, que este estudo concretizado nesta dissertação possa contribuir na ciência, e em muitas reflexões, a fim de que possamos contribuir na construção de um sistema de saúde brasileiro cada vez mais universal, equânime e integral.

Que seja uma leitura deliciosa e agradável

Com carinho,

Nádia Virgínia Victor Pereira

PEREIRA, Nádía Virgínia Victor. **Percepção dos gestores e profissionais da saúde sobre o Programa Mais Médicos em Salvador - BA**. 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Apesar dos avanços no acesso à Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, a carência de profissionais e a distribuição desigual, em especial da categoria médica, permanece como um problema no país. Uma das estratégias para enfrentamento foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013. Considerando a implantação, os avanços e desafios do PMM, cabe à compreensão de como um programa com diretrizes nacionais vem funcionando em Salvador, onde se observou o maior aporte de profissionais do PMM da região Nordeste. Este estudo tem como objetivo analisar o provimento emergencial do PMM em Salvador, a partir da percepção dos gestores e profissionais médicos. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, utilizando como técnica a análise de conteúdo. Foi evidenciado, que durante o processo de implantação do programa houve muitas tensões, resistências e embates acirrados, contudo, as gestões municipal e estadual apresentaram receptividade para o acolhimento dos profissionais médico do PMM. O perfil profissional mais convergente com os princípios da atenção primária e a contribuição do PMM na ampliação da cobertura da Saúde da Família foram apontadas como as principais potencialidades. Como fragilidades, o estudo apontou a deficiência na formação continuada, a falta do cumprimento de carga horária e precarização do vínculo; a carência de investimentos na infraestrutura, insumos e recursos materiais, assim como a instabilidade do provimento emergencial e do PMM. A partir das falas é percebido que o provimento emergencial do PMM exerceu um protagonismo importante para a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, trouxe bons resultados apresentando efetividade em Salvador. Porém com a instituição de políticas de austeridade fiscal, a reformulação da PNAB em 2017, e a quebra de contrato da cooperação com a OPAS são evidências de retrocessos ao direito à saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Primária em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Avaliação de sistemas de saúde.

PEREIRA, Nádía Virgínia Victor. **Perception of managers and health professionals about the More Doctors program in Salvador**. 2019. Dissertation (Masters in Public Health) – Institute Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

Despite advances in access to Primary Health Care (PHC) in Brazil, the shortage of professionals and unequal distribution, especially in the medical category, remains a problem in the country. One of the coping strategies was the creation of the Mais Médicos Program (PMM) in 2013. Considering the implementation, advances and challenges of the PMM, it is necessary to understand how a program with national guidelines has been working in Salvador, where the greatest contribution was observed. of professionals from the PMM in the Northeast region. This study aims to analyze the emergency provision of the PMM in Salvador, from the perception of managers and medical professionals. This is a qualitative case study, using content analysis as a technique. It was evident that during the process of implementing the program there were many tensions, resistances and fierce clashes, however, the municipal and state administrations were receptive to the reception of medical professionals from the PMM. The professional profile more converging with the principles of primary care and the contribution of the PMM in expanding the coverage of Family Health were identified as the main potentialities. As weaknesses, the study pointed out the deficiency in continuing education, the lack of compliance with the workload and the precariousness of the bond; the lack of investments in infrastructure, inputs and material resources, as well as the instability of emergency provision and the PMM. From the speeches, it is perceived that the emergency provision of the PMM played an important role in expanding the coverage of the Family Health Strategy, bringing good results, with effectiveness in Salvador. However, with the institution of fiscal austerity policies, the reformulation of the PNAB in 2017, and the breach of the cooperation contract with PAHO are evidence of setbacks to the right to health.

Keywords: More Doctors Program. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health systems assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Desafios considerados na construção da PNAB pelo PMM.	22
Quadro 2 – Linha do tempo dos Programas da Atenção Primária à Saúde implantados de 2007 a 2015.	23
Figura 1 – Mapa da cidade de Salvador por densidade demográfica populacional.....	35
Figura 2 – Série Histórica da Cobertura de Atenção Primária à Saúde, Salvador – BA, 2012-2017.....	35
Quadro 3 – Resumo das categorias temáticas trabalhadas sobre a análise do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador, 2019.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CUS	Cobertura Universal de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DIRE	Diretorias Regionais de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EC	Emenda constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS	Estratégia da atenção básica
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEC	Ministério da Educação
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos

PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Requalifica UBS	Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde
RS	Redes de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SESAU	Secretaria de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	19
2.1.1	Atenção Primária à Saúde - APS: a terminologia adotada no estudo.....	19
2.1.2	Os caminhos da Atenção Primária à Saúde do Brasil	20
2.2	A ESCASSEZ DO PROFISSIONAL MÉDICO E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS	25
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4	MÉTODO.....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO	33
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	33
4.3	COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	36
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1	O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROVIMENTO EMERGENCIAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SALVADOR.....	38
5.1.1	Tensões, resistências e embates acirrados no “nascer” do Programa Mais Médicos.....	39
5.1.2	Receptividade da Gestão Municipal e Estadual para receber os médicos do provimento emergencial.....	41
5.2	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROVIMENTO EMERGENCIAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR	44
5.2.1	Potencialidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador.....	44
5.2.1.1	Perfil do profissional do PMM convergente com os princípios da Atenção Primária	45
5.2.1.2	Contribuição do Programa Mais Médicos na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família	46

5.2.2	Fragilidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador.....	50
5.2.2.1	Deficiências na formação continuada do PMM	50
5.2.2.2	Falta de cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo	52
5.2.2.3	Carência de investimentos na infraestrutura, na informatização, nos insumos e recursos materiais	55
5.2.2.4	Instabilidade do provimento emergencial e do Programa Mais Médicos	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES ESTADUAIS	73
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS	75
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS.....	77
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	82
	ANEXO B – ARTIGO CIENTÍFICO	85

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, assegurado na Constituição Federal do Brasil na década de 80, trouxe importantes avanços no que tange a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhores condições de saúde para toda população (ROSA; COELHO, 2011).

Essas conquistas vieram a partir de lutas democráticas que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, embebidas das recomendações trazidas pela declaração de Alma-Ata nos anos 70. As questões socioeconômicas e ambientais foram consideradas como questões de saúde, ampliando assim o seu conceito. Esses elementos foram essenciais para a fundamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada nos princípios de acesso universal, equidade e atenção integral, em que os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) fossem a principal porta de entrada e ordenadora do sistema (FAUSTO et al., 2018).

Considerando que a APS:

Abarca um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p. 1).

Na década de 90, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 – e Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 – foi a alavanca motriz para a APS no Brasil. Em 2006, foi instituída a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que reconheceu a saúde da família como estratégia e foi considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e ordenadora das redes de atenção à saúde, balizada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação, vinculação, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006b; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Estudos apontaram diversos avanços na APS no Brasil, entre eles o acesso aos serviços de saúde foi ampliado com a expansão da estratégia de saúde da família em todo território nacional, aproximando a população dos cuidados primários em saúde. Houve melhoria nos indicadores de saúde, refletindo na redução das iniquidades sociais e econômicas da população (FAUSTO et al., 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018; MELO et al., 2018; PAIM, 2018).

Embora identificados os avanços, perduram muitos desafios a serem enfrentados e superados. Estudos apontaram a carência de profissionais da saúde, em especial o profissional médico, e sua distribuição desigual nas regiões brasileiras como um problema histórico e um dos maiores desafios do SUS (BRITO-SILVA, 2013; CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016).

Há também dificuldade de contratação, vínculos precários que levam à alta rotatividade profissional e fatores relacionados à qualificação e formação dos profissionais voltados ao exercício na saúde pública. Esses aspectos vêm se tornando um dos principais gargalos para a qualificação da atenção primária, pondo em risco a garantia do direito à saúde, tanto em grandes metrópoles quanto em áreas isoladas e socioeconomicamente desfavorecidas (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

A carência do profissional médico no país classifica o Brasil como um dos países de mais baixos índices de médicos por habitantes (1,8 médicos/1.000 habitantes). Quando comparado ao cenário internacional, o indicador é inferior ao de países como Argentina, Espanha, Portugal, Reino Unido, Uruguai (3,9; 3,5; 3,8; 2,7; 3,7 médicos/1.000 habitantes, respectivamente). Entre as regiões brasileiras, o Norte e Nordeste apresentam as piores relações, sendo 0,97 e 1,0 médicos/1.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2015; MOTA; RIBEIRO, 2016).

Na busca por reduzir as desigualdades regionais, a carência do profissional médico, fortalecer a atenção primária no país, aprimorar a formação médica, fortalecer a política de integração ensino-serviço e a política de educação permanente, foi implantado, em 2013, o Programa Mais Médicos – PMM, a partir da Lei N^o 12.871. Essa política tem atuação na APS e está voltada ao profissional médico, sendo estruturada em três eixos: (i) melhorias da infraestrutura; (ii) ampliação da oferta na graduação e residência médica; e (iii) implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB (BRASIL 2013; CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

O PMMB, considerado uma iniciativa inovadora no país e teve como objetivo o provimento emergencial do profissional médico em áreas de maior carência. Desde a sua implantação houve uma grande expansão de médicos na APS. Foram ingressos mais de 18.000 mil profissionais em mais de 4 mil municípios brasileiros, a maioria médicos estrangeiros, principalmente cubanos. Com a implantação do programa foi estimada uma expansão da relação de médicos por habitantes, passando de 1,8 médicos/1.000 habitantes para 2,3 médicos/1.000 habitantes, em 2026 (BRASIL, 2015; NOGUEIRA et al., 2016; COMES et al., 2016a).

Estudos apontaram que o Nordeste foi a região brasileira com maior incremento de médicos oriundos do Programa (BRASIL, 2015; NOGUEIRA et al., 2016; GONÇALVES et al., 2016). Mais de 1.200 municípios e 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI – foram beneficiados pelo projeto. Destaca-se o estado da Bahia, que mais recebeu médicos provenientes do PMM (28%), assim como 18 DSEI, levando o Estado a ampliar a

razão de médicos por habitantes, de 1,09 para 1,17 médicos/1.000 habitantes (BRASIL, 2015).

O PMMB foi severamente ameaçado, pondo em risco a sustentabilidade, desde os primórdios da implantação do PMM. O programa recebeu bombardeios éticos e políticos de diferentes eixos sociais, especialmente com a participação de médicos estrangeiros, e de médicos cubanos via cooperação internacional. (ALESSIO;SOUSA, 2017).

Além destas medidas que afetaram diretamente a implantação do PMM na APS, em 2016 foram implementadas um pacote de medidas políticas de austeridade fiscal que visam a redução dos direitos sociais e desmonte do sistema universal de saúde. O subfinanciamento crônico prevalece como o principal gargalo, sendo agravado com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos (BRASIL, 2016). Atrelado a isso, foi aprovado em 2017 uma nova PNAB, o qual propõe o pacote de serviços básicos, centralizado na doença, retrocedendo a visão ampliada da atenção primária, pondo em risco os avanços conquistados na APS nos últimos anos (PAIM, 2018).

Apesar do retrocesso macroestrutural no sistema de saúde instituído desde 2016, os grandes centros urbanos apresentavam dificuldades em consolidar o modelo de atenção integral, preconizado na Atenção Primária. A priorização e concentração da alocação de recursos financeiros e da força de trabalho na Média e Alta Complexidade, além da grande maioria das unidades de saúde da família serem instaladas em regiões de alta vulnerabilidade social e apresentam altos índices de violência, são fatores que contribuem para a elevada rotatividade e dificuldade de fixação de profissionais, principalmente o médico (DAVID; SHIMIZU E SILVA, 2015).

Levando em consideração os desafios e os enfrentamentos em fixar o profissional médico em áreas de alta vulnerabilidade social, destaque para as grandes cidades em especial as capitais nordestinas, o qual apresentam déficits históricos de estruturar a Atenção Primária em seu território, e foram beneficiadas com o maior aporte de mão de obra médica com a criação do Programa Mais Médicos, bem como cada estado e capitais do Nordeste possuem características intrínsecas complexas e distintas, cabe à compreensão de como um programa com diretrizes nacionais vem funcionando nas cidades brasileiras, em especial Salvador -BA,

O presente estudo visou estudar o PMM em Salvador, um grande centro urbano, que apresenta uma polarização societária e alta vulnerabilidade social. Em um mesmo território, convivem populações extremamente ricas e as que vivem na linha da pobreza. Assim como as grandes capitais brasileiras, e em especial as nordestinas, convivem com um déficit histórico de médicos, além de dificuldades na estruturação da atenção primária, baixa cobertura da

atenção primária, baixa relação médico por habitante e Estratégia de Saúde da Família. Além de prevalecer um modelo de política de saúde centrada no hospital, o que gera insuficiência e baixo acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017b). Estes fatores colocam a cidade como prioritário para a adesão e o recebimento de profissionais do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, justificando o aprofundamento e a realização deste estudo.

Nesse contexto, o presente estudo se propõe a responder o seguinte questionamento: Como os profissionais do PMM e gestores da saúde analisam o provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador - BA?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico a seguir apresentará um debate sobre a Contextualizando a Atenção Primária no Brasil e a Escassez do profissional médico e o Programa Mais Médicos.

2.1 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Neste capítulo, contextualizando a Atenção Primária no Brasil, serão abordadas qual a terminologia adotada no estudo e a trajetória da Atenção Primária desde o seu surgimento até os dias atuais no capítulo “Os caminhos da Atenção Primária à Saúde no Brasil”.

2.1.1 Atenção Primária à Saúde - APS: a terminologia adotada no estudo

As terminologias Atenção Primária à Saúde (APS), usada internacionalmente, versus o termo Atenção Básica (AB) são conceitos bastante discutidos na literatura. Há diferentes percepções ideológicas, e interpretações. Desde o surgimento da APS, na declaração de Alma Ata, essas concepções partem de dois pressupostos: da seletividade, ou seja, a garantia da oferta ser dada a partir de um pacote mínimo de serviços, ou da integralidade, o qual entende a concepção ampliada da saúde e como um direito do cidadão. A compreensão destes pressupostos se faz de suma importância, pois podem se materializar em diferentes resultados quanto ao formato e organização dos serviços de saúde (ANDRADE; BRAGANTE, 2018; GIOVANELLA et al., 2018).

No Brasil, o termo adotado foi a Atenção Básica, desde o movimento sanitário, nas décadas de 70 e 80, porém, não se tem clareza quanto à escolha da terminologia. Uma hipótese seria pela percepção deste termo estar mais aproximado a atenção integral, e por ser melhor compreendida pela população brasileira. A partir de então, o termo atenção básica, foi amplamente difundido pelo Governo Federal em normativas e como política pública (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; GIOVANELLA et al., 2018).

Passados 40 anos de Alma Ata, em 2018, foi realizado a Conferência em Astana o qual sinalizou o retrocesso da APS integral, com a concepção de seguros de saúde. A Cobertura Universal da Saúde (CUS), rompe com a lógica do direito à saúde como universal, trazendo danos e prejuízos irreparáveis à democracia (ANDRADE E BRAGANTE, 2018).

Foi enfatizado em Astana que é preciso ter o cuidado em não reduzir os preceitos do termo APS a um contexto minimalista de “Atenção Primária Seletiva”, centrada em um pacote de serviços mínimos. Faz-se necessário considerar os elementos que contemplam a Declaração de Alma-Ata, o acesso universal, o conceito de saúde ampliado associado aos aspectos de desenvolvimento da sociedade e participação social, como pilares do direito à saúde e dos sistemas universais, a exemplo do SUS (CONILL, 2008; GIOVANELLA et al., 2018).

Partindo do pressuposto do olhar integral da APS, os estudos de Mello, Fontanella e Demarzo (2009) e Giovanella et al. (2018) apontaram o uso do termo Atenção Primária (AP) e Atenção Primária à Saúde (APS) na comunidade científica. Exemplo disso, são as pesquisas conduzidas na saúde pública na comunidade científica internacional bem como a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, vem adotando o uso de tais termos.

Nesse sentido, estando em consonância com a literatura internacional, este estudo adotou o uso do termo Atenção Primária à Saúde – APS.

2.1.2 Os caminhos da Atenção Primária à Saúde do Brasil

A política de saúde no Brasil, no período pré-democrático – décadas de 70 a 80, era marcada por uma desigualdade no crescimento e desenvolvimento econômico. De um lado, uma população com empregos informais e pontuais que tinham pouco acesso aos serviços de saúde e muitos desses serviços eram ofertados por filantropia ou pagos pelo próprio bolso. Do outro lado, uma população com empregos formais, com garantias de aposentadoria e assistência à saúde assegurada a partir de uma lógica privada e assistencial, caracterizada por demanda espontânea e hospitalar (PAIM et al., 2011).

Na contramão do modelo privatista predominante no Brasil na época, e os questionamentos quanto à sustentabilidade do *bem-estar social* que assolavam o mundo, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O movimento criado por um amplo movimento social formado por professores, estudantes das universidades, profissionais de saúde, dentre diversos atores sociais, debatiam uma reforma no setor saúde como uma questão social, defendendo a saúde como um direito de todos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco para aprovação do conceito ampliado da saúde, assegurando que saúde é o resultado de condições como alimentação, moradia, lazer, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse de terra e acesso a serviços de

saúde. Como um direito de cidadania, foi criado, na Constituinte de 88, o SUS, assegurando como princípios norteadores do sistema a universalidade, a integralidade e a equidade (PAIM et al., 2011).

Os primeiros programas instituídos no SUS na década de 90 foram inspirados nos princípios da Alma Ata. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1991 – e o Programa de Saúde da Família – PSF, em 1994 – foram considerados uma proposta inovadora na efetivação dos princípios do SUS, trabalhando desde as ações de promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação de doenças. Por ser a principal porta de entrada e desempenhar um papel de ordenador do cuidado, atuando como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as unidades básicas de saúde devem ser instaladas mais próximas das pessoas, onde moram, trabalha, estudam e vivem (BRASIL, 2011).

A evolução organizacional do SUS pode ser percebida a partir das Normas Operacionais Básicas – NOB (BRASIL, 1991, 1993, 1996), Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002), Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a), que foram importantes instrumentos que operacionalizam o SUS, ao passo que se avançava na descentralização e no fortalecimento da municipalização e da regionalização.

A partir dessa perspectiva, Brito (2016) aponta que houve uma importante expansão na cobertura da atenção primária no país, entre os anos 2000 e 2010. O Brasil havia implantado a Estratégia de Saúde da Família em 1.753 municípios, equivalendo a 4.563 Equipes de Saúde da Família no ano 2000, tendo uma cobertura aproximada de 15.077.600 (8,8%) habitantes. Nos anos de 2010, houve uma ampliação de mais de 77% de unidades cadastradas no sistema, passando para 30.898 equipes, presentes em 5.250 municípios, e uma estimativa de cobertura populacional de 50,5%, correspondendo a 96.388.312 habitantes.

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família no país foi destacada como prioridade para o Governo Federal. No sentido de estabelecer e organizar o processo de trabalho na atenção básica foram instituídas as Políticas Nacionais de Atenção Básica – PNAB (BRASIL 2006b, 2011b). Em uma publicação do Ministério da Saúde, foram elencados 10 desafios que devem ser levados em conta para a construção da PNAB (Quadro 1).

Quadro 1 – Desafios considerados na construção da PNAB pelo PMM.

1. Financiamento insuficiente da Atenção Básica;
2. Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde;
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis;
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica;
10. Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade.

Fonte: Brasil (2015, p. 19)

Mediante os desafios elencados, a partir de 2011 foram criados pelo Governo Federal, diversos programas na tentativa de qualificar e fortalecer a APS, sendo eles: Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), para melhorias da infraestrutura; melhorias no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), depois substituído pelo sistema da estratégia e-SUS; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de incentivo à qualidade da atenção primária; política de educação permanente dos profissionais, como o Programa Telessaúde Brasil Redes, a interação entre saúde e educação a partir do Programa Saúde na Escola (PSE); criação do Programa Academia da Saúde. Além de estratégias de provisão do profissional da saúde, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos – PMM (BRASIL, 2015). Conforme quadro 2.

Quadro 2 – Linha do tempo dos Programas da Atenção Primária à Saúde implantados de 2007 a 2015.

Ano de implantação	Programa na APS
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Saúde na Escola (PSE); • Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Academia da Saúde; • Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); • TELESSAÚDE; • Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)
2013	<ul style="list-style-type: none"> • REQUALIFICA UBS; • Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) • Programa Mais Médicos (PMM)
2015	<ul style="list-style-type: none"> • E-SUS

Fonte: A autora, 2019.

Com a implantação desses programas que visavam melhorias na atenção primária, faz-se necessária uma constante avaliação com diferentes metodologias, assim como afirmam estudos publicados em 2018, que avaliaram a atenção primária e os ciclos do PMAQ no Brasil. As pesquisas alegam a importância de mensurar e comparar os diferentes programas, com o objetivo de subsidiar no processo de planejamento e de tomada de decisão. Os estudos podem identificar áreas que demandam de maiores investimentos além de avaliarem a qualidade da APS (LIMA et al., 2018; ABREU et al., 2018).

Uma revisão sistemática avaliou o impacto da atenção primária como eixo central que ordena os cuidados em saúde no sistema de saúde brasileiro e foram evidenciados resultados positivos. Das 31 publicações avaliadas, as evidências demonstram que a Estratégia de Saúde da Família contribuiu para a redução da mortalidade infantil e redução de hospitalizações, a partir da mensuração do indicador de condições sensíveis à atenção primária; para a redução da desnutrição infantil, aumento de detecção de doenças infectocontagiosas e ampliação da cobertura vacinal (BASTOS et al., 2017).

Os estudos de Giovanella et al. (2018) e Paim (2018) apontaram a ampliação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, evidenciando impactos positivos na saúde da população brasileira nos últimos anos. Porém, nos últimos anos vem ocorrendo o desmonte dos ideais propostos na constituição brasileira e na construção do SUS, a partir da adoção da

política de austeridade fiscal, comprometendo a qualificação da APS, a universalidade e a integralidade das ações.

Em dezembro de 2017, foi publicada uma nova portaria, nº 2.436, que revisa as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2017a). Esse novo formato da PNAB pode ser considerado um retrocesso, propondo uma cesta oferta básica de serviços, comprometendo o financiamento da atenção primária, o qual ameaça e traz prejuízos ao acesso universal (FAUSTO et al., 2018).

Não é de hoje que o direito universal vem sendo ameaçado. Na primeira década do século XXI estavam sendo discutidas novas concepções que divergem do preconizado na Constituição Brasileira, em que relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS) debatiam o conceito de Cobertura Universal em Saúde (CUS) (NORONHA, 2013; GIOVANELLA et al., 2018).

Para Noronha (2013, p. 848), a cobertura “expressa o alcance de uma medida sanitária; corresponde a uma possibilidade de obter a prestação. Essa possibilidade pode ou não se realizar, seja pela abstenção do direito de usar, seja pela incapacidade de se obter a prestação desejada”.

Há uma percepção distorcida do direito à saúde, que é visto como mercado e onde o estado intervém minimamente, a partir de estratégias de regulação de serviços. O financiamento passa a ter custos elevados, mediante a combinação de fundos públicos, privados e seguradora. A abordagem à doença passa a ser seletiva assistencialista e centrada num modelo biológico, ameaçando a equidade e integralidade da assistência. Não há dúvidas que este tipo de cobertura ameaça severamente os avanços ocorridos nos últimos 30 anos, além de trazer efeitos danosos à população (NORONHA, 2013; GIOVANELLA et al., 2018).

Paim (2018) fez uma reflexão na sustentabilidade dos SUS nos últimos 30 anos. O autor destaca que muito se avançou no acesso e ampliação da oferta aos serviços de saúde na rede institucional e de movimentos sociais populares, além das normativas operacionais e administrativas e dos sistemas de informação em saúde, importantes estratégias para a avaliação de políticas e programas. Ainda assim, o SUS sofre resistências de profissionais de saúde, problemas ascendentes de gestão e de planejamento, insuficiência na infraestrutura, dificuldades na montagem de redes de atenção, insuficiência de recursos, interesses econômicos e financeiros caracterizados numa política predominantemente neoliberal e as políticas de austeridade comprometem a universalização da saúde.

Nesse cenário, com a ocorrência de iniciativas que comprometem os direitos sociais adotadas a partir de 2016, após o golpe presidencial e na política atual, como a aprovação da EC 95/2016, que congela os gastos em saúde por 20 anos (BRASIL, 2016), é notório observar

que o direito à saúde e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil encontram-se seriamente ameaçados (PAIM, 2018).

Nessa perspectiva, os maiores obstáculos do SUS permanecem sendo o subfinanciamento, que prejudica as diversas estratégias de execução das ações de saúde; a privatização, principalmente nos serviços de alto custo; o desafio de prioridade na agenda política, além dos vínculos precários e ausência dos direitos do trabalho, colocando em risco os avanços ocorridos nos últimos anos; e recursos humanos na saúde, podendo aprofundar a escassez de profissionais, principalmente o médico (MACHADO; XIMENES NETO, 2018; PAIM, 2018).

2.2 A ESCASSEZ DO PROFISSIONAL MÉDICO E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A carência de profissionais, em especial da categoria médica, no Brasil, é observada ao longo de décadas. Na década de 70, havia uma necessidade de profissional médico voltado ao modelo assistencial, que se caracterizava pelo assistencialismo e era centrado no hospital, porém, em contrapartida a esse modelo, foi instituído o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado para atuação na região Nordeste, em que se pretendia estender os serviços de saúde que atendessem a acessibilidade, integralidade e participação social na assistência à saúde. Na mesma década, foi criada o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), o primeiro programa de adequação da formação de gestão do trabalho, em todos os níveis, visando atender às necessidades de saúde (CARVALHO; SOUSA, 2013).

A Conferência Pan-americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, em Ottawa, nos anos 70, identificou a concentração de pessoal – incluindo o profissional médico – em centros urbanos, limitação das outras categorias profissionais, formação e excesso de especialidades médicas, modelo hospitalocêntrico e alta densidade tecnológica. Foram realizadas diversas recomendações, destacando-se a necessidade de planejamento em gestão de pessoas em saúde, a fim de elaborar planos em longo prazo (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Na década de 80, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) pontuava a instabilidade, as incertezas e a complexidade do campo sanitário como abordagens importantes ao planejamento de pessoal, que trazia como questão central sobre a formação atender as necessidades dos serviços assistenciais. Em 1987, já se discutia como obstáculos para consolidar a universalização do sistema a distribuição geográfica, as inserções desiguais

dos profissionais da saúde, ou seja, um mercado de trabalho segmentado, e a valorização do profissional (CAMPOS, 2003; CARVALHO; SOUSA, 2013).

Essencial para a força de trabalho em especial à saúde é a regulação do trabalho. Consiste um conjunto de regulamentações, normas, o qual envolvem os três poderes, com intervenção pública ou política, estando soberano ao mercado de trabalho (MACHADO e XIMENES NETO, 2018).

A regulação do trabalho associado à educação na saúde busca a compreender as necessidades e os desafios do trabalho no SUS, para que a formação do profissional seja sensível a atender as tais necessidades (MACHADO e XIMENES NETO, 2018).

Apesar da regulação do trabalho, persistem dificuldades na formação de trabalhadores em saúde. Há fragilidades na formação acadêmica, que é essencialmente hospitalocêntrica, altamente especializada, voltada a práticas médicas fragmentadas, o que dificulta o cumprimento das necessidades da atenção primária. Acrescido a escassez de profissionais, especialmente a categoria médica, se agravava ainda mais no Brasil com a implantação e a expansão da Estratégia de Saúde da Família, entre os anos 90 e 2000, principalmente em municípios mais isolados (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016).

Em 2001, foi instituído o Programa de Interiorização do trabalho em Saúde (PITS), cujo objetivo foi minimizar as desigualdades regionais no país e a promoção de melhor distribuição de médicos (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Pesquisas apontaram que a dificuldade gerencial de uma política de pessoal adequada, principalmente em municípios isolados, são pontos que desafiam a APS. Isso decorre por diversos fatores, destacando-se a falta de um financiamento adequado no SUS e práticas fragmentadas, sem levar em consideração as reais necessidades dos usuários (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; COMES et al., 2016b).

Um documento lançado pela ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE e pelo Ministério da Saúde, em 2004, apontou as diversas experiências locais na Estratégia de Saúde da Família no Brasil e se posicionou sobre a necessidade de refletir e superar problemas considerados fundamentais: a urgente demanda de qualificação dos profissionais de saúde, que devem estar inseridos na educação permanente, e na readequação da infraestrutura; a reavaliação do arcabouço jurídico que colabora com a precarização do trabalho; as desigualdades regionais; a flexibilização na composição das equipes; e formas de repensar o financiamento, monitoramento e avaliação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Com o objetivo de valorização do trabalho na Atenção Primária, integrando a educação permanente, foi instituído no ano de 2011, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), a partir da portaria de nº 2.087 de 01 de setembro de 2011. A proposta do programa era de valorizar e estimular os profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, e cirurgiões dentistas – a trabalharem nas unidades de saúde da família localizadas em áreas remotas e com escassez profissional. O tempo de atuação era de 12 meses, tinha como obrigatoriedade o cumprimento de 32 horas semanais das atividades voltadas ao trabalho nas unidades e 8 horas semanais de atividades relacionadas à educação permanente (BRASIL, 2011).

Os profissionais médicos que ingressassem no PROVAB seriam submetidos a uma avaliação final. Se aprovados, ia receber uma bonificação um percentual de 10% na prova de residência médica (BRASIL, 2011).

Percebe-se que a implantação do PROVAB foi uma importante estratégia para ampliar o acesso, porém não foi capaz de minimizar a escassez de profissionais. O processo de implantação ocorreu de forma difusa, dificultando a consolidação dessa iniciativa na Atenção Primária (OLIVEIRA et al., 2015).

Em 2013, o país virou palco de manifestações populares. Dentre as demandas sociais emanadas nas manifestações estava a falta de médicos nas unidades de saúde. A campanha “Cadê o médico?”, lançada pela Frente Nacional de Prefeitos, e o movimento de rua “Passe Livre” foram importantes arenas democráticas que trouxeram para a agenda de governo a melhoria da assistência e do acesso aos serviços de saúde e o enfrentamento da falta do profissional médico (COMES et al., 2016a; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Após as manifestações, em 2013, foi editada, a Medida Provisória de nº 621, de 8 de julho de 2013, e no dia 22 de outubro foi sancionada a Lei nº12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos. O PMM foi estruturado em três eixos estratégicos: a infraestrutura das Unidades de Saúde Básica; a formação médica e educação; e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que teve por finalidade o chamamento de médicos a partir do provimento emergencial (BRASIL, 2013; LOTTA; GALVÃO; FAVARETO, 2016; NOGUEIRA et al., 2016).

O provimento emergencial de médicos, previsto na lei, teve como objetivo destinar os profissionais para as regiões que eram consideradas prioritárias, definidas por apresentarem critérios como: elevada taxa de pobreza extrema, baixo índice de desenvolvimento humano,

locais de difícil atração de profissionais e comunidades indígenas e quilombolas (BRASIL, 2015).

Para isso, o Ministério da Saúde (MS) lançou o edital para que os municípios fizessem a adesão ao programa, desenhando, assim, o panorama da real necessidade desses profissionais. O provimento dos profissionais médicos foi feito por edital nacional, do Ministério da Saúde, onde ficaram estabelecidos os seguintes critérios de prioridade: médicos com registro brasileiro, seguidos de médicos brasileiros com formação no exterior. Em paralelo, prevendo que as vagas não seriam preenchidas, foi formalizado o contrato de cooperação com a OPAS e a Organização Mundial da Saúde. O contrato previa que todos os médicos fossem estudantes do curso de especialização em Saúde da Família, Educação à Distância (EAD), nas suas 08 horas de estudos semanais. O provimento médico via cooperação teve uma importante contribuição, em especial entre o Governo Brasileiro e o Governo de Cuba (BRASIL, 2015; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Considerando o perfil de localidades brasileiras que aderiram o PMM, observa-se que 100% das capitais brasileiras (27) e 87% (441) dos 509 municípios que integram regiões metropolitanas aderiram ao programa. Da mesma maneira, 95% (93) dos municípios classificados como G100, ou seja, que apresentam mais de 80 mil habitantes, com baixa renda per capita e alta vulnerabilidade social, além de 100% (34) dos DSEI e 82% (1.393) dos municípios classificados como G20, de extrema pobreza, fazem parte de áreas prioritárias. Considerando o país inteiro, em 2015, o programa se fazia presente em 81% (4.068 municípios e 34 DSEI) das localidades. No Nordeste, a região brasileira com maior incremento de médicos, foi beneficiado mais de 1.200 municípios, com um total de 6.508 médicos advindos do provimento emergencial. Sobre o perfil de médicos, a maioria é do sexo feminino e com faixa etária entre 45 a 49 anos (BRASIL, 2015; GONÇALVES et al., 2016; NOGUEIRA et al., 2016).

O estudo realizado por Nogueira et al. (2016), caracterizou a distribuição de profissionais advindos do PMM na região Nordeste e apontou que, mesmo com o quantitativo de profissionais alocados, não houve uma variação significativa no indicador médico por habitantes, atribuído à histórica dificuldade de distribuição e fixação de médicos. É observado, no estudo, que os municípios classificados como de extrema pobreza estão entre os mais beneficiados pelo programa. Concluiu que o PMM é uma importante iniciativa para suprir a carência de profissionais, além de pensar estratégias para fortalecer a formação médica, como apontam diferentes estudos.

Lima et al. (2017) identificaram resultados semelhantes ao estudo de Nogueira et al. (2016), ao relatarem que a formulação de políticas e programas pode gerar mudanças no cenário da saúde da população, porém o programa não será a solução da escassez de médicos em áreas mais vulneráveis e na resolutividade das necessidades da Atenção Primária no país.

Publicações que analisaram o panorama da produção científica demonstraram que a maioria dos estudos analisados se debruçou no processo de implantação e na efetividade do programa, tendo como objeto de estudo o provimento emergencial. Sugerem mais investigações, por ser um programa de implantação recente, sendo necessária a mensuração dos impactos em longo prazo, além de produções que explorem áreas cientificamente pouco exploradas, como a formação profissional e a infraestrutura. Converte em dizer que o PMM é considerado uma política exitosa e de potente impacto (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; MEDINA et al., 2018).

Estudos de revisão da literatura identificaram que o programa foi uma iniciativa positiva, indicando resultados na ampliação do acesso, na redução das iniquidades, na satisfação dos usuários e nas práticas voltadas à humanização do cuidado. São identificadas, também, melhorias no processo de trabalho e no cuidado integral (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; MACIEL-LIMA; HOROCHOVSKI; RASIA, 2017).

As práticas da Atenção Primária relacionadas com a implantação do PMM, foram evidenciadas em diversos estudos, destacando-se que o programa é um catalisador de elementos na APS. Foi identificada a ampliação do vínculo entre a equipe e usuários, o aumento do número de atendimentos médicos, a realização de visitas domiciliares, ampliando a melhoria das condições de saúde da população, antes desassistida (COMES et al., 2016b; GIRARDI et al., 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017a, 2017b).

Foi demonstrado, em um estudo com entrevistas aos profissionais médicos do PMM, que eles compreendiam o perfil de saúde do seu território, tendo as doenças ligadas com a maior situação de vulnerabilidade social, mesmo que a hipertensão, diabetes e as doenças crônicas degenerativas serem as mais comuns. Essa compreensão influenciou na tomada de decisão das ações desenvolvidas e na prática médica (GIRARDI et al., 2016).

Gonçalves et al. (2016) realizaram um estudo na região Nordeste, cujo objetivo foi avaliar a efetividade do PMM por meio do indicador de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). O estudo sugeriu que o PMM pode ter influenciado na queda do indicador, por ter apresentado melhoria na assistência, ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, o acesso da população aos serviços de saúde. Os

autores apontam para a importância do conhecimento do perfil epidemiológico na provisão de médicos.

A infraestrutura e o adequado abastecimento de recursos materiais e insumos são essenciais para a condução das boas práticas na Atenção Primária, incluindo a motivação profissional e dos usuários da unidade (NORA; JUNGES, 2013). Um estudo identificou que unidades com médicos do PMM apresentavam melhores níveis de qualidade, porém, quando comparadas com as demais regiões do país, as regiões Norte e Nordeste apresentavam níveis inferiores na qualidade dessas unidades (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016). Maciel-Lima et al. (2017) identificou que a infraestrutura inadequada e uma política adequada de gestão de pessoas, são pontos limitantes do programa.

Quanto à política de gestão de pessoas e a regulação do trabalho, Carvalho, Marques e Silva (2016) destacaram que deve ser dada maior atenção ao apoio pessoal e profissional, visto que o investimento é baixo e contribui para a precarização de vínculos, quando analisaram se o Programa Mais Médicos contemplava as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da sistematização de 16 recomendações, divididas em quatro categorias.

Um estudo qualitativo que analisou a percepção dos usuários e profissionais dos SUS do PMM, realizado em um município de pequeno porte em São Paulo, evidenciou que o programa teve grande aceitação por parte dos sujeitos, proporcionando resolutividade, possibilitando o alcance da integralidade, universalidade e equidade no SUS (CARRAPATO et al., 2016).

Silva et al. (2017) analisaram a percepção de médicos cooperados em 32 municípios brasileiros e identificaram que esses profissionais se encontravam motivados em trabalhar na Atenção Primária, independentemente de estarem em áreas mais distantes. Quanto à percepção dos gestores, destacaram-se avanços em melhores condições de acesso na atenção, porém chama atenção as atitudes que direcionam para a sustentabilidade do programa (ARRUDA et al., 2017).

Percebendo o comportamento da comunidade científica em estudos na saúde pública que têm se debruçado para avaliar o Programa Mais Médicos, seus impactos e efetividade, estudos publicados recentemente vêm traçando o perfil e o comportamento do programa, as potencialidades e os desafios no contexto da melhoria da atenção primária.

Os estudos citados evidenciam que são necessários mais estudos sobre o programa mais médicos, levando em consideração os retrocessos pelo qual passam as políticas públicas, o qual ameaçam diretamente o direito à saúde. Os achados impulsionam o desbravamento de

mais estudos nos estados nordestinos, em especial as capitais, pois foram áreas elegíveis para o recebimento de médicos do PMMB. Fazem-se necessários estudos com o olhar qualitativo, pois auxiliam na compreensão da implantação do provimento emergencial do PMM, podem apontar as potencialidades e fragilidades, com maior profundidade, por trazerem as percepções, os significados e sentidos dos atores sociais, em especial nas cidades de grande porte.

3 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do presente estudo.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o eixo Provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador, a partir da percepção dos profissionais médicos do PMM e gestores da saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o processo de implantação do Provimento emergencial do Programa Mais Médicos a partir da percepção dos profissionais médicos do PMM e gestores da saúde;
- b) Sistematizar as potencialidades e fragilidades quanto à implantação do provimento emergencial, a partir dos discursos de gestores e profissionais médicos do PMM.

4 MÉTODO

Este estudo é integrante do projeto de pesquisa “Iniciativas Inovadoras na Organização das Redes Assistenciais e Regiões de Saúde e seu Impacto na Estruturação da Oferta no SUS: Um estudo avaliativo”, financiado pelo CNPq e coordenado pelo Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS) da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, tendo como campo de pesquisa a região Nordeste.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é caracterizado como estudo de caso, no qual o interesse foi de aprofundar-se nos elementos acerca do Programa Mais Médicos em Salvador - BA, por meio de um desenho qualitativo.

Segundo Yin (2005, p. 17) “o estudo de caso é a estratégia ideal quando o desejo é uma investigação de um fenômeno contemporâneo ‘o caso’ em profundidade em seu contexto de um mundo real”. Para esta pesquisa, considerou-se o município de Salvador como o “município caso”, para a avaliação do eixo Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos.

Como o principal interesse são as percepções dos atores sociais – profissionais médicos do PMM e gestores – a respeito das vivências em relação ao Programa Mais Médicos em Salvador, a abordagem adotada foi o método qualitativo. Essa metodologia, é considerada modelo ideal por interpretar o que os seres humanos percebem sobre a concepção do mundo, suas relações, atitudes, opiniões (MINAYO, 2010), levando em consideração que os atores sociais são elementos chaves para a avaliação de programas e serviços de saúde e fazem parte do seu processo de organização (TANAKA E MELO, 2004).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estado da Bahia está localizado na região Nordeste, ocupa uma área de 564.732,450 km², é o quinto estado em extensão territorial do país, correspondendo a 6,63% de todo território brasileiro e 36,3% da região Nordeste. No último censo, realizado em 2010, a população registrada foi de 14.016.906 habitantes. No ano de 2017, a população estimada foi

de 15.344.447 habitantes, ocupando o quarto lugar dentre os estados mais populosos do país. Possui uma densidade demográfica de 24,82 hab/km² e é constituído por 417 municípios, sendo 57% desses municípios considerados de pequeno porte, ou seja, possui, cada um, menos de 20 mil habitantes. Apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,660, ocupando a 22ª posição no ranking nacional (IBGE, 2017).

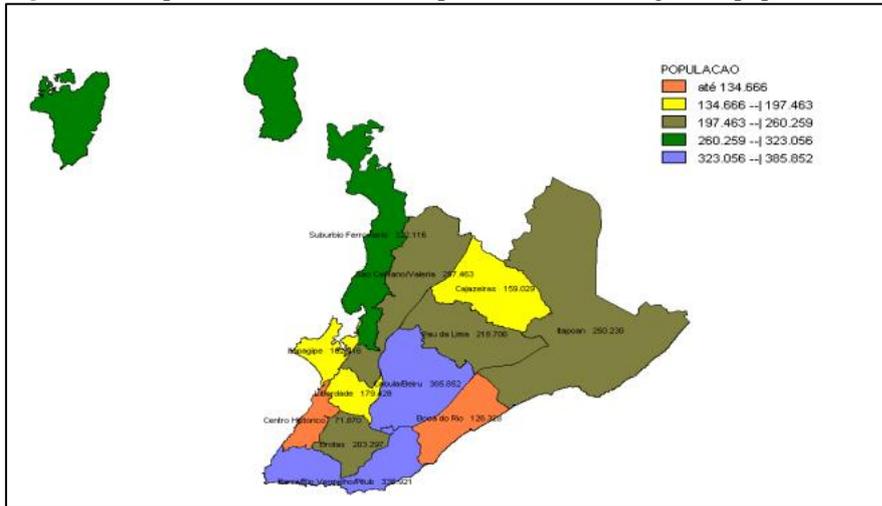
O Estado da Bahia está organizado em nove macrorregionais, subdivididas em 28 regiões de saúde. Cada macrorregional possui um Núcleo Regional de Saúde (NRS), totalizando nove cidades polos do Estado. Esse modelo, aprovado na Lei Estadual nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, alterou o cenário anterior da organização administrativa, em que foram extintas as 31 Diretorias Regionais de Saúde – DIRES, distribuídas em 31 cidades do Estado (BAHIA, 2014).

Segundo o Relatório de Gestão de 2017 (BRASIL, 2017b), a rede física pública e privada, que prestam serviços ao SUS, correspondem a 8.428 estabelecimentos de saúde. Sobre o número de leitos, o sistema de saúde possui 25.771 leitos SUS. Quanto à tipologia dos serviços, 3.415 são considerados Centros de Saúde/ Unidade Básica. O Estado apresenta a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica em torno de 77,44%. No ano de 2017 o Estado aplicou 13% da receita própria em saúde.

A capital, Salvador, no ano de 2017, tinha uma população estimada de 2.953.986 habitantes, onde 46,80% se consideravam pardos e pardas, 25,18% pretas e pretos e 26,54% brancos. A capital é dividida em 10 regiões administrativas, conhecidas como prefeituras bairros e 12 Distritos Sanitários de saúde. O perfil de mortalidade acompanha o cenário nacional, onde a maior causa de morte se dá por doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, as neoplasias e as causas externas (SALVADOR, 2018; BRASIL, 2017b).

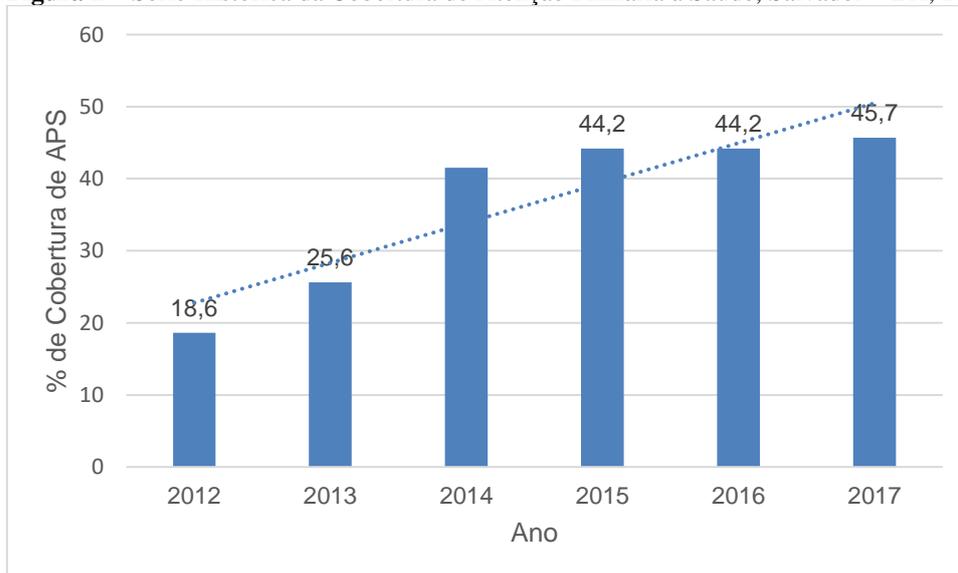
A rede de saúde da capital baiana corresponde a 2.986 estabelecimentos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sendo 121 unidades da atenção primária, onde 46 são UBS e 75 USF. Possui 250 equipes de saúde da família e o indicador de cobertura populacional estimada em Atenção Básica de 45,7%. Em 2017, o município aplicou 19,88% da receita própria em saúde, ultrapassando o limite constitucional (BRASIL, 2017).

Figura 1 – Mapa da cidade de Salvador por densidade demográfica populacional.



Fonte: Salvador (2018).

Figura 2 – Série Histórica da Cobertura de Atenção Primária à Saúde, Salvador – BA, 2012-2017.



Fonte: Salvador (2018).

A escolha do local do estudo se deu, primeiramente, pelo interesse da pesquisadora em estudar o provimento emergencial do Programa Mais Médicos em locais com escassez de médicos, chamando a atenção da autora que a cidade de Salvador no Estado da Bahia, foi o território nordestino com o maior incremento de médicos.

Além disso, Salvador possui uma baixa cobertura populacional na Atenção Primária e alta vulnerabilidade social. Nesse sentido, nasceu a iniciativa de analisar o processo de

implantação, as potencialidades, fragilidades do provimento emergencial do PMM na capital baiana, a partir da percepção dos gestores e profissionais médicos do PMM.

4.3 COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA

Este estudo utilizou, como fonte de dados primários, o banco de dados da pesquisa qualitativa que integra o projeto de pesquisa. Foram incluídas, neste estudo, oito entrevistas pertencentes do banco de dados, os quais estavam gravadas e arquivadas em computador e na nuvem. Sendo assim, compõem o estudo os seguintes entrevistados: quatro (4) profissionais médicos do Programa Mais Médicos que atuavam em Salvador, dois (2) Gestores da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e dois (2) Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

O período da coleta se deu em agosto de 2017, na cidade de Salvador, e foi realizada pelos pesquisadores integrantes do grupo de pesquisa GPEPS. Todas as entrevistas ocorreram nas dependências de cada instituição cujo entrevistado fazia parte. Os gestores estaduais e municipais foram entrevistados nas Secretarias de Saúde estadual e municipal, respectivamente, assim como os profissionais médicos integrantes do Projeto Mais Médicos pelo Brasil foram entrevistados nas suas unidades de saúde em que trabalhavam.

As entrevistas se deram por meio de roteiros semiestruturados, conforme os Apêndices A, B e C. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – e permitiram a audiogravação das entrevistas.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O primeiro momento de aproximação da pesquisadora com o banco de dados se deu por meio da escuta dos áudios e transcrição das entrevistas. Foram levadas em consideração a manutenção e preservação da confidencialidade das informações. Para a manutenção do sigilo, os atores entrevistados foram identificados por numeração. Importante destacar que durante uma transcrição das entrevistas realizadas aos gestores, foi identificada a presença de dois atores, participando da entrevista simultaneamente. Sendo assim, este estudo adotou como classificação destes entrevistados Gestores 03 e 04.

A análise das entrevistas foi realizada sob a ótica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), seguindo as três etapas de análise: 1ª etapa: pré-análise e exploração do material; 2ª etapa: tratamento dos resultados; 3ª etapa: a interpretação e análise dos resultados.

A análise de conteúdo:

É um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou com maior rigor, será um único

instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011 p. 37).

A primeira fase da análise do conteúdo da pesquisa se deu organizando, sistematizando e operacionalizando os dados (BARDIN, 2011). As transcrições das entrevistas compuseram o *corpus* documental. Durante a fase das transcrições, os conteúdos dos áudios dos entrevistados foram digitados no programa Microsoft Word®, versão 2010, armazenados em computador e na nuvem, e arquivados pelo grupo GPEPS. A partir da escuta e digitação do material, a leitura flutuante do corpus documental foi realizada, o que permitiu conhecer o panorama do conteúdo das entrevistas, gerando as primeiras impressões.

A segunda fase correspondeu a uma maior exploração do material. Com a realização de leituras exaustivas, foram sendo esboçadas as primeiras codificações (BARDIN, 2011). Nesse momento, foi utilizado o sistema de planilhas eletrônicas Microsoft Excel®, versão 2010, para o refinamento dos conteúdos como um “acervo”, onde progressivamente os elementos do material coletado foram recebendo as primeiras classificações. Essa etapa permitiu compreender falas semelhantes dos diferentes atores sociais, condensando-as nessas classificações, a partir dos objetivos do estudo.

Na terceira fase, foram aprofundadas as interpretações das falas. As categorias foram criadas e recriadas por diversos momentos, na medida em que eram feitas diversas consultas e releituras do material. A partir das classificações que emergiram na fase anterior foram posteriormente sendo agrupadas em categorias conceituais, respondendo os objetivos do presente estudo.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa “Iniciativas Inovadoras na Organização das Redes Assistenciais e Regiões de Saúde e seu Impacto na Estruturação da Oferta no SUS: Um estudo avaliativo”, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAEE N° 30694814.1.0000.5208 (ANEXO A), em atenção aos pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução n° 466/12 e do Conselho Nacional de Saúde, Resolução N° 512/2016.

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), que descreve todas as informações sobre a pesquisa, e afirma que a participação no estudo é voluntária, sem recebimento de nenhum valor ou gratificação, garantindo o direito ao anonimato e sigilo das informações fornecidas pelos entrevistados. Observando os aspectos éticos, a Carta de Anuência foi assinada pelos representantes da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentadas as percepções dos profissionais e gestores estaduais e municipais, a partir da análise de duas temáticas: (i) *O processo de implantação do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador* (ii) *Potencialidades, e fragilidades do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador*.

Com intuito de facilitar a compreensão das categorias encontradas, após a análise dos dados, os resultados foram agrupados no quadro, conforme segue:

Quadro 3 – Resumo das categorias temáticas trabalhadas sobre a análise do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador, 2019.

TEMAS	SUBTEMAS	CATEGORIAS
<i>O processo de implantação do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador</i>	–	Tensões, resistências e embates acirrados no “nacer” do Programa Mais Médicos
	–	Receptividade da Gestão Municipal e Estadual para receber os médicos do provimento emergencial
<i>Potencialidades e fragilidades do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador</i>	Potencialidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador	Perfil profissional convergente com os princípios da Atenção Primária
		Contribuição do PMM na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família
	Fragilidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador	Deficiências na formação continuada
		Falta do cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo
		Carência de investimentos na infraestrutura, insumos e recursos materiais
		Instabilidade do provimento emergencial e do PMM

Fonte: A autora, 2019.

5.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROVIMENTO EMERGENCIAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SALVADOR

Nesta seção serão abordados os resultados e discussão de como se deu o processo de implantação no PMM em Salvador. Estarão divididos em duas categorias: Tensões, resistências e embates no nascer do Programa Mais Médicos e Receptividade da gestão municipal e estadual para receber os médicos do provimento emergencial.

5.1.1 Tensões, resistências e embates acirrados no “nascido” do Programa Mais Médicos

A implantação do Programa Mais Médicos em Salvador se deu no ano de 2013. Nas falas dos gestores houve relatos de tensões, resistências e embates acirrados, por parte de diversos atores da sociedade. Para os gestores, as resistências se davam principalmente com a vinda dos médicos cooperados de Cuba e os intercambistas individuais. Foi observada na fala do entrevistado, a questão da reserva de mercado da carreira médica e conflito de interesses políticos. Muitos atores se posicionavam e demonstravam resistência a implantação do Programa Mais Médicos.

O início foi extremamente polêmico, muito polêmico. Nós tivemos algumas audiências públicas, uma inclusive dentro do Ministério Público do Estado, que inclusive essa foi o marco, muito interessante.[...] E aí isso se acirrou muito, teve muitos embates, participei de alguns, muitas acusações, muitas delas infundadas, muito ligadas a questões políticas. E tinha uma questão muito clara, que é uma reserva de mercado [...] (Gestor Estadual 01).

O gestor pontuou em sua fala que as resistências e as tensões aparentavam cunho político, que poderia estar associado ao período eleitoral de 2014.

[...] então, teve muita resistência, e que a gente teve conforme foi chegando estes profissionais junto com outros profissionais brasileiros, e foi reduzindo esse tensionamento. Depois que a eleição passou, acho que ficou menor essa pressão. Porque tinha isso, tinha uma situação bem clara, que era uma situação bem eleitoreira, né? (Gestor Estadual 01).

O profissional médico do PMM destacou em seu discurso, que havia falta de informação, distorção e manipulação dos canais de comunicação quanto ao processo de implantação do PMM.

[...] inicialmente a gente não tinha visto com bons olhos, porque seriam médicos estrangeiros que viriam, quando na verdade o que faltava era investimento na atenção básica pra atrair os médicos brasileiros[...]desde a faculdade já era uma intenção de entrar no programa (Médico 01)

As tensões, resistências e embates acirrados evidenciados nos discursos dos gestores e profissional médico, durante o período de implantação do Programa Mais Médicos em Salvador, foi semelhante ao comportamento evidenciado no restante do país. A pulverização e a constante exposição da mídia pode ter sido a principal alavanca para importantes debates na sociedade (SEGALIN, 2013; LUZ; CAMBRAIA; GONTIJO, 2015; KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Corroborando com os achados dos discursos do gestor e do profissional médico, o estudo de Segalin (2013) analisou de que forma as notícias veiculadas na revista Veja contribuiu para a formação da imagem do PMM. A autora identificou, na análise textual, um

tom de negatividade, ironia e descrédito dado ao programa, e que não passaria de uma jogada eleitoral. Além disso, na maioria das notícias, foi observado que há um posicionamento contrário e crítico ao governo e ministros da época, com tons de deboche e negatividade, principalmente com a chegada de médicos vindos da cooperação internacional, os cubanos, e os intercambistas individuais.

Alessio e Sousa (2017) evidenciaram importantes elementos de tensão quanto à implantação do PMMB. Dentre eles, o posicionamento contrário e as constantes críticas advindas das entidades médicas como a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), cujo argumento se dava que a implantação do programa de deu como um ato impositivo e impensado proposto pelo governo federal. Este posicionamento fortalecia a depreciação do programa, considerando como inconstitucional e acionando diversas disputas judiciais para o impedimento do programa.

As críticas e o posicionamento contrário ao Programa Mais Médicos, amplamente divulgado pela mídia e entidades médicas foi um marco essencial de direcionamento nas opiniões de diversos atores sociais. Se fez presente discursos pejorativos com um tom de preconceito. Além do receio da quebra de reserva do mercado ao profissional médico, principalmente com a vinda dos médicos estrangeiros (SEGALIN, 2013; LUZ; CAMBRAIA; GONTIJO, 2015).

A manipulação da mídia no que tange a veiculação de notícias que soavam tom pejorativos ao programa, reforçava o apoio da população, principalmente para àqueles que não são dependentes do SUS. Percebeu-se que no período de implantação do PMM, em especial o provimento emergencial, houve uma ampliação das manifestações populares, hostilização e repercussão negativa, ao governo da época (SEGALIN, 2013; LUZ; CAMBRAIA; GONTIJO, 2015).

No momento de implantação do programa, no ano de 2013 em Salvador, os Governos do Estado e Municipal da Bahia e Salvador tinham representação no poder executivo políticos com posicionamentos ideológicos diferentes. Também foi observado uma carência histórica do profissional médico e uma baixa cobertura da Atenção Primária na capital baiana.

Santana e Vilasbôas (2018) evidenciaram em seu estudo avaliativo sobre a implantação do Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB, prejuízos à APS quanto à escassez de médicos, sugerindo a importância de programas que valorizam a provisão de profissionais em especial na APS, e que o PROVAB na Bahia, foi essencial para o fortalecimento da APS na provisão de profissionais a fim de minimizar a carência profissional na Bahia.

Semelhante aos achados evidenciados por Santana e Vilasbôas (2018), os discursos acima sugerem que no momento da implantação do Provimento emergencial em 2013, houve o esforço e a disponibilidade da gestão estadual e municipal para enfrentar a rejeição instituída e institucionalizada por diversos atores sociais e implantar o Programa Mais Médicos em Salvador.

Também foram evidenciados a partir do diálogo dos entrevistados, que esta resistência e tensionamento quanto à implantação do provimento emergencial do PMM se deu pela falta de informação e comunicação quanto ao provimento emergencial de médicos nas áreas mais vulneráveis da capital baiana, somado ao posicionamento das instituições médicas, o qual tangenciava para que essa resistência ao programa fosse de cunho político e ideológico.

As instituições médicas contrárias ao programa sabiam que o provimento emergencial tinha finitude e que o maior objetivo do PMM seria à longo prazo, com a instituição do outro pilar do PMM, que seria a reforma no ensino médico, voltado a atender as demandas do SUS, centrado na melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde.

5.1.2 Receptividade da Gestão Municipal e Estadual para receber os médicos do provimento emergencial

A fala do gestor estadual pontou que para implantar o provimento emergencial do PMM, a Secretaria de Saúde e a Escola de Saúde Pública Estadual foram as ferramentas estratégicas para implantar o Programa Mais Médicos:

A SESAB, eu diria que no Estado da Bahia, a SESAB ela funciona como uma ferramenta estratégica indispensável para o sucesso do programa, tá? Porque, diferentemente de outros estados, as instituições supervisoras elas foram assumidas, na grande maioria dos estados, por universidades, por instituições de ensino superior, na Bahia em 2013 isso não aconteceu no primeiro momento e a SESAB e o PMM não teria progredido se não fosse a vontade política do governo na época[...] a Escola Estadual de Saúde Pública abraçou o PMM” (Gestor Estadual 02).

As falas dos gestores estadual e municipal de Salvador sugeriram que houve uma preparação e estruturação da equipe para recepcionar os médicos do provimento emergencial. O trabalho de forma articulada foram essenciais para alavancar e implantar o provimento do Programa Mais Médicos na atenção primária. Destaca-se o papel de negociação, diálogo entre os entes federativos, foram essenciais desde o início da implantação do programa:

É uma equipe fantástica, com uma lógica diferente de trabalhar, que é com apoio institucional [...] São mais de 100 trabalhadores na diretoria de atenção básica do estado. A gente acabou [...] assumindo isso, erámos nós que acabava negociando com o Ministério da Saúde, inclusive, e assim desde o início [...] então quando o município não fazia aquilo que tá preconizado nas portarias [...] essa diretoria acaba entrando em contato com o gestor municipal pra poder reduzir esse tipo de animosidade [...] (Gestor estadual 01).

[...] de uma forma geral, em termos das responsabilidades eu acho que a gente conseguiu se alinhar muito com as questões que o ministério vem colocando, e a gente tem um diálogo bem próximo, tanto na parte da supervisão a nível estadual quanto com o nível nacional a gente consegue costurar esse diálogo, mesmo o que são as questões daqui (Gestores da SMS 03 e 04).

Os discursos dos gestores e da profissional do PMM sugerem ter havido uma receptividade da gestão para o recebimento dos médicos do PMM. A fala do gestor estadual demonstrou que todos os médicos do programa foram recebidos, acolhidos e apresentados aos prefeitos dos municípios e as Secretarias de Saúde. A gestão municipal de Salvador e os profissionais médicos referiram realizar reuniões de boas vindas o qual, recepcionou e apresentou a rede de saúde e o funcionamento da APS no município:

Desde o início, a gente foi uma das diretorias que acolheram eles. Recebi todos os médicos estrangeiros, todos eles. [...] Fizemos todo o processo, a gente fez questão de ter um momento com eles, pra explicar como se estrutura a saúde na Bahia [...] A gente fez o acolhimento regional deles, e fazia também um evento pra poder apresentar aos prefeitos e secretários de saúde [...] pra virem aqui pra assinar um termo de responsabilidade e levar estes médicos até os municípios [...] (Gestor Estadual 01).

Todos os profissionais que chegam eles não vão pra unidade sem passar pelo acolhimento, eles passam pelo acolhimento que geralmente é de uma semana, né, então a gente [...] a gente procura levar a apresentação dos campos temáticos de quais são os trabalhos e as ações que vão ser desdobradas para dentro da Atenção Primária, além disso, temos a apresentação [...] que é essa rede no município [...] lugar que eles estão chegando quantas unidades tem, quantos profissionais, é uma espécie de aproximação [...] também nós utilizamos os espaços da locorregional para fazer algumas discussões[...] (Gestores da SMS 03 e 04).

Aqui, desde o início eu fui bem acolhida pela secretaria municipal, fui logo apresentada de como é os fluxos de Salvador, embora a gente tenha alguns entraves nesses fluxos. [...] então a gente consegue que dentro da unidade se articular melhor como acontece diretamente com a secretaria [...] (Médica do PMM 02).

Para os gestores municipais, a recepção dos médicos do PMM proporcionou uma maior autonomia e articulação entre os diferentes entes federativos quanto à implantação e funcionamento do programa. Destaca-se no discurso da gestão municipal, que foi realizada uma reunião com os gestores do governo federal, a fim de solucionar ruídos de comunicação, como barreiras na execução do programa, nos aspectos gerenciais, cumprimento da carga horária e advertências aos profissionais. Os municípios foram orientados a realizar o monitoramento dos profissionais na execução das atividades na atenção primária:

Essa questão de autonomia, tivemos uma reunião [...] aquela que foi com o governo federal e o município tem autonomia para dizer a ele: você tem que cumprir isso daqui, e dá advertência. Então assim, pra gente hoje, deu um empoderamento até pra poder fazer esse diálogo com o médico [...] a dificuldade era que o médico respondia pra gente... olhe... que eu não trabalho pra Salvador eu trabalho pro ministério da saúde e ela disse não tem problema... eu venho numa reunião, boto todos numa sala e digo pra quem que eles trabalham, e ela veio. Então... isso dá um outro lugar para o município [...] (Gestores da SMS 03 e 04).

Na instituição de ações de tutoria e supervisão, o gestor estadual pontuou que dialogar com diferentes ideologias partidárias foi essencial, para assumir a tutoria em Salvador, considerando que os governos estadual e municipal, na época, eram exercidos por partidos políticos de ideologias diferentes. Além disso, o município tinha o maior quantitativo de médicos do provimento emergencial:

[...] Pra ser o tutor de Salvador por quê? Porque Salvador é uma cidade grande é a terceira ou quarta cidade do país onde se concentra talvez o maior PIB o estado, onde atualmente temos uns 120 médicos [...] e que todo mundo queria vir pra Salvador... Médicos, supervisores e tutores e na época o que aconteceu, é que todos começaram a ter uma quantidade de médicos vindo pra cá [...]Na época a gente precisou de pessoas que pudessem conversar com os dois lados [...]o que o diálogo é... digamos assim suprapartidário (Gestor estadual 02).

Na fala dos gestores e profissionais da Bahia e da capital Salvador emergiram que houve a preparação para o recebimento dos profissionais do provimento emergencial do Programa Mais Médicos assim como a articulação com os entes federativos, baseados no diálogo foram estratégias essenciais para o trabalho articulado, no processo de implantação do PMM em Salvador.

Os discursos sugerem vontade da gestão governamental em fortalecer a atenção primária, a partir do momento que se percebe a mobilização da gestão, a recepção dos profissionais médicos e a vontade em implantar o PMM, na capital baiana.

A partir dessa articulação entre governo e profissionais médicos do PMM, pode-se denotar a presença do tripé de governo, conforme propõe Matus (1993). Governança, por apresentar apoio e abertura política para implantação do programa; projeto de governo, onde os anseios da gestão e as necessidades coletivas convergiam para a provisão dos profissionais; e capacidade de governo, no qual os atores da gestão da época tinham experiência e formação ideal, que se alinhava com a execução da proposta do PMM, sendo capazes de promover essa receptividade à implantação do programa.

O diálogo, a autonomia, e o trabalho articulado entre os diferentes entes federados e atores sociais, foram fundamentais para realizar a receptividade, o apoio e a execução das ações do programa, apontando que o PMM trouxe uma importante contribuição na aproximação da comunicação, atributo importante para a construção de posicionamentos, deliberações e tomada de decisão das ações de saúde (MULLER NETO; ARTMANN, 2012). O PMM aproximou os espaços de diálogo e na coordenação da ação entre profissionais, gestão e sociedade.

Lotta, Galvão e Favareto (2016) afirmaram que, apesar do programa ter centralidade no governo federal, há atribuições e responsabilidades dos entes federativos e que houve avanços na coordenação e ação desses entes, como ocorreu em Salvador. No entanto, o federalismo no Brasil, centralizado, ainda prejudica a produção de uma política de saúde em nível local. Em especial na atenção primária, a centralidade prejudica a coordenação das ações, acentuando as disparidades nas regiões brasileiras (RIBEIRO et al., 2018). Talvez o PMM possa ser uma política que avançou nesse processo, mesmo sendo a contratação dos médicos do programa pelo nível federal.

Pode-se denotar que apesar da receptividade da gestão em receber os médicos do programa, conforme os discursos dos entrevistados há falhas no processo de trabalho que se tornam um desafio em sanar num curto espaço de tempo, entre recepcionar e a atuação destes profissionais nas unidades de saúde. Algumas questões são novas, o qual veio com o provimento do PMM, a exemplo da implantação das tutorias e supervisões acadêmicas, bem como, o formato de contratação ser centralizada no nível federal e os médicos atuarem no nível municipal.

Com a implantação do provimento emergencial do PMM, percebe-se a imposição de novos desafios que exigem uma maior preparação e organização das gestões estaduais e municipais nas tomadas de decisões.

A partir das evidências apontadas nas falas dos entrevistados, houve uma estruturação e organização de Salvador para receber os médicos do programa. Evidencia-se maior aproximação entre os entes federativos mais diálogo nas diferentes instâncias e gestões, fortalecendo assim o processo de trabalho da atenção primária.

5.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROVIMENTO EMERGENCIAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SALVADOR

Os resultados a seguir, foram estratificados nas subtemáticas: “Potencialidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador” e “Fragilidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador”

5.2.1 Potencialidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador

Os relatos a seguir referem às percepções dos profissionais e gestores sobre as potencialidades do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador, surgindo assim as categorias: Perfil do profissional convergente com os princípios da Atenção

Primária e Contribuição do Programa Mais Médicos na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

5.2.1.1 Perfil do profissional do PMM convergente com os princípios da Atenção Primária

Ambos os gestores municipais e estaduais destacaram em suas falas que os profissionais do PMM já vieram com o perfil mais aproximado, convergente e preparado para atuarem na atenção primária. Ressaltaram que é perceptível a diferenciação na formação do ensino profissional e vivências com a APS entre os médicos intercambistas individuais, os cooperados e os brasileiros.

Foi relatado nas falas que os profissionais que se formaram em universidades estrangeiras apresentam uma maior proximidade com a atenção primária, especialmente os médicos intercambistas com formação nas universidades da Argentina e Cuba. Os entrevistados fizeram uma crítica, sinalizando que a formação do ensino médico no Brasil ainda se encontra centrada no modelo assistencial, na alta especialidade e hospitalocêntrico.

Alguns se formaram em cuba, então a gente percebe que muitos vêm com o perfil de atenção primária. Temos formados na Venezuela, na Argentina, alguns formados no Paraguai no Uruguai, então assim a gente percebe a diferença, mas na verdade, eu como médica que visitei tecnicamente esses médicos, os formados em Cuba, na Argentina, são mais bem preparados [...] (Gestores Municipais 03 e 04).

[...] Os profissionais do PMM já vieram agregando, ou seja, já tem uma questão quantitativa, mais trabalhadores ampliando a condição do acesso [...] existe uma diferenciação de médicos que são intercambistas cooperados, intercambista individual e médicos brasileiros. São três perfis diferentes. E aí os médicos brasileiros, eles ainda não têm esta concepção de acompanhamento longitudinal, ações preventivas, de responsabilidade territorial [...] os cooperados já vem com esta orientação. Os intercambistas individuais [...] aqui tivemos médicos suíços, portugueses, angolanos, argentinos, uruguaios, venezuelanos, bolivianos, [...] E eles se aproximavam muito do perfil dos médicos cubanos. [...] a gente faz a crítica com a nossa formação no Brasil, pela perspectiva de que qual foi o momento que a gente fez essa escolha entendeu? [...] que é um modelo muito mais especializado, um modelo centrado em procedimento [...] a gente ainda precisa mudar. (Gestor estadual 01).

[...] um dos ganhos do Mais Médicos é o ganho subjetivo [...] Qual a herança que esses médicos estavam deixando pra Bahia? E era muito relacionada a esse jeito de assistir às pessoas. De dar atenção às pessoas. De se colocar no lugar delas na mesma condição que elas enquanto ser humano [...] (Gestor estadual 01).

No discurso do gestor abaixo, sinalizou a fala de um conselheiro usuário do SUS, no qual pontuava a maneira de atendimento dos médicos estrangeiros e a ânsia da população por médicos em suas unidades:

[...] Ele trouxe muito da necessidade que é a presença do médico falando sobre o sentimento que a população tinha [...] e que não era só ter o médico no posto, mas era ter um médico que falasse com ele, que fizessem os exames neles, que pegassem neles que falassem olho no olho deles [...], e questionaram eles que estes médicos não falavam a língua brasileira, não falavam português. ele disse que o povo era sábio, e que eles aprenderiam a falar se comunicar com eles. [...] (Gestor Estadual 01).

Os gestores entrevistados nesta pesquisa descreveram um perfil profissional médico mais aproximado ao que é preconizado pela APS, evidenciando as questões subjetivas. A presença de diferentes profissionais, na atenção primária, como a exemplo dos cubanos, contribuiu nos diferentes saberes e experiências no Programa Mais Médicos. Este fato pode ser considerado como um dos importantes ganhos no provimento emergencial.

Estudos evidenciaram que a distribuição de médicos em populações desassistidas contribuiu na redução das iniquidades sociais. Para além do legado dos médicos com maior vivência com a APS, em especial os cubanos, apresentam características mais humanísticas: o contato, o olho no olho, o senso de responsabilidade nas ações e o compromisso com o trabalho desenvolvido semanalmente são elementos que alavancaram e contribuíram para o fortalecimento da atenção primária (SILVA et al., 2017; SANTOS et al., 2019).

Silva et al. (2017), ao entrevistarem médicos cubanos, identificaram resultados semelhantes quanto as evidências aos aspectos relacionados aos atributos da atenção primária. Outros estudos evidenciaram a relação terapeuta-paciente, o olhar clínico ampliado na avaliação médica e a redução do tempo de espera de consultas, têm sido demonstrados como pontos positivos, elevando o grau de satisfação de usuários e trazendo melhorias para a APS (CARRER et al., 2016; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Em um estudo publicado em 2015, no qual foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais nos municípios brasileiros, foi evidenciado que o programa ampliou a capacidade de responder a demandas da população no território, com maior celeridade e cuidado continuado, além promover a integração da equipe, proporcionando maior organização do processo de trabalho, o que contribui no fortalecimento da atenção primária no Brasil (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Santos (2015) evidenciou no estudo de análise da integralidade de médicos Cubanos a percepção dos usuários, que os profissionais Cubanos se aproximavam com os pressupostos da integralidade. Os achados indicaram a garantia do acesso a consultas sem agendamento prévio, escuta qualificada, responsabilização do cuidado, confiança. Por outro lado, o estudo demonstrou uma formação brasileira elitista, distanciada das necessidades dos usuários e dos preceitos da atenção primária.

5.2.1.2 Contribuição do Programa Mais Médicos na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família

Para os profissionais médicos e os gestores do município de Salvador, o provimento emergencial do PMM trouxe uma importante contribuição na ampliação da cobertura da

Estratégia de Saúde da Família em áreas mais remotas e de alta vulnerabilidade social. Foi considerado como um dos principais ganhos para a população de Salvador, podendo desafogar as urgências e emergências e reduzir as iniquidades sociais. Além, do salto evidenciado no quantitativo de equipes de saúde da família:

Em 2013 a gente começou com o PROVAB[...] daí a gente foi diminuindo o PROVAB e aumentando o Mais Médico né. Na verdade, começou o PROVAB em fevereiro de 2013, e o Mais Médico em julho [...] em 2012 nós tínhamos 104 equipes de saúde da família. Aí com esses primeiros Mais Médicos a gente passou para 179 em 2013, hoje a gente tá com 250 equipes, [...] e aí que ajuda é claro, a sustentar essa cobertura porque minimamente ele tem aquele tempo ali fixo no serviço para desenvolver. Né o processo de trabalho dele então, teve um impacto em sua contribuição real, na cobertura (Gestores da SMS 03 e 04).

Essas áreas periféricas são áreas onde anteriormente ao programa não tinha muitos médicos [...] inclusive áreas de interiores, áreas indígenas, quilombolas e aí a população que anteriormente não era assistida por esses médicos procuravam diretamente nas UPAS, hospitais terciários, especialistas, às vezes até um cardiologista para tratar HAS primária, secundária, simples de serem tratadas na atenção básica, [...] Então desafogou um pouco o sistema[...] pra fazer consulta com o médico demorava pra marcar 3 a 4 meses, hoje consegue fazer o exame, então a população que antes não tinha essa assistência, agora tem, e isso melhorou bastante, inclusive ainda tem a melhorar porque a cobertura da atenção básica ainda é muito pequena pra demanda da população (Médico do PMM 01).

Os médicos pontuaram que as áreas “longínquas” eram prioridade para o recebimento de médicos do programa, por geograficamente serem áreas periféricas e de alta vulnerabilidade social em Salvador. Um fato, informado por eles, remeteu ao atrativo financeiro e vínculos precários ofertados, colocando como uma das maiores dificuldades em atrair profissionais para essas áreas, com o salário inferior ao que é ofertado pelo programa:

O bairro é dominado pelo tráfico de drogas como vários locais de Salvador. E é uma área assim “longínqua” de certa forma, é uma área de periferia e trazer pessoas pra trabalhar aqui sem um benefício que agrade, que seja atrativo seria mais complicado sem o PMM, como eu tô falando de valor financeiro ser menor antes do PMM, o que dificultava também tinha a questão da instabilidade, onde os médicos vinham pra ganhar pouco e ainda assim ser posto pra fora no mês seguinte, e ainda sem receber (Médico do PMM 01).

O Gestor Estadual pontuou a responsabilização sanitária na execução dos serviços quanto ao encaminhamento do usuário na rede de saúde, a partir da porta de entrada na APS, contribuindo na ampliação do acesso na estratégia de saúde da família:

Eu queria ressaltar, no ponto de vista da implicação e um senso de responsabilização sanitária desse profissional. Então uma implicação com essa questão da rede, qual é o segmento do usuário a partir do acesso à atenção básica, qual é o itinerário que esse usuário vai percorrer então essa implicação e responsabilização sanitária com relação a isso, é muito maior, quando se refere e se compara com um trabalhador nosso, brasileiro, um trabalhador que a gente já vivencia no cotidiano da saúde da família em algumas décadas. Então essa preocupação um pouco mais acentuada desse trabalhador, também é um diferencial (Gestor estadual 01).

A percepção do Gestor Estadual sobre a ampliação da cobertura da estratégia de saúde da família com o Programa Mais Médicos evidenciou o conhecimento real da demanda das

necessidades da população. O que foi sinalizado no discurso um aumento do gargalo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A grande questão é [...] com a presença do profissional médico, a tendência, que acho que foi no Brasil inteiro, que foi o aumento da demanda de média e alta complexidade. Porquê? Porque ampliou o acesso. Isso é inevitável, porque você amplia o acesso, as necessidades vão aparecendo e você vai precisar de mais medicamentos, mais exames, vai diagnosticar coisas não eram diagnosticadas e que vai precisar de fazer algum tipo de intervenção... então... A gente começa a trabalhar com uma demanda real, que antes não, que tinha uma demanda reprimida (Gestor estadual 01).

Na capital baiana, o provimento emergencial foi estratégico para potencializar a ampliação da cobertura da saúde da família, antes, baixa. Percebe-se pelo aumento do número de equipes: salta de 97 para 250, conforme relatos dos gestores.

A adesão a programas de provimento médico, como o PROVAB, inicialmente, e o PMM, posteriormente, demonstrou a importância dessa ampliação de cobertura e no incremento de médicos na estratégia de saúde da família de Salvador. Santana e Vilasbôas (2018) evidenciaram um grande impacto na provisão de médicos, quando avaliaram o grau de implantação do PROVAB na Bahia.

Nas falas dos gestores e profissionais foi identificada como potencialidades a importância do profissional médico em áreas mais vulneráveis e remotas, a responsabilidade da condução sanitária na ampliação da cobertura da atenção primária. Além disso, os entrevistados apontaram que o PMM em Salvador contribuiu na redução da procura pela rede de urgência e emergência.

Estudos desenvolvidos nos últimos anos (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015; KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016) apontaram resultados semelhantes quanto às repercussões positivas na ampliação da cobertura da atenção primária após a implantação do provimento emergencial no Brasil em áreas mais remotas do país.

Segundo o documento publicado pelo Ministério da Saúde, intitulado “Programa Mais Médicos – 2 anos: Mais saúde para os brasileiros”:

As regiões classificadas como prioritárias para o Programa foram definidas em função de um conjunto combinado de critérios, tais como: áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza; baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais entre outros (BRASIL, 2015 p. 43).

Os diálogos dos entrevistados no estudo foram bem semelhantes e alinhados com os critérios definidos pelo programa, conforme o documento citado acima. O estado da Bahia tem cidades com alto PIB per capita, como Salvador, porém com altos índices de violência,

com predomínio do tráfico de drogas e sem estrutura sanitária, assim como tem cidades distantes da capital, com IDH baixo. Ambos os casos apresentam similaridade na dificuldade de atrair e fixar médicos nos territórios.

Compreender a necessidade do programa em áreas de alta vulnerabilidade social é tão importante quanto à compreensão do perfil de saúde da população e a importância que o PMM trouxe na atenção primária. Os relatos sugerem que áreas com escassez de médicos aumenta a demanda nas urgências e emergências para tratar as comorbidades e suas complicações, que são tratáveis na atenção primária.

Semelhante ao encontrado nos diálogos no presente estudo, Silva et al. (2017) afirmou que as áreas de alta vulnerabilidade social com maior pobreza, onde o acesso à saúde é mais escasso, convivem, ao mesmo tempo, as doenças crônicas degenerativas e as doenças infecciosas. O Programa Mais Médicos pode estar contribuindo no atendimento destas demandas.

O estudo sinalizou que com a ampliação do acesso, a presença do profissional médico em Salvador, houve um aumento das necessidades de saúde, aumentando assim a demanda para a média e alta complexidade. Este cenário aponta que são necessárias estratégias de ampliar a articulação entre a atenção primária e a oferta de consultas e exames e apoio diagnóstico nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Estudos identificaram que, apesar do protagonismo da Estratégia de Saúde da Família no processo de organizar e marcar consultas e evidenciado ampliação do acesso a consultas médicas na ESF com a implantação do PMM (SILVA et al., 2016), ainda há dificuldades no acesso a média e alta complexidade, por persistir longas filas e presença de fichas na recepção das unidades, incentivando a disputa por vagas (LIMA et al., 2018; GARNELO et al., 2018).

Resultados semelhantes foram evidenciados em um estudo realizado no sertão do Rio Grande do Norte, e apontou que para a efetivação do acesso, é necessário o rompimento de paradigmas no modelo assistencial, predominantemente centrado na doença (SILVA et al., 2016).

Lima et al. (2018) realizaram um estudo sobre os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), relacionando com os atributos da APS. O estudo sugere que é necessário ampliar a comunicação e as tecnologias para integrar toda a rede de saúde. Ao comparar as avaliações dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, foi identificado uma melhoria na qualificação da atenção, porém cabem estudos para identificar se esse impacto pode ser resultado da implantação de programas como o PMM na APS.

O estudo aponta que o PMM foi uma importante iniciativa que contribuiu para a ampliação da cobertura na Estratégia de Saúde da Família, a partir da provisão de médicos em Salvador, quando se considera que quase metade dos médicos que compõe a Atenção Primária é do provimento emergencial.

Há desafios a serem enfrentados para melhoria da atenção primária e das necessidades da população. Foram identificadas dificuldades na continuidade do cuidado, nos encaminhamentos para a atenção especializada e no apoio de diagnósticos, bem como a persistência de longas filas e peregrinação dos usuários na rede de saúde, quando demandados para a média e alta complexidade.

5.2.2 Fragilidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador

Os resultados a seguir demonstram as fragilidades do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador, apresentadas em quatro categorias: Deficiências na formação continuada; Falta do cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo; Carência de investimentos na infraestrutura, insumos e recursos materiais; Instabilidade do provimento emergencial e do PMM.

5.2.2.1 Deficiências na formação continuada do PMM

Os profissionais médicos entrevistados teceram críticas e apontaram deficiências na formação continuada do PMM e a insatisfação com a supervisão. Relataram visitas dos supervisores rápidas e com pouca resolutividade: Questionaram os horários das atividades de educação permanente, implicando na baixa participação dos profissionais, citando como exemplo o TELESSAÚDE. O gestor estadual relatou que é necessário o aperfeiçoamento do componente da supervisão.

A supervisão, eu tenho algumas críticas. Por ser um programa de assistência, mas ao mesmo tempo acadêmico [...] eu acreditei inicialmente que a supervisão fosse algo mais participante, mais aproximado com o médico, digamos assim. As visitas são realizadas uma vez no mês. Houve meses que não houve visita do supervisor nem pra saber se tá bom, não dizem nada. [...] as visitas muitas vezes são um pouco corridas [...] assim, se fosse planejado com antecedência, pode separar um turno pra supervisão, talvez um turno, um mês pra gente realmente discutir as demandas, as dificuldades, até temas importantes, dúvidas que a gente pudesse tirar com o supervisor, seria legal. A culpa não é dele [...] mas da forma como a supervisão foi e está sendo feita (Médico do PMM 01).

[...] eu acho que é uma fragilidade por conta dos horários, assim essas capacitações rápidas de internet a gente pode fazer inclusive no nosso dia que tem EAD, são importantes porque a gente tá sempre se atualizando né. Esse é um ponto que eu acho que deve manter e aprimorar e adequar. [...] o TELESSAÚDE eu gosto muito, já usei algumas vezes, mas o inconveniente é que muitas vezes as palestras são no horário de atendimento, atendendo aí muitas vezes não dá pra se programar... se eles enviassem pelo menos quinze dias, a gente poderia se programar pra gente assistir

na unidade agora a gente tem pouco acesso a ele, por conta dos horários [...] (Médica do PMM 04).

O PMM é um programa muito bom, mas não é um programa perfeito. [...] precisa ser aperfeiçoado. [...] exatamente a supervisão acadêmica e o componente pedagógico tá. Porquê? Porque O PMM vejo dentro de uma visão didática que precisa de três grandes agendas: uma agenda que eu diria assistencial, [...] uma agenda gerencial, formada por toda as relações humanas [...] e tem o último componente que é o pedagógico, que é essencial dentro do estabelecimento desse processo de ensino e serviço. Então, acho que isso seja uma falha do programa que ouvi para algum tipo de solução (Gestor estadual 02).

Para o gestor estadual, há complexidade e desafio em implantar e operacionalizar a supervisão e a tutoria do PMM em especial no território da Bahia, por ser um estado de espaço territorial vasto e áreas que eles consideram como “desérticas” e áreas rurais, o que pode potencializar as deficiências na supervisão:

[...] A Bahia é muito grande... nós temos grandes áreas ainda desérticas, o que significa que temos muita área rural aí a ser percorrida, aí dentro dessa estrutura de difícil gestão, nós tivemos que fazer regionalização de toda a tutoria com muito sacrifício, e nós precisamos fazer via SESAB, uma organização de que todo o tutor deveria ser primeiro um supervisor[...] (Gestor estadual 02).

Os relatos dos entrevistados neste estudo demonstram como pontos de fragilidades do Programa Mais Médicos a supervisão acadêmica, eixo estratégico e obrigatório do programa. Além disso, teceram críticas quanto aos horários das atividades de educação permanente, a exemplo o TELESSAÚDE.

O PMM apresenta em seu marco normativo a educação permanente, pilar essencial para assegurar a integração ensino serviço e tentar aproximar o ensino da medicina com o modelo de atenção voltado ao atendimento das demandas da saúde pública. Foi visto uma inovação no campo da esfera federal, a partir de um modelo gerencial voltado ao compartilhamento de ações, com a integração do Ministério da Saúde – MS – e Ministério da Educação – MEC (ALMEIDA; MACEDO; SILVA, 2019).

De acordo com a Lei N° 12.871, o qual traz no Projeto Mais Médicos pelo Brasil o componente da supervisão e tutoria aponta:

O médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado; O supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica. (BRASIL, 2013 p. 01).

O profissional médico responsável pela supervisão e tutoria PMMB, tem como objetivo acompanhar, fiscalizar as atividades voltadas ao ensino e ao serviço. São preconizadas visitas mensais nas unidades de saúde que possuem médicos do provimento emergencial (FRANCO; ALMEIDA E GIOVANELLA, 2018).

As práticas médicas se aproximam com a integralidade quando bem conduzidas e supervisionadas, além do que, a supervisão vem sendo apontada como uma iniciativa positiva, principalmente com a implantação do PMM (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; FRANCO; ALMEIDA E GIOVANELLA, 2018).

Entretanto, o PMM previu mudanças de reformas curriculares na graduação e ampliação de vagas na residência em medicina da família e comunidade, propostas no eixo de formação acadêmica na Lei do programa. Constituído-se como um marco estrutural na engrenagem de novas práticas de saúde voltadas a atender as necessidades da atenção primária (SOUSA et al., 2015; KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Almeida, Macedo e Silva (2019) apontaram que as tentativas de melhoria no componente pedagógico podem ter sofrido uma ruptura após o golpe político ocorrido em 2016. Um estudo publicado em 2019 destacou que, após o processo do impeachment presidencial, houve modificações nas áreas gerenciais do MEC e do MS, provocando diversas mudanças organizacionais no PMM. Ações relacionadas à reforma curricular do curso de medicina, os módulos de acolhimento, avaliação e cumprimento das ações da supervisão e tutoria sofreram diversos danos e prejuízos na execução.

Esse agravamento à nível central evidenciado pelo estudo de Almeida, Macedo e Silva (2019), pode ter sido sentido em âmbito municipal e estadual, quando se evidencia, na fala dos entrevistados, um posicionamento de preocupação e fragilidades com relação à supervisão e tutoria acadêmica. Esse fato também compromete a execução do programa, proporcionando um distanciamento entre o que foi planejado, enquanto programa e integração de ensino e serviço, e o que está sendo executado.

Medina et al. (2018) apontaram a necessidade de estudos referentes ao componente estratégico “formação” no PMM, por ser uma temática pouco aprofundada, tanto no que se refere ao processo de educação permanente quanto o da formação acadêmica.

O estudo corrobora com a literatura, pois pode ter havido uma ruptura entre a execução da supervisão e tutoria, após 2016. Sugere mais estudos para a compreensão e aprofundamento das fragilidades evidenciadas no componente da supervisão, tutoria, e formação acadêmica preconizadas no PMM.

5.2.2.2 Falta de cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo

Os gestores do município apontaram a falta do cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo como uma fragilidade no Programa Mais Médicos. Em Salvador, o cumprimento da carga horária foi visto como uma fragilidade, não só para os médicos do

provimento emergencial do PMM, mas para os diversos profissionais da rede de atenção primária. Destacaram não ter tido esse tipo de problema com os profissionais Cubanos, diferente dos intercambistas individuais, que no início cumprem a carga horária e com passar do tempo descumprem. Segundo relatos, os profissionais referiram que, como os vínculos empregatícios são com o governo federal, eles questionaram as exigências impostas pelo município. Esse fato também foi colocado por um profissional médico do PMM:

É o problema de cumprimento da carga horária não só do profissional médico específico não, perpassava por todas as categorias profissionais, claro que o médico de uma forma muito acentuada [...] implantamos a biometria, e aí a gente enfrentou um problema muito grande com profissionais mais médico e PROVAB [...] porque eles não queriam bater ponto, porque eles não eram funcionários da secretaria de saúde de Salvador, eram do ministério. [...] A gente não teve resistência com os cubanos. Pra bater o ponto. [...] em relação a isso da frequência e tudo eles acabam depois como os brasileiros, principalmente os que se formaram aqui. Então o intercambista chega tudo certinho, cumprindo o horário tudo direitinho, mas chega o momento que vai tendo a convivência e percebe né[...] (Gestores SMS 03 e 04).

[...] a questão do ponto eletrônico. Que os médicos estavam questionando e o ministério encarando como se quem não batesse o ponto não teria o direito ao período do mais médicos revogado, porque era bolsa formação e não tinha vínculo de emprego... embora não tem uma repercussão direta, por mais que alguns médicos faltem com a carga horária, o salário não é descontado[...] (Médica do PMM 02).

Os profissionais médicos sinalizaram como fragilidade a precarização do vínculo empregatício, o formato do contrato e remuneração ser tipo bolsista, não possuir direitos trabalhistas como 13º salário, proporcional de férias, além de verbalizarem a necessidade de reposição de horários por motivos como licença e doença, quando superior a 15 dias de afastamento, ou por licença maternidade:

Quando a gente entra no programa, a gente entra sabendo que a gente não tem direito do trabalho. [...] a representante de Brasília disse que a gente não era trabalhador, [...] “você não são trabalhadores, são bolsistas” [...] o que mais traz desconforto pra gente é a prefeitura trazer como atrativa é essa parte da estabilidade, o direito às férias, mas a gente tem direito assim, se a gente não tirar, a gente não recebe. Não tem férias, não tem 13º salário, e não tem benefício nenhum e assim eu que não tenho eu não tive os auxílios moradia e é só o dinheiro da bolsa e não tem estabilidade. Assim, se a mulher engravidar, ela engravida, tem o direito a licença, e depois tem que repor. Adoecimento 15 dias você tem direito atestado. Passou de 15 dias vamos supor tenho que repor. Aí quem engravida é a mesma coisa, não tem licença maternidade, não tem direito a seguridade... agente tem vantagem salarial porque a gente não precisa declarar esse dinheiro. [...] Declarar, declara só como bolsa (Médica do PMM 03).

O médico relatou sobre os diferentes atrativos em desempenho de funções iguais entre os médicos participantes e os que não são participantes do PMM:

[...] fica uma situação chata, da questão do auxílio. Por exemplo, se eu acho errado trabalhar 32 horas semanais e 08 horas de ensino à distância e ganhar bolsa formação no valor de R\$ 10.911,56 e não ganha auxílio que outros colegas mais médicos ganha no valor de R\$1,600 e fração é errado também outros colegas terem outros tipos de vínculos na unidade e trabalhar as 40 horas semanais e receberem R\$8 mil reais e fração, desempenhando a mesma função, entendeu? Tudo bem que os outros colegas têm outros tipos de benefícios que nós não temos no PMM [...]

então fica um pouco constrangedor, papéis iguais, mas com atrativos diferentes para diferentes profissionais (Médico do PMM 01).

Outra fragilidade relatada na precarização do vínculo no provimento emergencial do Programa Mais Médicos, foi a limitação do tempo de contrato de três anos – que pode ou não ser renovado por mais três anos – pode trazer prejuízos à comunidade pela quebra do vínculo criado no território, e conseqüentemente na atenção primária. Sendo sugerido pelo profissional que fosse ofertado outro tipo de vínculo na tentativa de manter esses profissionais nas unidades que atuam:

[...] Pra um programa que se quer é trazer médicos e fixar médicos na atenção básica é justamente a volatilidade do edital, assim, ele deixa um pouco aberto [...] da questão da estabilidade fraca. Deveria firmar uma estratégia que fosse ofertada outro tipo de vínculo o que fosse pra que o médico pudesse continuar no programa, com outro tipo de vínculo, mas ele pudesse continuar na unidade de saúde que ele tá atuando[...] então essa é uma questão de se realmente eles querem investir a atenção básica pra fazer profissional ficar [...] têm que trazer um pouco mais de estabilidade [...] (Médica do PMM 02).

O cumprimento de carga horária e a precarização do vínculo - emergiram nos discursos dos profissionais e gestores, como fragilidades, porém vão além do PMM em Salvador. Eixos que envolvem educação e seguridade social são pautas de todas as esferas governamentais e da sociedade. O momento atual é de aprofundar e ampliar os debates nos espaços sociais e resistir, em tempos de austeridade.

O cumprimento da carga horária se fez presente nos discursos dos gestores de Salvador, os quais destacaram o compromisso dos cubanos no cumprimento dos horários, fato também encontrado no estudo de Silva et al. (2017). Outro estudo realizado por Silva et al. (2016) pontuou achados semelhantes, identificado na percepção de 25 usuários no sertão nordestino.

Vargas e Caetano (2017) fizeram uma reflexão sobre a precarização do vínculo médico com a implantação do programa. Os autores ressaltam o retrocesso que ocorre, de forma acelerada, nos últimos três anos na derrocada dos direitos trabalhistas: a aprovação da Lei da terceirização, precarização nas relações trabalhistas do trabalhador rural, enfraquecimento dos sindicatos e a polêmica reforma da previdência. Os autores concluíram que é necessário o debate aprofundado sobre a proteção social, igualdade de salários e formas de contrato realizado pelo programa. Sinaliza caminhos tenebrosos que acutilla a sociedade rumo à legitimidade da desconstrução dos direitos sociais.

5.2.2.3 Carência de investimentos na infraestrutura, na informatização, nos insumos e recursos materiais

A percepção dos médicos entrevistados demonstrou a carência de investimento na infraestrutura, recursos materiais e insumos em Salvador. A infraestrutura não adequada, as reformas recorrentes nas unidades de saúde, unidades que não comportam a quantidade de profissionais, escassez de insumos e recursos materiais, gerando impactos nos atendimentos, trazendo prejuízos na prestação da assistência mais adequada na atenção primária, foi pontuada nos discursos dos profissionais.

A falta de infraestrutura acaba impactando bastante né... no atendimento... porque o PSF é aquele atendimento continuado que você vai dar a assistência por um período, você conhece a família, faz vínculo e aí o paciente às vezes não entende que a falta não é do profissional... o profissional tá na unidade todos os dias, mas muitas vezes não tem como dar tanto suporte, quando falta medicação... às vezes, quando o paciente passa mal a gente não tem recursos para ajudar aqui e depois tem que mandar pra UPA... então assim... acaba impactando, né[...] (Médica do PMM 02).

Um profissional relatou dificuldades de atendimento devido ao limitado número de consultórios em relação ao quantitativo de equipes e profissionais na unidade de saúde, o que torna um grande desafio organizar a agenda do profissional e cumprir a rotina de atividades.

[...] Falta de sala pra todos os profissionais, porque aqui são 04 equipes, só tem 05 salas. Então, a gente faz tipo um jogo de cintura por exemplo [...] tem que fazer essas coisas assim, mas já aconteceu de chegar de tarde e não ter sala pra atender (Médica do PMM 03).

Um gestor estadual pontuou que a Bahia recebeu um quantitativo financeiro, em torno de R\$ 500 milhões, para serem investidos em construção ou requalificação das unidades de saúde, cujos projetos foram cadastrados no programa Requalifica UBS do Ministério da Saúde. Porém reconheceu entraves, como por exemplo o curto espaço de tempo entre aplicar os investimentos na melhoria da infraestrutura das unidades de saúde e implantar o Programa Mais Médico.

[...] conseguiu pensar a qualificação das estruturas antes do Mais Médico, que foi com o Requalifica UBS e com convênios do Estado. A gente captou em torno de 1.500 projetos pro estado da Bahia, ou seja, meio bilhão de reais pra construir unidades, reformar, ampliar as unidades. Então isso foi antes do PMM. Com o Mais Médicos se intensificou. O gestor municipal ele teve que tornar essa execução dessa estruturação física de forma mais rápida e também mais concreta. Isso é uma coisa. A outra coisa é relacionada à estruturação desta rede. Porque o médico do programa ele questionava muito (Gestor estadual 01).

Os gestores municipais relataram que receberam recursos antes do PMM, em 2011, e que houve atrasos na etapa da execução das obras, o que os levou a realizar as reformas em 2013, coincidindo com a chegada dos profissionais do PMM.

Na verdade, a questão da infraestrutura a gente havia cadastrado acho que desde 2011, mais ou menos quase 80% da rede pra reforma, que teve no período de 2011 [...] as nossas reformas elas aconteceram a partir de 2013, e aí foi um problema de

gestão municipal, o recurso constava em conta, mas a gestão que estava presente não teve operacionalização para fazer [...] (Gestores da SMS 03 e 04).

Este estudo identificou a partir da percepção dos entrevistados, a necessidade de investimentos na infraestrutura, nos recursos materiais e insumos. Os médicos do provimento de Salvador relataram que estruturas inadequadas, a falta de insumos e recursos materiais prejudicam a assistência aos usuários. Os gestores referiram ter recebido recursos federais para investir na infraestrutura, porém a burocracia retardou a qualificação, estruturação e implantação das unidades de saúde.

A partir das falas dos entrevistados é possível evidenciar que esta carência é um problema que traz danos e prejuízos não só para os profissionais médicos do provimento emergencial, mas também de todos os profissionais que atuam na atenção primária.

Soares Neto, Machado e Alves (2016) avaliaram a infraestrutura das unidades nas cinco regiões do país, correlacionando com IDH municipal. Foi identificado que as unidades que receberam médicos do provimento apresentam índices de estrutura melhores, onde 65,2% foram classificadas como média qualidade e 5,8% tem infraestrutura de baixa qualidade. O estudo aponta que as unidades de saúde das regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram os níveis inferiores de qualidade.

São necessários estudos para avaliar a qualidade da infraestrutura e disponibilidade dos insumos e recursos materiais das unidades, uma vez que essas temáticas foram pouco abordadas, principalmente como eixo estruturante do PMM (MEDINA et al., 2018). Uma unidade de saúde inadequada, que não fornece espaço suficiente para a realização das atividades e a falta de insumos, medicamentos e materiais básicos, tem um impacto negativo na execução das ações. Percebe-se que essa inadequação é uma realidade no Brasil e a tomada de medidas para sanar o problema se faz necessária (GIRARD et al., 2016; LIMA et al., 2017).

Estudo que avaliou o escopo da prática identificou que é corriqueiro um profissional relatar que sabe fazer um determinado procedimento e não consegue realizar, destacando a infraestrutura inadequada e a falta de materiais como aspectos que comprometem o cuidado em saúde (GIRARDI et al., 2016).

Um dos desafios que fragilizam a execução e o monitoramento das atividades realizadas pelos profissionais do PMM foi a construção do painel de indicadores. A falta de informatização das unidades de saúde, como a dificuldade de implantação dos prontuários eletrônicos, foi sinalizada como um importante e desafiador componente para o monitoramento dos indicadores:

Aqui ainda não tinha o prontuário familiar, separado por ordem alfabética e ainda há muita perda de prontuário [...] então isso é um fator limitante e até pra estudos epidemiológicos pra te dizer assim: quantos hipertensos tem em minha área? Eu não sei, eu não sei dizer [...] o prontuário eletrônico seria muito importante [...] Pra ser sincero esses indicadores de saúde são até um pouco difíceis de serem feitos aqui... porque assim um... um fator que limita chama-se prontuário de papel é um problema extremamente importante e assim que complica bastante o atendimento e o acompanhamento dos pacientes de forma adequada (Médico do PMM 01).

A percepção do gestor estadual quanto aos indicadores é semelhante. Acrescenta que as mudanças ocorridas nos sistemas de informação nos últimos anos podem ter gerado perdas de informação. Além do que, o mesmo pontuou que a repercussão na melhoria dos indicadores, a partir da implantação do PMM, só serão visualizadas à longo prazo.

[...] os indicadores a gente não consegue visualizar tão concretamente. Aos indicadores ainda não são tão sensíveis pra isso. Até porque a gente teve um problema grave no Brasil, que é a mudança dos sistemas de captação dos dados. Isso prejudicou os registros. Prejudicou muito os registros [...] a agente não consegue perceber ainda em indicadores [...] Mais Médicos eles conseguiram identificar outros problemas que não eram vistos como problemas da saúde pública ou não eram trabalhados na saúde pública. Do tipo saneamento básico, moradia, que eles também trabalham isso. [...] os indicadores não conseguem refletir a mudança que foi construída. Ela vai ser vista talvez daqui há 05 anos. São mudanças que muitas vezes a gente não tem como mensurar (Gestor Estadual 01).

A expressão e expansão das informações por meio de indicadores ainda é um desafio para a atenção primária e da gestão municipal. Os entrevistados sabem da importância dos indicadores, como também, o provável impacto de melhoria nos indicadores após a implantação do Programa Mais Médicos. Além disso, a carência na aquisição de materiais para a informatização das unidades é uma realidade evidenciada nas falas, e isso traz impactos na construção de painéis de monitoramento.

O painel de indicadores é uma ferramenta essencial para a tomada de decisão, mas referem dificuldades na construção destes painéis de monitoramento. Os desafios são muitos, desde a mudança do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS, perda de informações e de produção, dificuldades de implantação ou ausência dos prontuários eletrônicos nas unidades de saúde.

Estudos realizados no Norte e Nordeste do Brasil, que avaliaram o comportamento do indicador de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) após a implantação do programa, mostraram resultados positivos para a redução desse indicador em doenças como diarreias e gastroenterites, principalmente em menores de cinco anos. Os estudos concluem que a implantação do PMM foi importante para o impacto positivo nesse indicador (GONÇALVES et al., 2016; CARNEIRO et al., 2016).

A ampliação de investimentos na infraestrutura das unidades de saúde, a aquisição de equipamentos e material permanente, a informatização das unidades de saúde e a instituição

de prontuários eletrônicos nas unidades de saúde podem impactar na melhoria dos indicadores, (SOARES NETO, MACHADO E ALVES, 2016; MEDINA et al., 2018).

Como um importante componente que emergiu nos relatos dos entrevistados, a infraestrutura adequada, a disponibilidade dos recursos materiais e insumos podem auxiliar nos indicadores. O investimento na infraestrutura das unidades de saúde previsto na Lei nº 12.871 do PMM, como um eixo estratégico do programa (BRASIL, 2013), assim como a implantação de prontuários eletrônicos são estratégias essenciais para o monitoramento dos indicadores.

5.2.2.4 Instabilidade do provimento emergencial e do Programa Mais Médicos

Emergiram no conteúdo das falas dos profissionais médicos, a preocupação, a instabilidade do provimento emergencial, assim como a motivação em continuar a trabalhar na atenção primária:

Eu gosto de trabalhar com a atenção primária é até estranho que eu se falar isso pra outros colegas vão me chamar de louca, como a ESF é estruturada, mas eu fico triste da forma como está se desestruturando... Não é mais obrigatório ter agente de saúde na equipe de saúde da família. Isso pra mim não tem lógica nenhuma entendeu? [...] e vai se desestruturando [...] mas é o processo de trabalho que eu gosto, eu até já pensei em fazer residência em saúde da família, mas aí quando a gente pensa em tudo que a vida toda nesse processo, com tantas angústias aí quando a gente fica sem querer continuar, mas eu gosto de trabalhar na atenção básica (Médica do PMM 03).

Na fala dos gestores, foi possível evidenciar que o provimento emergencial do Programa Mais Médicos revolucionou a estruturação da atenção primária, convergindo com a proposta de Salvador, em qualificar, fortalecer e estruturar a atenção primária.

Porém, relataram preocupação sobre a nova PNAB (BRASIL, 2017a) frente à desestruturação que vem ocorrendo, o que gera uma desmotivação nos profissionais e preocupação para os gestores, pois pode corromper o modelo, voltando a ser mais assistencial.

Sobre a estratégia de saúde da família [...] O Programa Saúde da Família eu chamava de programa sem futuro... por quê? Porque só estava no programa médicos [...] sem criar nenhum tipo de vínculo com a atenção básica [...] O programa mais médicos veio pra revolucionar isso Ele veio mostrar que o programa saúde da família, a estratégia de saúde da família tem futuro [...] você não pode criar futuro se você não faz amarras pedagógicas. [...] na construção da atenção básica dentro do processo de educação de ensino e serviço, você precisa sim de supervisão, de tutoria, de fóruns de discussão, de momentos que você pare e diga: criticamente estamos indo pelo caminho certo? Ou estamos indo pelo caminho errado? ... sobre a atual proposta da nova política da atenção básica, eu acho que são dois passos atrás que está se dando...que isso é um retrocesso [...] porque eu acho que o ministério da saúde neste momento está dando um tiro no pé (Gestor estadual 02).

[...] o momento agora é de qualificar esta atenção básica, tornar ela mais resolutiva e poder estruturar as linhas de cuidado e esta rede. Então o estado tá muito preocupado em fazer educação permanente, capacitar os profissionais da atenção básica, e qualificar esta rede de diagnóstico... Sobre a reforma da PNAB uma das grandes críticas que eu tenho feito em relação a nova proposta que está aí colocada e que realmente é uma situação bem crítica até pela postura que o governo federal tem

tido de aprovar as coisas ‘meio que goela abaixo’ mas a grande crítica que eu faço tá exatamente numa condição onde tá se deixando de fazer algumas análises, não tá se analisando, o fazer dos trabalhadores [...] A gente tá voltando pra década de 70, literalmente isso. A gente não tá discutindo uma mudança na atenção básica, a gente tá discutindo uma mudança de modelo. E uma mudança de modelo pra pior, e isso me deixa muito preocupado [...] (Gestor estadual 01).

Os profissionais e gestores entrevistados relataram a sua percepção sobre, caso houvesse, o encerramento do provimento emergencial. Os atores sociais frisaram a importância do programa e se posicionaram que seu encerramento seria um retrocesso, principalmente em deixar de assistir as populações das áreas mais periféricas e distantes, com situação de vulnerabilidade social.

Acho que não vai voltar à situação de desassistência, vai ser impossível. O subúrbio de Salvador é a área de prioridade do Mais Médicos [...] vai ser um problema muito grande pra população, eu não entendo como um programa foi feito se ele é emergencial e se ele vai acabar todos os problemas vão voltar, porque assim, a família que era assistida vai deixar porque não tem pra onde ir, entendeu? Eu acho que ‘tapou o sol com a peneira’ e voltar tudo de novo (Médica do PMM 03).

Tanto os profissionais quanto os gestores municipais pontuaram como desafio a manutenção desses médicos, com outro tipo de vínculo, não mais sendo pago pelo governo federal. Os discursos dos médicos entrevistados sugeriram interesse em permanecer por mais tempo como médicos da unidade de saúde da família na qual atuam.

Embora haja motivação, por parte dos profissionais, de permanecer com o vínculo na APS, os entrevistados denotaram preocupação na elevada despesa com pessoal versus a capacidade financeira municipal na manutenção do profissional médico atuando na cidade.

[...] Tem que haver uma forma de atrair os médicos pra continuar na atenção básica, porque a palavra é essa, é continuidade, um profissional uma vez inserido na área se há uma relação médico paciente, se há entendimento médico comunidade se há uma melhora nos indicadores não há motivo pra tirar esse médico do local pra colocar outro ou não colocar nenhum, então tem que haver de dar continuidade a presença do médico naquela unidade que ele tá inserido, de forma que isso seja atraído ou renovação do programa, ou algum outro tipo de vínculo profissional, mas que venha dar benefícios médicos da mesma forma ou até melhor, com a perspectiva de carreira, de realmente continuar na unidade onde ele está[...] (Médico do PMM 01).

[...] em relação a capacidade financeira, inclusive a gente tem discutido muito que é onde a gente estabeleceu a meta de 54.1% que o desejo inicial era de 60 %. Mas aí quando a gente foi pesar na balança porque hoje pra mim uma equipe completa de servidor ela me custa 660 mil por ano. Isso... com a contrapartida... não... hoje pra eu manter uma equipe, de saúde da família no município, médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde, técnico de saúde bucal e ACS... aí você pensa... são 250 equipes, ne então financeiramente se você tem uma proposta de expansão que é aproximadamente 149 equipes de saúde da família, é um valor que é insustentável financeiramente[...] (Gestores da SMS 03 e 04).

Os gestores municipais também relataram sobre o planejamento dos próximos três anos (2018, 2019 e 2020), e o desafio de ampliação das equipes de saúde da família, frente à instabilidade do provimento emergencial e a possibilidade de encerramento do PMM. Pois se torna uma preocupação não saber qual seria a forma de contratação dos profissionais médicos.

[...] e aí isso é uma coisa que a gente tá discutindo qual é a forma de contratação que vai ficar para o município, até porque o nosso concurso encerrou aí então... eu tenho novas equipes que vão ser implantadas que foi programado em 2018, 2019, 2020, de equipes novas que vão ser implantadas e aí a gente tá em discussão com a casa civil do município, de como vai ser a forma de contratação (Gestores da SMS 03 e 04).

Os gestores estaduais relataram como um desafio e retrocesso, a vagariedade quanto à formação do ensino médico e a ampliação das residências médicas, para que, na medida em que os ciclos de adesão ao provimento emergencial fossem encerrados, os profissionais fossem substituídos pelos residentes médicos.

[...] o PMM é um programa do governo brasileiro, para o povo brasileiro, feito por médicos brasileiros. Assim que acredito nisso. E o provimento emergencial, é como o próprio nome está colocando, e emergencial, e interino, provisório. Então o grande desafio, do programa é conseguir viabilizar, não só a quantidade de cursos de medicina qualificados para gerar residentes, como estruturar programas de residência, eu mesmo tô falando eu conseguir fazer um curso de medicina da família e da comunidade [...] (Gestor estadual 02).

Eu estou extremamente preocupado com este segundo ciclo. Que é a segunda fase do programa. Tanto que a gente tá dialogando muito com os municípios na perspectiva de ampliação dos programas de residência. Mas hoje, se forem perguntar você tem como dizer se daqui a dois anos nós teremos programas de residência suficiente pra suprir essa necessidade? Com toda certeza não (Gestor estadual 01).

Quanto às instabilidades do provimento emergencial no PMM identificadas nos discursos, os entrevistados se dizem preocupados com a instituição da nova PNAB, aprovada em 2017. Eles classificaram como um retrocesso que pode prejudicar o trabalho que está sendo construído em Salvador, além de impactar na motivação em trabalhar na atenção primária.

Com esses relatos, quanto à continuidade e a instabilidade do provimento emergencial na atenção primária, é possível afirmar que a instituição do Programa Mais Médicos foi primordial para ampliar o olhar dos médicos, quebrando paradigmas e mudanças na opinião sobre o funcionamento inadequado da atenção primária.

A nova PNAB impõe mudanças importantes na organização das equipes de saúde da família, como o quantitativo de agentes comunitários de saúde, flexibilidade na ESF, podendo ser adotada o modelo tradicional, permanência de um financiamento inadequado para as ações da atenção primária, fragilidades no componente de participação social, dentre outras medidas (MELO et al., 2018).

Considerando que as entrevistas foram realizadas no ano de 2017, foi pontuada qual a percepção destes atores sociais caso o programa de provimento emergencial se encerrasse em 2019. O momento político vivenciado na época direcionava a um futuro sombrio e duvidoso aos avanços da atenção primária brasileira e nas conquistas e desafios que foram evidenciados

no PMM. As mudanças na PNAB, que tinha sido implementada no mesmo ano, ameaçavam o direito universal à saúde.

Outro retrocesso, vivenciado no segundo semestre de 2018 e nos primeiros meses de 2019, foi o rompimento do convênio da cooperação cubana, realizado pela OPAS ao PMMB. A polêmica do distrato iniciou no período eleitoral, após as declarações com tons de ameaça do então candidato e presidente do país na época. Vale destacar que os cubanos estavam presentes em mais de 3.600 municípios, dando uma cobertura assistencial a mais de 60 milhões de brasileiros. Com a saída dos médicos cubanos, o governo federal prorrogou o provimento emergencial, sendo aberto mais um edital do ciclo de chamamento médico. Mas, como era de se esperar, não houve o preenchimento das vacâncias, principalmente em áreas mais distantes e isoladas do país (SARTORATO, 2018).

Com as percepções encontradas neste estudo, vale refletir sobre o que anteriormente era temido: a descontinuidade do programa, bem como a substituição do provimento emergencial pelos programas de residência. Além disso, o impacto de desconstrução do SUS, centrado na atenção primária, é amplamente fortalecido com a agenda política de austeridade, implantada desde 2016. Com a aprovação da EC 95/2016, que congela os gastos em saúde e educação por 20 anos (BRASIL, 2016), o impacto pode ser ainda maior. É estimada uma redução de investimentos, na área de saúde, de 415 bilhões nos próximos 20 anos (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Para além da ampliação do número de médicos na APS, faz-se necessário ampliar o olhar para a qualificação dos recursos humanos como um todo. O PMM limita o olhar para os médicos, porém a atenção primária é constituída por múltiplas profissões. Pensar em medidas que favoreçam a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional é urgente, a fim de se construir uma atenção mais integral (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

No dia 23 de julho de 2019, foi publicada em jornais eletrônicos a nova proposta do governo atual: a substituição do Programa Mais Médicos por um programa que, provavelmente, custará 50% a mais para os cofres do governo federal. Segundo a notícia, a provisão dos médicos será feita via concurso público e os médicos contratados pelo governo federal. A grande questão é que esse projeto não condiz com a política de enxugamento de gastos que está sendo executada pelo governo (FIGUEIREDO, 2019).

Vale destacar que na proposta do PMM, por ter uma característica interssetorial que inclui componentes da saúde e educação, o debate da continuidade do programa vai muito mais além da provisão emergencial. É necessária uma profunda reflexão, incluindo a

sociedade, a comunidade acadêmica e o governo, para que seja definido o futuro da sustentabilidade e continuidade do Programa Mais Médicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso sobre o a análise do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador, por meio de um desenho qualitativo, a partir da percepção dos gestores e profissionais médicos vinculados ao PMM trouxeram contribuições importantes para a análise do Projeto Mais Médicos pelo Brasil e seu contexto na Atenção Primária em Saúde.

A partir das falas, é percebido que o provimento emergencial do PMM em Salvador, exerceu um protagonismo importante para a ampliação da cobertura da saúde da família de Salvador, cujo momento das entrevistas, esses profissionais correspondiam a aproximadamente 50% do quantitativo total dos profissionais médicos da atenção primária, o que estabelece uma íntima relação entre a ampliação da cobertura e do acesso aos serviços da atenção primária e a adesão do provimento emergencial do PMM.

Durante o processo de implantação do programa, houve tensões e embates, sendo citada a influência política e debates calorosos com a sociedade, gerando tensionamentos importantes. Apesar das polêmicas e momentos de muitas resistências vivenciadas durante o processo da implantação, o diálogo com diversos atores da sociedade, a receptividade das gestões estadual e municipal foram estratégias essenciais para que programa fosse implantado, ganhasse força e aceitação.

Evidenciou-se nas falas dos entrevistados, o trabalho articulado, a realização do acolhimento dos profissionais médicos advindo do provimento. De acordo com os discursos dos profissionais e gestores entrevistados é percebido que o programa foi visto como uma iniciativa positiva, aproximando a prática médica aos princípios da atenção primária.

A convergência entre a formação médica dos profissionais do provimento emergencial foi destacado como uma das maiores potencialidades do PMM em Salvador, assim como a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Foi identificado que o processo de trabalho do médico fortaleceu os atributos preconizados na atenção primária.

O provimento emergencial tornou-se com protagonista na responsabilidade sanitária e na ampliação do acesso, além do legado que os profissionais médicos de diversas nacionalidades trouxeram, a partir da identificação de aspectos subjetivos que amplificam uma maior experiência com a atenção primária, contribuindo, assim, na redução das iniquidades sociais.

Apesar da ampliação do acesso nas consultas médicas na atenção primária, a capital baiana convive com uma baixa oferta e elevada demanda aos serviços de atenção da média e alta complexidade. O presente estudo sugere que sejam realizadas investigações científicas

buscando compreender a atenção integral, onde sejam identificados os principais gargalos relacionados ao acesso, ao percurso do usuário na rede de atenção à saúde. Partindo do pressuposto que atenção primária é a principal porta de acesso e ordenadora do cuidado.

O estudo identificou como pontos de fragilidade do programa a deficiência na formação continuada, a falta do cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo. Quanto à fragilidade na educação continuada, o estudo apontou que o extenso território baiano dificulta a execução das ações, além de ter sido relatado falhas no processo da supervisão – visitas rápidas dos supervisores, uma hipótese seria a existência de poucos profissionais para a condução deste processo. O estudo aponta que sejam realizados reflexões e estudos aprofundados acerca da formação continuada, para que sejam traçadas melhorias neste processo.

Quanto à precarização do vínculo médico, o estudo trouxe importantes contribuições, a partir da fala dos entrevistados. A partir do momento que o programa tem o custo financeiro centralizado no governo federal, muitos municípios dependem do programa para a manutenção dos profissionais médicos e na ampliação da cobertura populacional na atenção primária. O estudo evidenciou que Salvador caso o provimento emergencial do PMM venha a ser encerrado, terá que rever a situação financeira para manter a ampliação da atenção primária, assim como manter os profissionais médicos do provimento com outro formato de vínculo.

É necessário aprimorar o debate quanto esta temática, pois a maioria dos municípios brasileiros convive com a carência de profissionais médicos nos serviços de saúde. A despesa orçamentária com saúde e o limite de gasto com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF muitas vezes encontram-se com os limites ultrapassados, e muitas cidades não têm condições de manter o profissional médico. Além disso, debates atuais como terceirização de vínculos empregatícios e a reforma da previdência coloca como um grande retrocesso para a luta dos direitos do trabalho no país.

Sugere-se, com a presente pesquisa, que sejam aprofundadas essas questões e realizados mais estudos acerca da temática, levando em consideração as receitas e despesas dos municípios e as contrapartidas dos Governos, Estadual e Federal, para investimentos em gestão de pessoas na saúde.

Assim como no Brasil, Salvador convive com problemas de infraestrutura nas unidades de saúde, insuficiência no abastecimento de recursos materiais e insumos, problemas gerenciais, organizacionais e estruturais, colocando como uma fragilidade não só para os médicos do provimento emergencial do Programa Mais Médicos, mas também para toda a

Atenção Primária. Importante frisar que a base legal do programa preconizou como eixo estratégico o investimento em infraestrutura. Porém, no presente estudo, foi evidenciada infraestrutura inadequada, falta de abastecimento de recursos materiais e insumos, o qual coloca como um desafio para a execução das ações e das práticas médicas.

Emergiram nos discursos, os desafios e retrocessos atuais que o Programa Mais Médicos e a atenção primária enfrentam. A construção do painel de indicadores é colocada como um desafio. Há um déficit na informatização bem como a mudança dos sistemas de informação, conforme pontuado nas falas dos entrevistados. O impacto do Programa Mais Médicos em mudanças nos indicadores só será visto a médio e longo prazo. Apesar de estudos científicos realizados vem mostrando um impacto neste cenário é preciso mais estudos para que evidencie a efetividade do programa.

O estudo ratifica que o provimento emergencial do Programa Mais Médicos tem sido efetivo e demonstrado bons resultados na atenção primária em Salvador. Porém, com a instituição da nova PNAB em 2017 (BRASIL, 2016, 2017a), pontuada como um desafio e retrocesso na atenção primária põe em risco a motivação dos profissionais em trabalhar na atenção primária. Além disso, ainda é sombria e instável quanto à sustentabilidade e continuidade do PMM.

A política de austeridade fiscal disposta na EC 95/2016, além da recente quebra de contrato da cooperação com a OPAS, em que os médicos cubanos deixaram o programa, vem retrocedendo os avanços conquistados no direito à saúde, em especial nos avanços conquistados nos últimos anos na atenção primária.

Faz-se necessário um amplo e profundo debate com a sociedade, o governo e a academia para discutir os caminhos futuros do Programa Mais Médicos, a atenção primária e o SUS que o Brasil quer.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X. *et al.* Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 67-80, set. 2018.
- ALESSIO, M. M., SOUZA, M. F. The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.21, p. 1143-56, Supl.1, 2017. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1143.pdf>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 nov.2019.
- ALMEIDA, E. R.; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e180011, supl. 12019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.
- ANDRADE, H. S.; BRAGANTE, I. A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Saúde em Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, pp. 396-405, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S127>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S127>.
- ARRUDA, C. A. M. *et al.* Percepções de gestores municipais de saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais médicos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1269-1280, supl. 1, 2017.
- BAHIA. **Lei nº 13.204, de 11 dezembro de 2014**. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Salvador: Casa Civil, [2014]. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-13204-de-11-de-dezembro-de-2014>. Acesso em: 26 jul. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, M. L. *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 8, Aug. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>.
- BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2-3, 16 dez. 2016.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991**. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Brasília: Inamps, 1991.
- BRASIL. 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**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 206, p. 1-4, 23 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS nº 01/2002. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de junho de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. Presidência da República, 2011a.

BRASIL. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. **Relatório Anual de Gestão (RAG) - Bahia**, 2017. Brasília: SARGSUS, 2017b. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=29&codTpRel=01&SARGSUS_TOKEN=XA8B-ZVO7-DUQZ-VGEE-G0AZ-LNQ6-OU03-FJGT

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRITO, G. E. G. **O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco, Recife, 2016.

BRITO-SILVA, K. S. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso de condição marcadora em estudo misto.** 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 2013.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

CARNEIRO, V. B. *et al.* Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o programa mais médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes**, Marajó-Pará, v. 2, n. 4, 360-371, 2016.

CARRAPATO, J. F. L. *et al.* Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 38, 280 – 293, 2016.

CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia de Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, set. 2016.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, dez. 2013.

CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. M. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, set. 2016.

COMES, Y. *et al.* A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, set. 2016a.

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, set. 2016b.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 232-245, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500232&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Nov. 2020.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **Lancet**, Boston, MA, USA, v. 388, n. 10047, p. 867-868, 2016.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 12-17, set. 2018.

FRANCO, CM.; ALMEIDA, P. F. de.; GIOVANELLA, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.9, p.1-17, set. 2018.

FIGUEIREDO, C. Sem dinheiro, governo quer substituir Mais Médicos por programa 50% mais caro. **Brasil de Fato**, 23 jul. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/07/23/sem-dinheiro-governo-quer-substituir-mais-medicos-por-programa-50-mais-carol/>. Acesso em: 24 jul. 2019.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, set. 2018.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. Suppl 2, p.1-21, out. 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GIRARDI, S. N. *et al.* Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, set. 2016.

GONÇALVES, R. F. *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, set. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Bahia**. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>.

JORNAL NACIONAL. Globo Comunicação e Participações S.A. Edição de 29 de julho de 2019. **Cubanos do programa Mais Médicos ganham direito a residência no Brasil**. Rio de Janeiro: Rede Globo, 2019.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52-66, set. 2018.

LIMA, S. V. M. A. *et al.* O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. **Gestão e Sociedade**, Sergipe, v. 11, n. 30, p. 1963-1975, ago. 2017.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, set. 2016.

- LUZ, C.; CAMBRAIA, C. N.; GONTIJO, E. D. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. **Tradterm**, São Paulo, v. 25, p. 199-233, ago. 2015.
- MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018.
- MACIEL-LIMA, S. M.; HOFFMANN- HOROCHOVSKI, M. T.; RASIA, J. M. Programa Mais Médicos: limites e potencialidades. **Revista de Direito Brasileira**, São Paulo, v. 17, n. 7, p. 291-305, maio/ago. 2017.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, set. 2018.
- MATUS, C. O triângulo do governo. In: MATUS C. **Política, planejamento e Governo**. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 59-62.
- MEDINA, M. G. *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 346-360, set. 2018.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.
- MOTA, N. P.; RIBEIRO, H. Mobilidade internacional de médicos. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 255-273, ago. 2016.
- MULLER NETO, J. S. M.; ARTMANN, E. Política gestão e participação em Saúde: Reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, dez. 2012.
- NOGUEIRA, P. T. A. *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados no Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, set. 2016.
- NORA, C. R. D., JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, dez. 2013.
- NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio, 2013.

- OLIVEIRA, C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, out. 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção Básica à saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais: Um estudo de caso múltiplos. *In*: OPAS. **Série estudos de caso sobre o programa mais médicos**. Brasília, DF: OPAS, 2017a, v. 5.
- OPAS. O Programa Mais Médicos em Pernambuco: experiências da Atenção Primária em saúde nos municípios de Águas Belas, Ouricuri e Vitória de Santo Antão. *In*: OPAS. **Série estudos de caso sobre o programa mais médicos**. Brasília, DF: OPAS, 2017a, v. 6.
- OPAS; OMS. Observatório de recursos humanos em saúde nas américas – 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro. *In*: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análise. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Salvador, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. Series Health in Brazil.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, mar. 2014.
- RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalism and health policy in Brazil: institutional features and regional inequalities. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, June 2018.
- ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, mar. 2011.
- SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021**. Salvador: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, 2018. 231 p.
- SANTANA, A. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Evaluation of the implementation of the Primary Care Professional Valorization Program in the state of Bahia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 203-217, out. 2018.
- SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015.
- SANTOS, L. X. **Integralidade do cuidado praticado pelos Cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil**: A percepção dos usuários. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

SANTOS, W. *et al.* Avaliação da Experiência do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, jan./mar. 2019.

SARTORATO, D. Cuba deixa o Mais Médicos após declarações “ameaçadoras” de Bolsonaro. **Brasil de Fato**, 14 nov. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/14/cuba-deixa-o-mais-medicos-apos-declaracoes-ameacadoras-de-bolsonaro/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

SEGALIN, M. **O Programa Mais Médicos**: Um estudo de imagem a partir da revista Veja. 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, H. P. *et al.* The More Doctors for Brazil Project - challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1257-1268, 2017. Supl. 1.

SILVA, T. R. B. *et al.* Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, set. 2016.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2709-2718, set. 2016.

SOUSA, M. F. *et al.* Por que mais médicos no Brasil? Da Política à formação. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 159-174, dez. 2015.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

VARGAS, D. S.; CAETANO, R. C. A questão do trabalho no “Programa Mais Médico”: precarização em troca do direito à saúde? *IN*: SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DO GLOBAL AO LOCAL: O PODER DAS ESCALAS SOBRE O TERRITÓRIO, 16., 2017, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES ESTADUAIS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE****QUESTIONÁRIO – GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE****Informações do participante:**

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 () ; 30-39 () ; 40-49 () ; 50-59 () ; 60-69 () ; >=70 ()

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na Secretaria Estadual de Saúde, Setor e Função:

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Formação de Nível Superior: Sim () Não ()

Curso: _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Para uso do pesquisador:

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE

1. Considerando a proximidade de três anos de implantação do Mais Médicos, na sua avaliação o que o provimento de médicos pelo programa proporcionou ao SUS? Quais potencialidades e fragilidades podem ser apontadas sobre essa estratégia?
2. Sobre a atuação de médicos estrangeiros na Atenção Primária à Saúde pelo Programa e o temor inicial das dificuldades de adaptação desses profissionais, das equipes de saúde e da comunidade, qual a sua percepção acerca dessas questões?
3. No cenário da assistência à saúde, o que mudou a partir da implantação do Programa, o que poderia mudar e o que não foi possível alcançar?
4. Em que medida o Mais Médicos contribuiu para o fortalecimento da infraestrutura de serviços e equipamentos e para o aprimoramento da qualidade da atenção? Comente sobre os avanços e desafios relacionados a essas questões.
5. No contexto da regionalização, qual a participação ou o papel do Mais Médicos?
6. Em sua opinião, a partir da redução ou encerramento do Mais Médicos, haverá dificuldades para se garantir o provimento médico nas comunidades assistidas pelo programa? Quais? O que deve ser feito?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE**

QUESTIONÁRIO - GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Informações do participante:

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua na Gestão Municipal de Saúde deste município: _____

Função que exerce na Gestão: _____

Tempo que atua na gestão do SUS: _____

Formação de Nível Superior: Sim () Não ()

Curso: _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Para uso do pesquisador:

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE**

ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Qual o número de equipes na ESF do município e quantas participam do Mais Médicos?
2. Como se decidiu no município os locais que necessitariam receber médicos pelo programa, que infraestrutura já havia nessas áreas?
3. Quais as responsabilidades que o município assumiu para a execução do programa? Tem ocorrido alguma dificuldade para garantir o que foi pactuado?
4. Como os profissionais do Mais Médicos se inserem nas ações de atenção à saúde realizadas no município? Que atividades são preconizadas?
5. Quais os principais agravos que afetam a saúde no município? A presença do programa modificou este cenário de alguma forma? Como?
6. A gestão municipal faz monitoramento de indicadores (sociais, ambientais ou outros)? Há atividades planejadas nesta perspectiva? Qual a fonte de dados?
7. Nas ações de referência e contrarreferência, de que forma os profissionais do Mais Médicos participam?
8. Foi necessária alguma mudança nos protocolos e fluxos de regulação, diante da presença do programa no município? Caso sim, quais mudança(s) ocorreram?
9. Em sua opinião, o que significa a presença do Programa Mais Médicos neste município?
10. De modo geral, o que pode ser feito para o aprimoramento do programa, e quais dificuldades mostram-se mais relevantes?
11. O município tem considerado a possibilidade de encerramento do programa ou redução do número de médicos participantes? Qual o provável caminho a seguir caso isso aconteça?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
GRUPO DE PESQUISA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE****QUESTIONÁRIO – PROFISSIONAIS****Informações do participante:**

Nome: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Faixa etária: 20-29 (); 30-39 (); 40-49 (); 50-59 (); 60-69 (); >=70 ()

Nacionalidade: _____

País onde realizou a graduação em Medicina: _____

Tempo que atua como profissional Médico: _____

Tempo que atua no SUS: _____

Tempo que atua no Programa Mais Médicos: _____

Pós-graduação/Área: Sim () Não ()

Residência _____

Especialização _____

MBA _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Para uso do pesquisador:

Data da entrevista: _____

Entrevistador: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS

1. Como está sendo para você participar do Programa Mais Médicos?
2. Qual sua opinião sobre os aspectos administrativos e burocráticos do programa? Como é sua relação com a gestão municipal e federal nesse processo?
3. Como está sendo o processo de trabalho na Atenção Primária no SUS? Conforme sua formação, você acha adequada a proposta da APS na qual se insere? Por quê?
4. Qual sua percepção sobre a localidade/área adscrita que atua? Por que essa área é ou foi considerada de difícil provimento de médico?
5. Em função da sua participação no Mais Médicos, como você avalia a interação e o diálogo com outros profissionais vinculados à ESF do município, participantes ou não do programa ou da equipe que você atua?
6. Como você se insere nas ações de atenção à saúde realizadas para a população adscrita? Qual orientação e enfoque o município preconiza? Que atividades específicas são realizadas?
7. Sobre a tutoria e a EAD, o acompanhamento e a formação tem contribuído para a sua atuação na ESF? Por quê?
8. No seu cotidiano, junto com as equipes, vocês fazem o monitoramento de indicadores (sociais, ambiente ou outros)? Há atividades planejadas nesta perspectiva na equipe e a nível de gestão municipal?
9. Você nota alguma mudança nestes indicadores, diante da presença do programa na área adscrita?
10. Quais os principais agravos que afetam a saúde das pessoas na área adscrita? A presença do programa tem contribuído neste cenário de alguma forma? Como?
11. Nas ações de referência e contrarreferência, de que forma você trabalha no cotidiano? Há facilidades e entraves?
12. Você trabalha com protocolos e fluxos instituídos pela gestão? Foi necessária alguma mudança nos protocolos e fluxos de regulação, diante da presença do programa no município?
13. Comente sobre as condições de trabalho oferecidas para sua atuação neste serviço e na área adscrita.
14. Em sua opinião, o que significa a presença do Programa Mais Médicos para este território no qual você atua?

15. De modo geral, o que pode ser feito para o aprimoramento do programa e quais dificuldades mostram-se mais relevantes?
16. Ao término do seu contrato, nas condições habituais ofertadas pela ESF, sem os diferenciais da proposta do Mais Médicos, você voltaria a exercer o seu trabalho em áreas consideradas de difícil provimento médico? Por quê?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901– Telefone: (081) 99622571 e e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A participação do entrevistado na pesquisa ocorrerá durante o período de janeiro de 2015 a maio de 2017.
- A pesquisa em questão traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não

ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço acima informado pelo período de 8 anos.

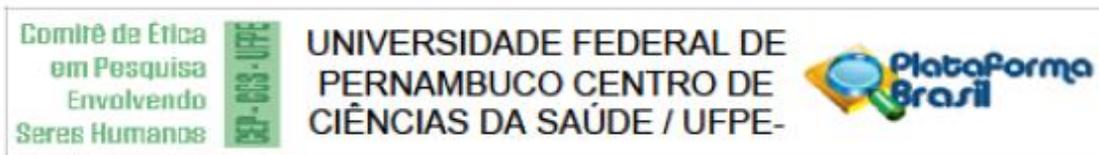
O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

UFPE/DMS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INICIATIVAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS E REGIÕES DE SAÚDE E SEU IMPACTO NA ESTRUTURAÇÃO DA OFERTA NO SUS: UM ESTUDO AVALIATIVO

Pesquisador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30694814.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 674.336

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de título "Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no sus: um estudo avaliativo", que tem como pesquisador responsável a Pro^{fa} Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social da UFPE. Projeto aprovado pela Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N^o 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde, obteve apoio financeiro pelo CNPq. Conta com equipe, cujos currículos dos integrantes foram anexados.

Objetivo da Pesquisa:

Sendo um projeto que comporta três subprojetos, tem-se:

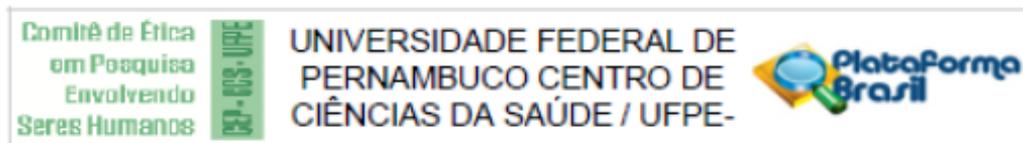
Subprojeto 1 (Redes assistenciais e seu potencial na efetivação da integralidade)

Objetivo geral: avaliar a integralidade na atenção utilizando o Câncer de Colo Uterino (CCU) como condição marcadora em Regiões de Saúde do Nordeste brasileiro.

Objetivos específicos: 1) Mapear as redes de atenção existentes destinadas ao cuidado do CCU; 2) Identificar a cobertura de Papanicolau nas Regiões de Saúde de estados do Nordeste, e 3) Traçar potencialidades e fragilidades na linha de cuidado ao CCU em Região de Saúde.

Sub-Projeto 2 (Avaliação do Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e

Endereço: Av. da Engenharia s/n^o - 1^o andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepecs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.336

estruturação da oferta: uma investigação mista)

Objetivo geral: avaliar a eficiência e a efetividade o Programa Mais Médicos na organização das redes assistenciais e estruturação da oferta no Nordeste.

Objetivos específicos: 1) traçar o perfil dos Profissionais atuantes no PMM; 2) avaliar a eficiência e a efetividade do PMM no campo do acesso às ações e serviços de saúde; 3) avaliar o impacto do PMM nas diferentes dimensões da integralidade sob o olhar de profissionais, usuários e gestores locais; 4) identificar potencialidades e fragilidades do PMM

Subprojeto 3 (Desafios e perspectivas da regionalização)

Objetivo geral: analisar o processo de regionalização da saúde no Nordeste na perspectiva da gestão estadual, das representações municipais e dos usuários.

Objetivos específicos: 1) comparar o discurso dos gestores estaduais (Nível Central e Macrorregiões e Gerências Regionais de Saúde), na condução da regionalização, com o arcabouço legal e normativo que garante e orienta a operacionalização desse processo; 2) confrontar os discursos dos gestores estaduais, diante da condução na implementação da regionalização da saúde, com os discursos dos gestores municipais, dos representantes das instâncias de participação social e dos usuários; 3) examinar o processo de regionalização da saúde no Nordeste a partir da compatibilidade entre os discursos, o arcabouço legal e normativo e as estratégias de operacionalização traçadas pelos atores envolvidos; 4) propor estratégias de operacionalização que estimulem o fortalecimento da implementação da regionalização da saúde no Nordeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: identificados como constrangimento em responder as questões abordadas, mas garantido que a qualquer momento é possível desistir de participar e retirar seu consentimento.

Benefícios: contribuições do entrevistado para sistematização de trabalho que poderá propiciar garantia da integralidade da assistência ao usuário do sistema público de saúde.

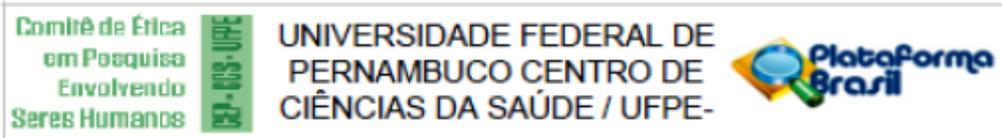
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa avaliativa desenvolvida com base no método misto (quantitativo e qualitativo), sendo os dados quantitativos coletados e analisados, feito com os dados qualitativos, para a interpretação integrada de todos os dados. Metodologia adequada ao que se pretende, cronograma ajustado às atividades, critério de inclusão e exclusão nos três grupos definido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados principais termos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCB
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 674.336

Recomendações:

Destacar dentre os benefícios, a devolução dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 04 de Junho de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCB			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-600	
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone: (81)2126-8588	Fax: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br	

ANEXO B – ARTIGO CIENTÍFICO

(Formato da Revista Interface)

Percepção dos gestores e profissionais da saúde sobre o Programa Mais Médicos em Salvador - BA.

Perception of managers and health professionals about the More Doctors program in Salvador

Percepción de gestores y profesionales de la salud sobre el Programa Mais Médicos en Salvador - BA.

PEREIRA, Nádia Virgínia Victor¹; SOUSA, IMC de²; BEZERRA, AFB³

¹ Pós Graduanda em Saúde Pública (Mestranda) do Instituto Ageu Magalhães – FIOCRUZ PE.

² Pesquisadora e Docente do Instituto Ageu Magalhães – FIOCRUZ PE.

³ Pesquisadora e Docente da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Endereço para correspondência: Rua Princesa Isabel, 72, casa 07 A, Jardim Frágoso, Olinda PE. CEP: 53250-210.

RESUMO

Apesar dos avanços no acesso à Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, a carência de profissionais e a distribuição desigual, em especial da categoria médica, permanece como um problema no país. Uma das estratégias para enfrentamento foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013. Considerando a implantação, os avanços e desafios do PMM, cabe à compreensão de como um programa com diretrizes nacionais vem funcionando em Salvador, onde se observou o maior aporte de profissionais do PMM da região Nordeste. Este estudo tem como objetivo analisar o provimento emergencial do PMM em Salvador, a partir da percepção dos gestores e profissionais médicos. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, utilizando como técnica a análise de conteúdo. Foi evidenciado, que durante o processo de implantação do programa houve muitas tensões, resistências e embates acirrados, contudo, as gestões municipal e estadual apresentaram receptividade para o acolhimento dos profissionais médico do PMM. O perfil profissional mais convergente com os princípios da atenção primária e a contribuição do PMM na ampliação da cobertura da Saúde da Família foram apontadas como as principais potencialidades. Como fragilidades, o estudo apontou a deficiência na formação continuada, a falta do cumprimento de carga horária e precarização do vínculo; a carência de investimentos na infraestrutura, insumos e recursos materiais, assim como a instabilidade do provimento emergencial e do PMM. A partir das falas é percebido que o provimento emergencial do PMM exerceu um protagonismo importante para a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, trouxe bons resultados apresentando efetividade em Salvador. Porém com a instituição de políticas de austeridade fiscal, a reformulação da PNAB em 2017, e a quebra de contrato da cooperação com a OPAS são evidências de retrocessos ao direito à saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Atenção Primária em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Avaliação de sistemas de saúde.

ABSTRACT

Despite advances in access to Primary Health Care (PHC) in Brazil, the shortage of professionals and unequal distribution, especially in the medical category, remains a problem in the country. One of the coping strategies was the creation of the Mais Médicos Program (PMM) in 2013. Considering the implementation, advances and challenges of the PMM, it is necessary to understand how a program with national guidelines has been working in Salvador, where the greatest contribution was observed. of professionals from the PMM in the Northeast region. This study aims to analyze the emergency provision of the PMM in Salvador, from the perception of managers and medical professionals. This is a qualitative case study, using content analysis as a technique. It was evident that during the process of implementing the program there were many tensions, resistances and fierce clashes, however, the municipal and state administrations were receptive to the reception of medical professionals from the PMM. The professional profile more converging with the principles of primary care and the contribution of the PMM in expanding the coverage of Family Health were identified as the main potentialities. As weaknesses, the study pointed out the deficiency in continuing education, the lack of compliance with the workload and the precariousness of the bond; the lack of investments in infrastructure, inputs and material resources, as well as the instability of emergency provision and the PMM. From the speeches, it is perceived that the emergency provision of the PMM played an important role in expanding the coverage of the Family Health Strategy, bringing good results, with effectiveness in Salvador. However, with the institution of fiscal austerity policies, the reformulation of the PNAB in 2017, and the breach of the cooperation contract with PAHO are evidence of setbacks to the right to health.

Keywords: More Doctors Program. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health systems assessment.

RESUMEN

A pesar de los avances en el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil, la escasez de profesionales y la distribución desigual, especialmente en la categoría médica, sigue siendo un problema en el país. Una de las estrategias de afrontamiento fue la creación del Programa Mais Médicos (PMM) en 2013. Considerando la implementación, avances y desafíos del PMM, es necesario entender cómo un programa con lineamientos nacionales ha estado funcionando en Salvador, donde los mayores Se observó contribución de profesionales del PMM de la región Nordeste. Este estudio tiene como objetivo analizar la provisión de emergencia del PMM en Salvador, desde la percepción de gerentes y profesionales médicos. Este es un estudio de caso cualitativo, utilizando el análisis de contenido como técnica. Se evidenció que durante el proceso de implementación del programa hubo muchas tensiones, resistencias y enfrentamientos feroces, sin embargo, las administraciones municipales y estatales fueron receptivas a la recepción de profesionales médicos del PMM. Se identificaron como principales potencialidades el

perfil profesional más convergente con los principios de la atención primaria y el aporte del PMM en la ampliación de la cobertura de Salud de la Familia. Como debilidades, el estudio señaló la deficiencia en la educación continua, el incumplimiento de la carga de trabajo y la precariedad del vínculo; la falta de inversiones en infraestructura, insumos y recursos materiales, así como la inestabilidad de la provisión de emergencia y el PMM. De los discursos se percibe que la provisión de emergencia del PMM jugó un papel importante en la expansión de la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia, trayendo buenos resultados, con efectividad en Salvador. Sin embargo, con la instauración de políticas de austeridad fiscal, la reformulación del PNAB en 2017 y el incumplimiento del contrato de cooperación con la OPS son evidencia de retrocesos al derecho a la salud.

Palabras clave: Programa de más médicos. Atención primaria de salud Estrategia de salud familiar. Evaluación de sistemas de salud

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, assegurado na Constituição Federal do Brasil na década de 80, vem trazendo importantes avanços no que tange a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhores condições de saúde para toda população¹.

Na década de 90, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1991 – e Programa de Saúde da Família – PSF, em 1994 – foi a alavanca motriz para a APS no Brasil. Em 2006 foi instituída a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, que reconheceu a saúde da família como estratégia e foi considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e ordenadora das redes de atenção à saúde^{2,3}.

Estudos apontaram diversos avanços na APS no Brasil. Houve melhoria nos indicadores de saúde, refletindo na redução das iniquidades sociais e econômicas da população^{3,4,5,6}.

Embora identificados os avanços, perduram muitos desafios a serem enfrentados e superados. Estudos apontaram a carência de profissionais da saúde, em especial o profissional médico, e sua distribuição desigual nas regiões brasileiras como um problema histórico e um dos maiores desafios do SUS^{7,8}.

A carência do profissional médico no país classifica o Brasil como um dos países de mais baixos índices de médicos por habitantes (1,8 médicos/1.000 habitantes). Entre as regiões brasileiras, o Norte e Nordeste apresentam as piores relações, sendo 0,97 e 1,0 médicos/1.000 habitantes, respectivamente^{9,10}.

Na busca por reduzir as desigualdades regionais, a carência do profissional médico, fortalecer a atenção primária no país, aprimorar a formação médica, fortalecer a política de integração ensino-serviço e a política de educação permanente, foi implantado, em 2013, o Programa Mais Médicos – PMM, a partir da Lei N^o 12.871^{11,12}.

Estudos apontaram que o Nordeste foi a região brasileira com maior incremento de médicos oriundos do Programa ^{9,13,14}. Mais de 1.200 municípios e 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI – foram beneficiados pelo projeto. Destaca-se o estado da Bahia, que mais recebeu médicos provenientes do PMM (28%), assim como 18 DSEI, levando o Estado a ampliar a razão de médicos por habitantes, de 1,09 para 1,17 médicos/1.000 habitantes.

O presente estudo visou estudar o provimento emergencial do PMM em Salvador, por ser um grande centro urbano, que apresenta uma polarização societária e alta vulnerabilidade social. Em um mesmo território, convivem populações extremamente ricas e as que vivem na linha da pobreza. Assim como as grandes capitais brasileiras, e em especial as nordestinas, convivem com um déficit histórico de médicos, além de dificuldades na estruturação da atenção primária, baixa cobertura da atenção primária, baixa relação médico por habitante e Estratégia de Saúde da Família. Além de prevalecer um modelo de política de saúde centrada no hospital, o que gera insuficiência e baixo acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017b).

Estes fatores colocam a cidade como prioritário para a adesão e o recebimento de profissionais do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, justificando o aprofundamento e a realização deste estudo. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo Analisar o eixo do Provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador, a partir da percepção dos profissionais médicos do PMM e gestores da saúde.

MÉTODO

Este estudo é integrante do projeto de pesquisa “Iniciativas Inovadoras na Organização das Redes Assistenciais e Regiões de Saúde e seu Impacto na Estruturação da Oferta no SUS: Um estudo avaliativo”, financiado pelo CNPq e coordenado pelo Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS) da

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, tendo como campo de pesquisa a região Nordeste. Caracterizado como estudo de caso, no qual o interesse foi de aprofundar-se nos elementos acerca do Programa Mais Médicos na Bahia, cujo campo de pesquisa foi a capital, Salvador, por meio de um desenho qualitativo.

A escolha do local do estudo se deu, primeiramente, pelo interesse da pesquisadora em estudar o provimento emergencial do Programa Mais Médicos em locais com escassez de médicos, chamando a atenção da autora que a cidade de Salvador no Estado da Bahia, foi o território nordestino com o maior incremento de médicos.

Além disso, Salvador possui uma baixa cobertura populacional na Atenção Primária e alta vulnerabilidade social. Nesse sentido, nasceu a iniciativa de analisar o processo de implantação, as potencialidades, fragilidades do provimento emergencial do PMM na capital baiana, a partir da percepção dos gestores e profissionais médicos do PMM.

Este estudo utilizou, como fonte de dados primários, o banco de dados da pesquisa qualitativa que integra o projeto de pesquisa. Foram incluídas, neste estudo, as entrevistas realizadas em Salvador em 2017, de quatro (4) profissionais médicos do Programa Mais Médicos que atuavam em Salvador, dois (2) Gestores da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e dois (2) Gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Todas as entrevistas foram gravadas e arquivadas em computador e na nuvem.

Para a análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo proposto por Bardin¹⁵ seguindo as três etapas de análise: pré-análise, exploração do material; tratamento dos resultados; e a interpretação dos resultados. A partir das transcrições, leituras exaustivas do corpus documental, as primeiras interpretações foram dadas, e categorizadas posteriormente.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAEE Nº 30694814.1.0000.5208, em atenção aos pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados a partir da análise de duas temáticas: (i) *O processo de implantação do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador* (ii) *Potencialidades, e fragilidades do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador*.

Com intuito de facilitar a compreensão das categorias encontradas, após a análise dos dados, os resultados foram agrupados no quadro, conforme segue:

Quadro 1 – Resumo das categorias temáticas trabalhadas sobre a análise do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador, 2019.

TEMAS	CATEGORIAS
<i>O processo de implantação do provimento emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador</i>	Tensões, resistências e embates acirrados no “nascer” do Programa Mais Médicos
	Receptividade da Gestão Municipal e Estadual para receber os médicos do provimento emergencial
<i>Potencialidades e fragilidades do provimento emergencial no Programa Mais Médicos em Salvador</i>	Perfil profissional convergente com os princípios da Atenção Primária
	Contribuição do PMM na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família
	Deficiências na formação continuada
	Falta do cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo
	Carência de investimentos na infraestrutura, insumos e recursos materiais
	Instabilidade do provimento emergencial e do PMM

Fonte: As autoras, 2019.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROVIMENTO EMERGENCIAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM SALVADOR

Tensões, resistências e embates acirrados no “nascer” do Programa Mais Médicos

A implantação do Programa Mais Médicos em Salvador se deu no ano de 2013. Nas falas dos gestores houve relatos de tensões, resistências e embates acirrados, por parte de diversos atores da sociedade. Para os gestores, as resistências se davam principalmente com a vinda dos médicos cooperados de Cuba e os intercambistas individuais. Foi observada na fala do entrevistado, a questão da reserva de mercado da carreira médica e conflito de interesses políticos. Muitos atores se posicionavam e demonstravam resistência a implantação do

Programa Mais Médicos, para os profissionais havia distorção e manipulação das informações.

O início foi extremamente polêmico, muito polêmico. Nós tivemos algumas audiências públicas, uma inclusive dentro do Ministério Público do Estado, que inclusive essa foi o marco, muito interessante.[...] E aí isso se acirrou muito, teve muitos embates, participei de alguns, muitas acusações, muitas delas infundadas, muito ligadas a questões políticas. E tinha uma questão muito clara, que é uma reserva de mercado [...] (Gestor Estadual 01).

[...] inicialmente a gente não tinha visto com bons olhos, porque seriam médicos estrangeiros que viriam, quando na verdade o que faltava era investimento na atenção básica pra atrair os médicos brasileiros[...]desde a faculdade já era uma intenção de entrar no programa (Médico 01)

As tensões, resistências e embates acirrados evidenciados nos discursos dos gestores e profissional médico, durante o período de implantação do Programa Mais Médicos em Salvador, foi semelhante ao comportamento evidenciado no restante do país. A pulverização e a constante exposição da mídia, com tom de negatividade, ironia e descrédito dado ao PMM, pode ter sido a principal alavanca para importantes debates e críticas da sociedade^{17,18,19}.

Alessio e Sousa (2017)²⁰ evidenciaram importantes elementos de tensão quanto à implantação do PMMB. Dentre eles, o posicionamento contrário e as constantes críticas advindas das entidades médicas como a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), cujo argumento se dava que a implantação do programa de deu como um ato impositivo e impensado proposto pelo governo federal. Este posicionamento fortalecia a depreciação do programa, considerando como inconstitucional e acionando diversas disputas judiciais para o impedimento do programa.

No momento de implantação do programa, no ano de 2013 em Salvador, os Governos do Estado e Municipal da Bahia e Salvador tinham representação no poder executivo políticos com posicionamentos ideológicos diferentes. Também foi observado uma carência histórica do profissional médico e uma baixa cobertura da Atenção Primária na capital baiana.

Santana e Vilasbôas (2018)²¹ evidenciaram em seu estudo avaliativo sobre a implantação do Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB, prejuízos à

APS quanto à escassez de médicos, sugerindo a importância de programas que valorizam a provisão de profissionais em especial na APS, e que o PROVAB na Bahia, foi essencial para o fortalecimento da APS na provisão de profissionais a fim de minimizar a carência profissional na Bahia.

Semelhante aos achados evidenciados por Santana e Vilasbôas (2018), os discursos acima sugerem que no momento da implantação do Provimento emergencial em 2013, houve o esforço e a disponibilidade da gestão estadual e municipal para enfrentar a rejeição instituída e institucionalizada por diversos atores sociais e implantar o Programa Mais Médicos em Salvador.

Também foram evidenciados a partir do diálogo dos entrevistados, que esta resistência e tensionamento quanto à implantação do provimento emergencial do PMM se deu pela falta de informação e comunicação quanto ao provimento emergencial de médicos nas áreas mais vulneráveis da capital baiana, somado ao posicionamento das instituições médicas, o qual tangenciava para que essa resistência ao programa fosse de cunho político e ideológico.

Receptividade da Gestão Municipal e Estadual para receber os médicos do provimento emergencial

Os discursos dos gestores e da profissional do PMM sugerem ter havido uma receptividade da gestão para o recebimento dos médicos do PMM. A fala do gestor estadual demonstrou que todos os médicos do programa foram recebidos, acolhidos e apresentados aos prefeitos dos municípios e as Secretarias de Saúde. A gestão municipal de Salvador e os profissionais médicos referiram realizar reuniões de boas vindas o qual, recepcionou e apresentou a rede de saúde e o funcionamento da APS no município:

Desde o início, a gente foi uma das diretorias que acolheram eles. Recebi todos os médicos estrangeiros, todos eles. [...] Fizemos todo o processo, a gente fez questão de ter um momento com eles, pra explicar como se estrutura a saúde na Bahia [...] A gente fez o acolhimento regional deles, e fazia também um evento pra poder apresentar aos prefeitos e secretários de saúde [...] pra virem aqui pra assinar um termo de responsabilidade e levar estes médicos até os municípios [...] (Gestor Estadual 01).

Todos os profissionais que chegam eles não vão pra unidade sem passar pelo acolhimento, eles passam pelo acolhimento que geralmente é de uma semana, né, então a gente [...]a gente procura levar a apresentação dos campos temáticos de quais são os trabalhos e as ações que vão ser desdobradas

para dentro da Atenção Primária, além disso, temos a apresentação [...] que é essa rede no município [...] lugar que eles estão chegando quantas unidades tem, quantos profissionais, é uma espécie de aproximação [...] também nós utilizamos os espaços da locorregional para fazer algumas discussões[...] (Gestores da SMS 03 e 04).

Aqui, desde o início eu fui bem acolhida pela secretaria municipal, fui logo apresentada de como é os fluxos de Salvador, embora a gente tenha alguns entraves nesses fluxos. [...] então a gente consegue que dentro da unidade se articular melhor como acontece diretamente com a secretaria [...] (Médica do PMM 02).

Na fala dos gestores e profissionais da Bahia e da capital Salvador emergiram que houve a preparação para o recebimento dos profissionais do provimento emergencial do Programa Mais Médicos assim como a articulação com os entes federativos, baseados no diálogo foram estratégias essenciais para o trabalho articulado, no processo de implantação do PMM em Salvador.

Os discursos sugerem vontade da gestão governamental em fortalecer a atenção primária, a partir do momento que se percebe a mobilização da gestão, a recepção dos profissionais médicos e a vontade em implantar o PMM, na capital baiana.

A partir dessa articulação entre governo e profissionais médicos do PMM, pode-se denotar a presença do tripé de governo, conforme propõe Matus (1993)²². Governança, por apresentar apoio e abertura política para implantação do programa; projeto de governo, onde os anseios da gestão e as necessidades coletivas convergiam para a provisão dos profissionais; e capacidade de governo, no qual os atores da gestão da época tinham experiência e formação ideal, que se alinhava com a execução da proposta do PMM, sendo capazes de promover essa receptividade à implantação do programa.

O diálogo, a autonomia, e o trabalho articulado entre os diferentes entes federados e atores sociais, foram fundamentais para realizar a receptividade, o apoio e a execução das ações do programa, apontando que o PMM trouxe uma importante contribuição na aproximação da comunicação, atributo importante para a construção de posicionamentos, deliberações e tomada de decisão das ações de saúde ²³. O PMM aproximou os espaços de diálogo e na coordenação da ação entre profissionais, gestão e sociedade.

Lotta, Galvão e Favareto (2016)²⁴ afirmaram que, apesar do programa ter centralidade no governo federal, há atribuições e responsabilidades dos entes federativos e que houve avanços na coordenação e ação desses entes, como ocorreu em Salvador. No entanto, o federalismo no Brasil, centralizado, ainda prejudica a produção de uma política de saúde em nível local. Em especial na atenção primária, a centralidade prejudica a coordenação das ações, acentuando as disparidades nas regiões brasileiras (RIBEIRO et al., 2018). Talvez o PMM possa ser uma política que avançou nesse processo, mesmo sendo a contratação dos médicos do programa pelo nível federal.

A partir das evidências apontadas nas falas dos entrevistados, houve uma estruturação e organização de Salvador para receber os médicos do programa. Evidencia-se maior aproximação entre os entes federativos mais diálogo nas diferentes instâncias e gestões, fortalecendo assim o processo de trabalho da atenção primária. Com a implantação do provimento emergencial do PMM, percebe-se a imposição de novos desafios que exigem uma maior preparação e organização das gestões estaduais e municipais nas tomadas de decisões.

Potencialidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador

Perfil do profissional do PMM convergente com os princípios da Atenção Primária

Ambos os gestores municipais e estaduais destacaram em suas falas que os profissionais do PMM já vieram com o perfil mais aproximado, convergente e preparado para atuarem na atenção primária. Ressaltaram que é perceptível a diferenciação na formação do ensino profissional e vivências com a APS entre os médicos intercambistas individuais, os cooperados e os brasileiros.

Foi relatado nas falas que os profissionais que se formaram em universidades estrangeiras apresentam uma maior proximidade com a atenção primária, especialmente os médicos intercambistas com formação nas universidades da Argentina e Cuba. Os entrevistados fizeram uma crítica, sinalizando que a formação do ensino médico no Brasil ainda se encontra centrada no modelo assistencial, na alta especialidade e hospitalocêntrico.

Alguns se formaram em cuba, então a gente percebe que muitos vêm com o perfil de atenção primária. Temos formados na Venezuela, na Argentina, alguns formados no Paraguai no Uruguai, então assim a gente percebe a diferença, mas na verdade, eu como médica que visitei tecnicamente esses

médicos, os formados em Cuba, na Argentina, são mais bem preparados [...] (Gestores Municipais 03 e 04).

[...] Os profissionais do PMM já vieram agregando, ou seja, já tem uma questão quantitativa, mais trabalhadores ampliando a condição do acesso [...] existe uma diferenciação de médicos que são intercambistas cooperados, intercambista individual e médicos brasileiros. São três perfis diferentes. E aí os médicos brasileiros, eles ainda não têm esta concepção de acompanhamento longitudinal, ações preventivas, de responsabilidade territorial [...] os cooperados já vem com esta orientação. Os intercambistas individuais [...] aqui tivemos médicos suíços, portugueses, angolanos, argentinos, uruguaios, venezuelanos, bolivianos, [...] E eles se aproximavam muito do perfil dos médicos cubanos. [...] a gente faz a crítica com a nossa formação no Brasil, pela perspectiva de que qual foi o momento que a gente fez essa escolha entendeu? [...] que é um modelo muito mais especializado, um modelo centrado em procedimento [...] a gente ainda precisa mudar. (Gestor estadual 01).

[...] um dos ganhos do Mais Médicos é o ganho subjetivo [...] Qual a herança que esses médicos estavam deixando pra Bahia? E era muito relacionada a esse jeito de assistir às pessoas. De dar atenção às pessoas. De se colocar no lugar delas na mesma condição que elas enquanto ser humano [...] (Gestor estadual 01).

Estudos evidenciaram que a distribuição de médicos em populações desassistidas contribuiu na redução das iniquidades sociais. Para além do legado dos médicos com maior vivência com a APS, em especial os cubanos, apresentam características mais humanísticas: o contato, o olho no olho, o senso de responsabilidade nas ações e o compromisso com o trabalho desenvolvido semanalmente são elementos que alavancaram e contribuíram para o fortalecimento da atenção primária ^{25,26}.

Silva et al. (2016)²⁷, ao entrevistarem médicos cubanos, identificaram resultados semelhantes quanto as evidências aos aspectos relacionados aos atributos da atenção primária. Outros estudos evidenciaram a relação terapeuta-paciente, o olhar clínico ampliado na avaliação médica e a redução do tempo de espera de consultas, têm sido demonstrados como pontos positivos, elevando o grau de satisfação de usuários e trazendo melhorias para a APS^{3,28}.

Em um estudo publicado em 2015, no qual foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais nos municípios brasileiros, foi evidenciado que o programa ampliou a capacidade de responder a demandas da população no território, com

maior celeridade e cuidado continuado, além promover a integração da equipe, proporcionando maior organização do processo de trabalho, o que contribui no fortalecimento da atenção primária no Brasil ²⁹.

Os achados evidenciados na fala dos entrevistados corroboram com a literatura, e foi possível perceber que o provimento emergencial em Salvador foi composto por profissionais de diferentes países. Além de o perfil profissional estar mais convergente com os princípios da APS.

Contribuição do Programa Mais Médicos na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família

Para os profissionais médicos e os gestores do município de Salvador, o provimento emergencial do PMM trouxe uma importante contribuição na ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família em áreas mais remotas e de alta vulnerabilidade social. Foi considerado como um dos principais ganhos para a população de Salvador, podendo desafogar as urgências e emergências e reduzir as iniquidades sociais. Além, do salto evidenciado no quantitativo de equipes de saúde da família:

Em 2013 a gente começou com o PROVAB[...] daí a gente foi diminuindo o PROVAB e aumentando o Mais Médico né. Na verdade, começou o PROVAB em fevereiro de 2013, e o Mais Médico em julho [...] em 2012 nós tínhamos 104 equipes de saúde da família. Aí com esses primeiros Mais Médicos a gente passou para 179 em 2013, hoje a gente tá com 250 equipes, [...] e aí que ajuda é claro, a sustentar essa cobertura porque minimamente ele tem aquele tempo ali fixo no serviço para desenvolver. Né o processo de trabalho dele então, teve um impacto em sua contribuição real, na cobertura (Gestores da SMS 03 e 04).

Essas áreas periféricas são áreas onde anteriormente ao programa não tinha muitos médicos [...] Então desafogou um pouco o sistema[...] pra fazer consulta com o médico demorava pra marcar 3 a 4 meses, hoje consegue fazer o exame, então a população que antes não tinha essa assistência, agora tem, e isso melhorou bastante, inclusive ainda tem a melhorar porque a cobertura da atenção básica ainda é muito pequena pra demanda da população (Médico do PMM 01).

Na capital baiana, o provimento emergencial foi estratégico para potencializar a ampliação da cobertura da saúde da família, antes, baixa. Percebe-se pelo aumento do número de equipes: salta de 97 para 250, conforme relatos dos gestores.

A adesão a programas de provimento médico, como o PROVAB, inicialmente, e o PMM, posteriormente, demonstrou a importância dessa ampliação de cobertura e no incremento de médicos na estratégia de saúde da família de Salvador. Santana e Vilasbôas (2018)²¹ evidenciaram um grande impacto na provisão de médicos, quando avaliaram o grau de implantação do PROVAB na Bahia.

Nas falas dos gestores e profissionais foi identificada como potencialidades a importância do profissional médico em áreas mais vulneráveis e remotas, a responsabilidade da condução sanitária na ampliação da cobertura da atenção primária. Além disso, os entrevistados apontaram que o PMM em Salvador contribuiu na redução da procura pela rede de urgência e emergência.

Estudos desenvolvidos nos últimos anos^{12,19,29} apontaram resultados semelhantes quanto às repercussões positivas na ampliação da cobertura da atenção primária após a implantação do provimento emergencial no Brasil em áreas mais remotas do país.

Os diálogos dos entrevistados no estudo foram bem semelhantes e alinhados com os critérios definidos pelo programa, conforme documento emitido pelo Ministério da Saúde⁹. O estado da Bahia tem cidades com alto PIB per capita, como Salvador, porém com altos índices de violência, com predomínio do tráfico de drogas e sem estrutura sanitária, assim como tem cidades distantes da capital, com IDH baixo. Ambos os casos apresentam similaridade na dificuldade de atrair e fixar médicos nos territórios.

Compreender a necessidade do programa em áreas de alta vulnerabilidade social é tão importante quanto à compreensão do perfil de saúde da população e a importância que o PMM trouxe na atenção primária. Os relatos sugerem que áreas com escassez de médicos aumenta a demanda nas urgências e emergências para tratar as comorbidades e suas complicações, que são tratáveis na atenção primária.

Semelhante ao encontrado nos diálogos no presente estudo, Silva et al. (2017)²⁵ afirmou que as áreas de alta vulnerabilidade social com maior pobreza, onde o acesso à saúde é mais escasso, convivem, ao mesmo tempo, as doenças crônicas degenerativas e as infecto contagiosas. O Programa Mais Médicos pode estar contribuindo no atendimento destas demandas.

Estudos identificaram que, apesar do protagonismo da Estratégia de Saúde da Família no processo de organizar e marcar consultas e evidenciado ampliação do acesso a consultas médicas na ESF com a implantação do PMM²⁷, ainda há

dificuldades no acesso a média e alta complexidade, por persistir longas filas e presença de fichas na recepção das unidades, incentivando a disputa por vagas 27,30,31.

O estudo aponta que o PMM foi uma importante iniciativa que contribuiu para a ampliação da cobertura na Estratégia de Saúde da Família, a partir da provisão de médicos em Salvador, quando se considera que quase metade dos médicos que compõe a Atenção Primária é do provimento emergencial.

Fragilidades do Provimento Emergencial do Programa Mais Médicos em Salvador

Deficiências na formação continuada do PMM

Os profissionais médicos entrevistados teceram críticas e apontaram deficiências na formação continuada do PMM e a insatisfação com a supervisão. Relataram visitas dos supervisores rápidas e com pouca resolutividade: Questionaram os horários das atividades de educação permanente, implicando na baixa participação dos profissionais, citando como exemplo o TELESSAÚDE. O gestor estadual relatou que é necessário o aperfeiçoamento do componente da supervisão.

A supervisão, eu tenho algumas críticas. Por ser um programa de assistência, mas ao mesmo tempo acadêmico [...] eu acreditei inicialmente que a supervisão fosse algo mais participante, mais aproximado com o médico, digamos assim. As visitas são realizadas uma vez no mês. Houve meses que não houve visita do supervisor nem pra saber se tá bom, não dizem nada. [...] as visitas muitas vezes são um pouco corridas [...] assim, se fosse planejado com antecedência, pode separar um turno pra supervisão, talvez um turno, um mês pra gente realmente discutir as demandas, as dificuldades, até temas importantes, dúvidas que a gente pudesse tirar com o supervisor, seria legal. A culpa não é dele [...] mas da forma como a supervisão foi e está sendo feita (Médico do PMM 01).

[...] eu acho que é uma fragilidade por conta dos horários, assim essas capacitações rápidas de internet a gente pode fazer inclusive no nosso dia que tem EAD, são importantes porque a gente tá sempre se atualizando né. Esse é um ponto que eu acho que deve manter e aprimorar e adequar. [...] o TELESSAÚDE eu gosto muito, já usei algumas vezes, mas o inconveniente é que muitas vezes as palestras são no horário de atendimento, atendendo aí muitas vezes não dá pra se programar... se eles enviassem pelo menos quinze dias, a gente poderia se programar pra gente assistir na unidade agora

a gente tem pouco acesso a ele, por conta dos horários [...] (Médica do PMM 04).

O PMM é um programa muito bom, mas não é um programa perfeito. [...] precisa ser aperfeiçoado. [...] exatamente a supervisão acadêmica e o componente pedagógico tá. Porquê? Porque O PMM vejo dentro de uma visão didática que precisa de três grandes agendas: uma agenda que eu diria assistencial, [...]uma agenda gerencial, formada por toda as relações humanas [...] e tem o último componente que é o pedagógico, que é essencial dentro do estabelecimento desse processo de ensino e serviço. Então, acho que isso seja uma falha do programa que ouvi para algum tipo de solução (Gestor estadual 02).

Os relatos dos entrevistados neste estudo demonstram como pontos de fragilidades do Programa Mais Médicos a supervisão acadêmica, eixo estratégico e obrigatório do programa. Além disso, teceram críticas quanto aos horários das atividades de educação permanente, a exemplo o TELESSAÚDE. Corroborando com a literatura quanto às fragilidades evidenciadas no componente da supervisão, tutoria, e formação acadêmica preconizadas no PMM.

O PMM apresenta em seu marco normativo a educação permanente, pilar essencial para assegurar a integração ensino serviço e tentar aproximar o ensino da medicina com o modelo de atenção voltado ao atendimento das demandas da saúde pública. Foi visto uma inovação no campo da esfera federal, a partir de um modelo gerencial voltado ao compartilhamento de ações, com a integração do Ministério da Saúde – MS – e Ministério da Educação – MEC³².

O profissional médico responsável pela supervisão e tutoria PMMB, tem como objetivo acompanhar, fiscalizar as atividades voltadas ao ensino e ao serviço. São preconizadas visitas mensais nas unidades de saúde que possuem médicos do provimento emergencial^{33,34}.

As práticas médicas se aproximam com a integralidade quando bem conduzidas e supervisionadas, além do que, a supervisão vem sendo apontada como uma iniciativa positiva, principalmente com a implantação do PMM ^{33,34}.

Almeida, Macedo e Silva (2019)³² apontaram que as tentativas de melhoria no componente pedagógico podem ter sofrido uma ruptura após o golpe político ocorrido em 2016. Um estudo publicado em 2019 destacou que, após o processo do impeachment presidencial, houve modificações nas áreas gerenciais do MEC e do MS, provocando diversas mudanças organizacionais no PMM. Ações relacionadas à

reforma curricular do curso de medicina, os módulos de acolhimento, avaliação e cumprimento das ações da supervisão e tutoria sofreram diversos danos e prejuízos na execução.

Esse agravamento a nível central evidenciado pelo estudo de Almeida, Macedo e Silva (2019)³⁴, pode ter sido sentido em âmbito municipal e estadual, quando se evidencia, na fala dos entrevistados, um posicionamento de preocupação e fragilidades com relação à supervisão e tutoria acadêmica. Esse fato também compromete a execução do programa, proporcionando um distanciamento entre o que foi planejado, enquanto programa e integração de ensino e serviço, e o que está sendo executado.

Falta de cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo

Em Salvador, o cumprimento da carga horária foi visto como uma fragilidade, não só para os médicos do provimento emergencial do PMM, mas para os diversos profissionais da rede de atenção primária, conforme relatos. Destacaram não ter tido esse tipo de problema com os profissionais Cubanos, diferente dos intercambistas individuais, que no início cumprem a carga horária e com passar do tempo descumprem. Segundo relatos, os profissionais referiram que, como os vínculos empregatícios são com o governo federal, eles questionaram as exigências impostas pelo município. Esse fato também foi colocado por um profissional médico do PMM:

É o problema de cumprimento da carga horária não só do profissional médico específico não, perpassava por todas as categorias profissionais, claro que o médico de uma forma muito acentuada [...] implantamos a biometria, e aí a gente enfrentou um problema muito grande com profissionais mais médico e PROVAB [...] porque eles não queriam bater ponto, porque eles não eram funcionários da secretaria de saúde de salvador, eram do ministério. [...] A gente não teve resistência com os cubanos. Pra bater o ponto. [...] em relação a isso da frequência e tudo eles acabam depois como os brasileiros, principalmente os que se formaram aqui. Então o intercambista chega tudo certinho, cumprindo o horário tudo direitinho, mas chega o momento que vai tendo a convivência e percebe né[...] (Gestores SMS 03 e 04).

Os profissionais médicos sinalizaram como fragilidade a precarização do vínculo empregatício, o formato do contrato e remuneração ser tipo bolsista, não possuir direitos trabalhistas como 13º salário, proporcional de férias, além de verbalizarem a necessidade de reposição de horários por motivos como licença e doença, quando superior a 15 dias de afastamento, ou por licença maternidade:

Quando a gente entra no programa, a gente entra sabendo que a gente não tem direito do trabalho. [...] a representante de Brasília disse que a gente não era trabalhador, [...] “você não são trabalhadores, são bolsistas” [...] o que mais traz desconforto pra gente é a prefeitura trazer como atrativa é essa parte da estabilidade, o direito às férias, mas a gente tem direito assim, se a gente não tirar, a gente não recebe. Não tem férias, não tem 13º salário, e não tem benefício nenhum e assim eu que não tenho eu não tive os auxílios moradia e é só o dinheiro da bolsa e não tem estabilidade. Assim, se a mulher engravidar, ela engravida, tem o direito a licença, e depois tem que repor. Adoecimento 15 dias você tem direito atestado. Passou de 15 dias vamos supor tenho que repor. Aí quem engravida é a mesma coisa, não tem licença maternidade, não tem direito a seguridade... agente tem vantagem salarial porque a gente não precisa declarar esse dinheiro. [...] Declarar, declara só como bolsa (Médica do PMM 03).

O cumprimento de carga horária e a precarização do vínculo - emergiram nos discursos dos profissionais e gestores, como fragilidades, porém vão além do PMM em Salvador. Eixos que envolvem educação e seguridade social são pautas de todas as esferas governamentais e da sociedade. O momento atual é de aprofundar e ampliar os debates nos espaços sociais e resistir, em tempos de austeridade.

O cumprimento da carga horária se fez presente nos discursos dos gestores de Salvador, os quais destacaram o compromisso dos cubanos no cumprimento dos horários. Achados semelhantes encontrados no estudo²⁷ quando avaliou a percepção de 25 usuários no sertão nordestino.

Vargas e Caetano (2017)³⁵ fizeram uma reflexão sobre a precarização do vínculo médico com a implantação do programa. Os autores ressaltam o retrocesso que ocorre, de forma acelerada, nos últimos três anos na derrocada dos direitos trabalhistas: a aprovação da Lei da terceirização, precarização nas relações trabalhistas do trabalhador rural, enfraquecimento dos sindicatos e a polêmica reforma da previdência. Os autores concluíram que é necessário o debate aprofundado sobre a proteção social, igualdade de salários e formas de contrato realizado pelo programa. Sinaliza caminhos tenebrosos que acutila a sociedade rumo à legitimidade da desconstrução dos direitos sociais.

Carência de investimentos na infraestrutura, na informatização, nos insumos e recursos materiais

A percepção dos médicos entrevistados demonstrou a carência de investimento na infraestrutura, recursos materiais e insumos em Salvador. A

infraestrutura não adequada, as reformas recorrentes nas unidades de saúde, unidades que não comportam a quantidade de profissionais, escassez de insumos e recursos materiais, gerando impactos nos atendimentos, trazendo prejuízos na prestação da assistência mais adequada na atenção primária, foi pontuada nos discursos dos profissionais.

A falta de infraestrutura acaba impactando bastante né... no atendimento... porque o PSF é aquele atendimento continuado que você vai dar a assistência por um período, você conhece a família, faz vínculo e aí o paciente às vezes não entende que a falta não é do profissional... o profissional tá na unidade todos os dias, mas muitas vezes não tem como dar tanto suporte, quando falta medicação... às vezes, quando o paciente passa mal a gente não tem recursos para ajudar aqui e depois tem que mandar pra UPA... então assim... acaba impactando, né[...]
(Médica do PMM 02).

Este estudo identificou a partir da percepção dos entrevistados, a necessidade de investimentos na infraestrutura, nos recursos materiais e insumos. Os médicos do provimento de Salvador relataram que estruturas inadequadas, a falta de insumos e recursos materiais prejudicam a assistência aos usuários. Os gestores referiram ter recebido recursos federais para investir na infraestrutura, porém a burocracia retardou a qualificação, estruturação e implantação das unidades de saúde.

A partir das falas dos entrevistados é possível evidenciar que esta carência é um problema que traz danos e prejuízos não só para os profissionais médicos do provimento emergencial, mas também de todos os profissionais que atuam na atenção primária.

Soares Neto, Machado e Alves (2016)³⁶ avaliaram a infraestrutura das unidades nas cinco regiões do país, correlacionando com IDH municipal. Foi identificado que as unidades que receberam médicos do provimento apresentam índices de estrutura melhores, onde 65,2% foram classificadas como média qualidade e 5,8% tem infraestrutura de baixa qualidade. O estudo aponta que as unidades de saúde das regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram os níveis inferiores de qualidade.

São necessários estudos para avaliar a qualidade da infraestrutura e disponibilidade dos insumos e recursos materiais das unidades, uma vez que essas temáticas foram pouco abordadas, principalmente como eixo estruturante do PMM³⁷. Uma unidade de saúde inadequada, que não fornece espaço suficiente para a

realização das atividades e a falta de insumos, medicamentos e materiais básicos, tem um impacto negativo na execução das ações. Percebe-se que essa inadequação é uma realidade no Brasil e a tomada de medidas para sanar o problema se faz necessária ^{38,39}.

Estudo que avaliou o escopo da prática identificou que é corriqueiro um profissional relatar que sabe fazer um determinado procedimento e não consegue realizar, destacando a infraestrutura inadequada e a falta de materiais como aspectos que comprometem o cuidado em saúde ³⁸.

Um dos desafios que fragilizam a execução e o monitoramento das atividades realizadas pelos profissionais do PMM foi a construção do painel de indicadores. A falta de informatização das unidades de saúde, como a dificuldade de implantação dos prontuários eletrônicos, foi sinalizada como um importante e desafiador componente para o monitoramento dos indicadores:

Aqui ainda não tinha o prontuário familiar, separado por ordem alfabética e ainda há muita perda de prontuário [...] então isso é um fator limitante e até pra estudos epidemiológicos pra te dizer assim: quantos hipertensos tem em minha área? Eu não sei, eu não sei dizer [...] o prontuário eletrônico seria muito importante [...] Pra ser sincero esses indicadores de saúde são até um pouco difíceis de serem feitos aqui... porque assim um... um fator que limita chama-se prontuário de papel é um problema extremamente importante e assim que complica bastante o atendimento e o acompanhamento dos pacientes de forma adequada (Médico do PMM 01).

A expressão e expansão das informações por meio de indicadores ainda é um desafio para a atenção primária e da gestão municipal. Os entrevistados sabem da importância dos indicadores, como também, o provável impacto de melhoria nos indicadores após a implantação do Programa Mais Médicos. Além disso, a carência na aquisição de materiais para a informatização das unidades é uma realidade evidenciada nas falas, e isso traz impactos na construção de painéis de monitoramento.

O painel de indicadores é uma ferramenta essencial para a tomada de decisão, mas referem dificuldades na construção destes painéis de monitoramento. Os desafios são muitos, desde a mudança do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS, perda de informações e de produção, dificuldades de implantação ou ausência dos prontuários eletrônicos nas unidades de saúde.

Estudos realizados no Norte e Nordeste do Brasil, que avaliaram o comportamento do indicador de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) após a implantação do programa, mostraram resultados positivos para a redução desse indicador em doenças como diarreias e gastroenterites, principalmente em menores de cinco anos. Os estudos concluem que a implantação do PMM foi importante para o impacto positivo nesse indicador^{13,40}.

A ampliação de investimentos na infraestrutura das unidades de saúde, a aquisição de equipamentos e material permanente, a informatização das unidades de saúde e a instituição de prontuários eletrônicos nas unidades de saúde podem impactar na melhoria dos indicadores ^{36,37}.

Instabilidade do provimento emergencial e do Programa Mais Médicos

Emergiram no conteúdo das falas dos profissionais médicos, a preocupação, a instabilidade do provimento emergencial, assim como a motivação em continuar a trabalhar na atenção primária:

Eu gosto de trabalhar com a atenção primária é até estranho que eu se falar isso pra outros colegas vão me chamar de louca, como a ESF é estruturada, mas eu fico triste da forma como está se desestruturando... Não é mais obrigatório ter agente de saúde na equipe de saúde da família. Isso pra mim não tem lógica nenhuma entendeu? [...] e vai se desestruturando [...] mas é o processo de trabalho que eu gosto, eu até já pensei em fazer residência em saúde da família, mas aí quando a gente pensa em tudo que a vida toda nesse processo, com tantas angústias aí quando a gente fica sem querer continuar, mas eu gosto de trabalhar na atenção básica (Médica do PMM 03).

[...] o momento agora é de qualificar esta atenção básica, tornar ela mais resolutiva e poder estruturar as linhas de cuidado e esta rede. Então o estado tá muito preocupado em fazer educação permanente, capacitar os profissionais da atenção básica, e qualificar esta rede de diagnóstico... Sobre a reforma da PNAB uma das grandes críticas que eu tenho feito em relação a nova proposta que está aí colocada e que realmente é uma situação bem crítica até pela postura que o governo federal tem tido de aprovar as coisas 'meio que goela abaixo' mas a grande crítica que eu faço tá exatamente numa condição onde tá se deixando de fazer algumas análises, não tá se analisando, o fazer dos trabalhadores [...] A gente tá voltando pra década de 70, literalmente isso. A gente não tá discutindo uma mudança na atenção básica, a gente tá discutindo uma mudança de modelo. E uma mudança de modelo pra pior, e isso me deixa muito preocupado [...] (Gestor estadual 01).

Os profissionais e gestores entrevistados relataram a sua percepção sobre, caso houvesse, o encerramento do provimento emergencial. Os atores sociais frisaram a importância do programa e se posicionaram que seu encerramento seria um retrocesso, principalmente em deixar de assistir as populações das áreas mais periféricas e distantes, com situação de vulnerabilidade social.

Acho que não vai voltar à situação de desassistência, vai ser impossível. O subúrbio de Salvador é a área de prioridade do Mais Médicos [...] vai ser um problema muito grande pra população, eu não entendo como um programa foi feito se ele é emergencial e se ele vai acabar todos os problemas vão voltar, porque assim, a família que era assistida vai deixar porque não tem pra onde ir, entendeu? Eu acho que 'tapou o sol com a peneira' e voltar tudo de novo (Médica do PMM 03).

Tanto os profissionais quanto os gestores municipais pontuaram como desafio a manutenção desses médicos, com outro tipo de vínculo, não mais sendo pago pelo governo federal. Os discursos dos médicos entrevistados sugeriram interesse em permanecer por mais tempo como médicos da unidade de saúde da família na qual atuam.

Os gestores estaduais relataram como um desafio e retrocesso, a vagariedade quanto à formação do ensino médico e a ampliação das residências médicas, para que, na medida em que os ciclos de adesão ao provimento emergencial fossem encerrados, os profissionais fossem substituídos pelos residentes médicos.

[...] o PMM é um programa do governo brasileiro, para o povo brasileiro, feito por médicos brasileiros. Assim que acredito nisso. E o provimento emergencial, é como o próprio nome está colocando, e emergencial, e interino, provisório. Então o grande desafio, do programa é conseguir viabilizar, não só a quantidade de cursos de medicina qualificados para gerar residentes, como estruturar programas de residência, eu mesmo tô falando eu conseguir fazer um curso de medicina da família e da comunidade [...] (Gestor estadual 02).

Quanto às instabilidades do provimento emergencial no PMM identificadas nos discursos, os entrevistados se dizem preocupados com a instituição da nova PNAB, aprovada em 2017. Eles classificaram como um retrocesso que pode prejudicar o trabalho que está sendo construído em Salvador, além de impactar na motivação em trabalhar na atenção primária.

Com esses relatos, quanto à continuidade e a instabilidade do provimento emergencial na atenção primária, é possível afirmar que a instituição do Programa

Mais Médicos foi primordial para ampliar o olhar dos médicos, quebrando paradigmas e mudanças na opinião sobre o funcionamento inadequado da atenção primária.

A nova PNAB impõe mudanças importantes na organização das equipes de saúde da família, como o quantitativo de agentes comunitários de saúde, flexibilidade na ESF, podendo ser adotada o modelo tradicional, permanência de um financiamento inadequado para as ações da atenção primária, fragilidades no componente de participação social, dentre outras medidas ⁴¹.

Considerando que as entrevistas foram realizadas no ano de 2017, foi pontuada qual a percepção destes atores sociais caso o programa de provimento emergencial se encerrasse em 2019. O momento político vivenciado na época direcionava a um futuro sombrio e duvidoso aos avanços da atenção primária brasileira e nas conquistas e desafios que foram evidenciados no PMM. As mudanças na PNAB, que tinha sido implementada no mesmo ano, ameaçavam o direito universal à saúde.

Outro retrocesso, vivenciado no segundo semestre de 2018 e nos primeiros meses de 2019, foi o rompimento do convênio da cooperação cubana, realizado pela OPAS ao PMMB. A polêmica do distrato iniciou no período eleitoral, após as declarações com tons de ameaça do então candidato e presidente do país na época. Vale destacar que os cubanos estavam presentes em mais de 3.600 municípios, dando uma cobertura assistencial a mais de 60 milhões de brasileiros. Com a saída dos médicos cubanos, o governo federal prorrogou o provimento emergencial, sendo aberto mais um edital do ciclo de chamamento médico. Mas, como era de se esperar, não houve o preenchimento das vacâncias, principalmente em áreas mais distantes e isoladas do país⁴².

Com as percepções encontradas neste estudo, vale refletir sobre o que anteriormente era temido: a descontinuidade do programa, bem como a substituição do provimento emergencial pelos programas de residência. Além disso, o impacto de desconstrução do SUS, centrado na atenção primária, é amplamente fortalecido com a agenda política de austeridade, implantada desde 2016. É estimada uma redução de investimentos, na área de saúde, de 415 bilhões nos próximos 20 anos ^{3,43}.

No dia 23 de julho de 2019, foi publicada em jornais eletrônicos a nova proposta do governo atual: a substituição do Programa Mais Médicos por um programa que, provavelmente, custará 50% a mais para os cofres do governo

federal. Segundo a notícia, a provisão dos médicos será feita via concurso público e os médicos contratados pelo governo federal. A grande questão é que esse projeto não condiz com a política de enxugamento de gastos que está sendo executada pelo governo⁴⁴.

Vale destacar que na proposta do PMM, por ter uma característica interssetorial que inclui componentes da saúde e educação, o debate da continuidade do programa vai muito mais além da provisão emergencial. É necessária uma profunda reflexão, incluindo a sociedade, a comunidade acadêmica e o governo, para que seja definido o futuro da sustentabilidade e continuidade do Programa Mais Médicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso sobre o a análise do provimento emergência do Programa Mais Médicos em Salvador, por meio de um desenho qualitativo, a partir da percepção dos gestores e profissionais médicos vinculados ao PMM trouxeram contribuições importantes para a avaliação do Projeto Mais Médicos pelo Brasil e seu contexto na Atenção Primária em Saúde.

Durante o processo de implantação do programa, houve tensões e embates, sendo citada a influência política e debates calorosos com a sociedade, gerando tensionamentos importantes. Porém, apesar das polêmicas, momentos de muitas resistências vivenciadas durante o processo da implantação, o diálogo com diversos atores da sociedade, a receptividade das gestões estadual e municipal foram estratégias essenciais para que programa fosse implantado, ganhasse força e aceitação.

A convergência entre a formação médica dos profissionais do provimento emergencial foi destacado como uma das maiores potencialidades do PMM em Salvador, assim como a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Foi identificado que o processo de trabalho do médico se aproximava dos atributos preconizados na atenção primária.

O estudo identificou como pontos de fragilidade do programa a deficiência na formação continuada, na falta do cumprimento da carga horária e a precarização do vínculo. O estudo aponta que sejam realizados reflexões e estudos aprofundados acerca da formação continuada, para que sejam traçadas melhorias neste processo.

Quanto à precarização do vínculo médico, o estudo trouxe importantes contribuições, a partir da fala dos entrevistados. A partir do momento que o programa tem o custo financeiro centralizado no governo federal, muitos municípios dependem do programa para a manutenção dos profissionais médicos e na ampliação da cobertura populacional na atenção primária. O estudo evidenciou que Salvador caso o provimento emergencial do PMM venha a ser encerrado, terá que rever a situação financeira para manter a ampliação da atenção primária, assim como manter os profissionais médicos do provimento com outro formato de vínculo.

É necessário aprimorar o debate sobre o PMM, pois a maioria dos municípios brasileiros convive com a carência de profissionais médicos nos serviços de saúde. A despesa orçamentária com saúde e o limite de gasto com pessoal previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF muitas vezes encontram-se com os limites ultrapassados, e muitas cidades não têm condições de manter o profissional médico. Além disso, debates atuais como terceirização de vínculos empregatícios e a reforma da previdência coloca como um grande retrocesso para a luta dos direitos do trabalho no país.

Sugere-se, o aprofundamento dessas questões, com a realização de mais estudos acerca da temática, levando em consideração as receitas e despesas dos municípios e as contrapartidas dos Governos, Estadual e Federal, para investimentos em gestão de pessoas na saúde.

Assim como no Brasil, Salvador convive com problemas de infraestrutura nas unidades de saúde, insuficiência no abastecimento de recursos materiais e insumos, problemas gerenciais, organizacionais e estruturais, colocando como uma fragilidade não só para os médicos do provimento emergencial do Programa Mais Médicos, mas também para toda a Atenção Primária. Foi evidenciada infraestrutura inadequada, falta de abastecimento de recursos materiais e insumos, o qual coloca como um desafio para a execução das ações e das práticas médicas.

O estudo ratifica que o provimento emergencial do Programa Mais Médicos tem sido efetivo e demonstrado bons resultados na atenção primária em Salvador. Porém, com a instituição da nova PNAB em 2017 (BRASIL, 2016, 2017a), pontuada como um desafio e retrocesso na atenção primária põe em risco a motivação dos profissionais em trabalhar na atenção primária. Além disso, ainda é sombria e instável quanto à sustentabilidade e continuidade do PMM.

A política de austeridade fiscal disposta na EC 95/2016, além da recente quebra de contrato da cooperação com a OPAS, em que os médicos cubanos deixaram o programa, vem retrocedendo os avanços conquistados no direito à saúde, em especial nos avanços conquistados nos últimos anos na atenção primária.

Faz-se necessário um amplo e profundo debate com a sociedade, o governo e a academia científica para discutir os caminhos futuros do Programa Mais Médicos, a atenção primária e o SUS que o Brasil quer.

REFERÊNCIAS

1ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, mar. 2011.

2BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

3MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, set. 2018.

4FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 12-17, set 2018.

5MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

6PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

7CARVALHO, V. K. S.; MARQUES, C. P.; SILVA, E. M. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, set. 2016.

8BRITO-SILVA, K. S. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino**: uso de condição marcadora em estudo misto. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 2013.

9BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

10MOTA, N. P.; RIBEIRO, H. Mobilidade internacional de médicos. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 255-273, ago. 2016.

11BRASIL. 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**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 206, p. 1-4, 23 out. 2013.

12CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

13GONÇALVES, R. F. *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, set. 2016.

14NOGUEIRA, P. T. A. *et al.* Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados no Nordeste, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, set. 2016.

15 BRASIL. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. **Relatório Anual de Gestão (RAG) - Bahia**, 2017. Brasília: SARGSUS, 2017b. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=29&codTpRel=01&SARGSUS_TOKEN=XA8B-ZVO7-DUQZ-VGEE-G0AZ-LNQ6-OU03-FJGT

16BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

17SEGALIN, M. **O Programa Mais Médicos**: Um estudo de imagem a partir da revista Veja. 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

18 LUZ, C.; CAMBRAIA, C. N.; GONTIJO, E. D. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. **Tradterm**, São Paulo, v. 25, p. 199-233, ago. 2015.

19KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, set. 2016.

20ALESSIO, M. M., SOUZA, M. F. The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.21, p. 1143-56, Supl.1, 2017. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-21-s1-1143.pdf>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 nov.2019.

21SANTANA, A. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Evaluation of the implementation of the Primary Care Professional Valorization Program in the state of Bahia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 203-217, out. 2018.

22MATUS, C. O triângulo do governo. *In*: MATUS C. **Política, planejamento e Governo**. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 59-62.

- 23MULLER NETO, J. S. M.; ARTMANN, E. Política gestão e participação em Saúde: Reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio e Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, dez. 2012.
- 24LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, set. 2016.
- 25SILVA, H. P. *et al.* The More Doctors for Brazil Project - challenges and contributions to Primary Care in the vision of the cooperated physicians. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1257-1268, 2017. Supl. 1.
- 26SANTOS, W. *et al.* Avaliação da Experiência do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, jan./mar. 2019.
- 27SILVA, T. R. B. *et al.* Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, set. 2016.
- 28 CARRER, A. *et al.* Efetividade da Estratégia de Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2849-2860, set. 2016.
- 29SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, nov. 2015.
- 30LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52-66, set. 2018.
- 31GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, set. 2018.
- 32 ALMEIDA, E. R.; MACEDO, H. M.; SILVA, J. C. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e180011, supl. 12019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.
- 33 FRANCO, CM.; ALMEIDA, P. F. de.; GIOVANELLA, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.9, p.1-17, set. 2018.
- 34 GIOVANELLA, L. ;ALMEIDA, P. F. de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. Supl 2, p.1-21,Out 2017.
- 35VARGAS, D. S.; CAETANO, R. C. A questão do trabalho no “Programa Mais Médico”: precarização em troca do direito à saúde? *IN: SEMINÁRIO DE INTEGRAÇÃO DO*

GLOBAL AO LOCAL: O PODER DAS ESCALAS SOBRE O TERRITÓRIO, 16., 2017, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2017.

36SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2709-2718, set. 2016.

37MEDINA, M. G. *et al.* Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 346-360, set. 2018.

38GIRARDI, S. N. *et al.* Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, set. 2016.

39LIMA, S. V. M. A. *et al.* O programa mais médicos e a atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. **Gestão e Sociedade**, Sergipe, v. 11, n. 30, p. 1963-1975, ago. 2017.

40CARNEIRO, V. B. *et al.* Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o programa mais médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes**, Marajó-Pará, v. 2, n. 4, 360-371, 2016.

41MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

42SARTORATO, D. Cuba deixa o Mais Médicos após declarações “ameaçadoras” de Bolsonaro. **Brasil de Fato**, 14 nov. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/14/cuba-deixa-o-mais-medicos-apos-declaracoes-ameacadoras-de-bolsonaro/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

43DONIEC, K.; DALL’ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **Lancet**, Boston, MA, USA, v. 388, n. 10047, p. 867-868, 2016.

44 FIGUEIREDO, C. Sem dinheiro, governo quer substituir Mais Médicos por programa 50% mais caro. **Brasil de Fato**, 23 jul. 2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/07/23/sem-dinheiro-governo-quer-substituir-mais-medicos-por-programa-50-mais-carol>. Acesso em: 24 jul. 2019.