



**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
REPERCUSSÕES NO CAMPO DA SAÚDE PARA UMA CIDADE
DO INTERIOR CEARENSE**

**EVALUATION OF THE MAIS MÉDICOS PROGRAM: REPERCUSSIONS ON
THE HEALTH FIELD FOR A CITY IN THE INTERIOR OF CEARÁ**

ANTÔNIO ALBERTO FREITAS

Universidade Federal do Ceará
Email: albertofreitas476@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8860-4703>

PEDRO ROSAS MAGRINI

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Email: pedromagrini@unilab.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6158-456X>

FRANCISCO EVERSON DA SILVA COSTA

Universidade Federal do Ceará
Email: franciscoeverson99@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7274-4445>

MARIA KELVIANE FREITAS DA SILVA

Universidade Federal do Ceará
Email: kelvifreitas@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5753-8117>

RESUMO

Objetivo: Avaliar o Programa Mais Médicos (PMM) através das percepções dos usuários, profissionais da saúde e gestão, lotados no município de Itapiúna/Ceará. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com 18 usuários, 3 médicos e 5 enfermeiros, de 5 Unidades Básicas de Saúde, além de 1 gestor municipal da saúde. A coleta de dados e informações foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas e questionários abertos, utilizando a técnica de análise de conteúdo explorado por Bardin (2016). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unilab. **Resultados e reflexões finais:** Verificou-se que o PMM envolve um reconhecimento social, profissional e administrativo como importante instrumento de acesso à saúde no contexto da realidade pesquisada. Notou-se, ainda, que os grupos da pesquisa enxergaram a possibilidade de encerramento do PMM como um declínio ao esforço que o Governo Federal vem estabelecendo no fortalecimento do acesso da população na Atenção Básica.

Palavras-Chave: Avaliação de Políticas Públicas; Programa Mais Médicos; Políticas de Saúde; Programa Social; Avaliação Participativa.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Mais Médicos Program (PMM) through the perceptions of users, health professionals and management in the municipality of Itapiúna/Ceará. **Method:** Qualitative study, conducted with 18 users, 3 physicians and 5 nurses, from 5 Basic Health Units, and 1 municipal health manager. Data and information were collected through semi-structured interviews and open questionnaires, using the content analysis technique explored by Bardin (2016). The research was approved by the Unilab Ethics Committee. **Final results and reflections:** It was verified that PMM involves social, professional, and administrative recognition as an important instrument of access to health care in the context of the researched reality. It was also noted that the research groups saw the possibility of closing the PMM as a decline in the effort that the Federal Government has been establishing to strengthen the population's access to Primary Care.

Keywords: Public Policy Evaluation; Mais Médicos Program; Health Policies; Social Program; Participatory Evaluation.

1 Introdução

Em uma cidade do interior cearense, contexto abordado nesta pesquisa, a responsabilidade de realizar a avaliação de uma política pública, ênfase na saúde, é repleta de desafios. Tornando-se ainda mais desafiadora quando os/as pesquisadores/as decidem realizar uma avaliação participativa, compreendendo, assim, perspectivas de diferentes vertentes: usuários, profissionais da saúde e gestão. Para um melhor entendimento, este estudo parte do pressuposto de que faz-se necessário incorporar efetivamente dimensões de diferentes olhares ao processo de avaliação de políticas públicas que as tomem como público-alvo. Assim, o objetivo deste artigo é avaliar o Programa Mais Médicos (PMM) através das percepções dos usuários, profissionais da saúde e gestão, lotados no município de Itapiúna/Ceará.

Posto isso, observa-se o quanto a implementação de políticas públicas de saúde são capazes de transformar realidades, sobretudo de regiões com maior vulnerabilidade. Sabe-se que o acesso à saúde de forma universal e equitativa está preconizado na Constituição Federal de 1988, devendo ser garantido pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990). Dentre os diversos fatores de comprometimento da ação governamental para consolidação do SUS, estão as políticas e os programas de saúde, que refletem uma necessidade pública da sociedade que precisa ser sanada (SANTOS, 2019). Dentro desse objeto, encontra-se o PMM, instituído por meio da Medida Provisória nº 621/2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, do mesmo ano.

No início de 2011, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi alçada à condição de prioridade de governo. Nesse momento, a insuficiência e má distribuição de médicos foram identificados como desafios que condicionavam o acesso à saúde na APS (GIRARD et al. 2016). Na tentativa de enfrentá-los, em 2013, foi criado o PMM, para contribuir na ampliação e universalização do acesso à saúde através da contratação e fixação de profissionais médicos para regiões carentes, revelando o esforço do papel regulador do Estado em efetivar o direito à Saúde, conforme preconiza a vigente Constituição Federal.

No que diz respeito especificamente à falta dos médicos nos serviços de saúde, a quantidade insuficiente desses profissionais no SUS era um problema latente. Segundo a pesquisa de Scheffer, no estudo 'Demografia Médica no Brasil', de 2013, mostrou uma concentração de médicos no setor privado e classificou as

regiões brasileiras com maior razão de médicos por mil habitantes que prestavam serviços ao SUS, sendo elas: Sudeste (1,35/mil hab.); Sul (1,21/mil hab.), Centro-Oeste (1,13/mil hab.), Nordeste (0,83/mil hab.) e Norte (0,66/mil hab.). Nota-se, portanto, que as regiões Norte e Nordeste eram as mais desfavorecidas no tocante da distribuição desigual de médicos em todo o país.

Portanto, em decorrência da manutenção da escassez e má distribuição de médicos, em 2013, foi criado o PMM, que possui três eixos: I) Provimento Emergencial, chamado na Lei de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB); II. Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde; e III). Formação Médica (BRASIL, 2013). E mais: constitui uma política pública de saúde voltada à regiões e localidades mais vulneráveis e de difícil acesso, buscando, assim, universalizar, de fato, o direito à saúde.

O artigo está organizado em cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção seguinte, realiza-se uma explanação sobre o PMM, incluindo contextualizações, estatísticas e principais marcos. Na sequência, apresentam-se os aspectos metodológicos utilizados. Dando prosseguimento, há uma seção para a análise das informações e a discussão dos resultados. Por fim, a última seção sintetiza os principais apontamentos alcançados e destaca as considerações finais.

2 Programa Mais Médicos: uma trajetória de possibilidades e potencialidades

Para iniciar as reflexões, contextualizações e discussões, em torno da análise do PMM, configura-se válido mencionar fatores que contribuíram para um debate político mais acirrado, o que pressionou o Poder Público a tomar decisões para mitigar as questões de saúde demandadas à época. Destaca-se, neste contexto: as manifestações populares de junho de 2013, a Marcha dos Prefeitos – no mesmo ano – e as manifestações dos formuladores de políticas. em escala política e institucional, com o objetivo de eleger propostas de soluções para a saúde.

O PMM foi estruturado em 3 grandes eixos, começando pelo Eixo I: Provimento Emergencial, chamado na Lei de Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), focalizado no estímulo ao atendimento médico gratuito e de qualidade em regiões de maior necessidade; II. Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde, relacionado à melhoria de investimento em equipamentos, construções

de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS); III. Realização de reformas no curso de medicina, isto é, abertura de mais cursos, especialmente onde há distribuição desigual de médicos, como também, aumento do número de vagas e investimento no ensino, almejando a melhoria na qualificação profissional (BRASIL, 2013).

Dentro do intuito de responder à necessidade legítima de uma distribuição mais equitativa de médicos, o PMM surge dispondo da possibilidade de adesão para profissionais internacionais. Com esta abertura, o programa se mostrou comprometido para conseguir ampliar e universalizar o acesso à saúde com o fortalecimento da Atenção Básica (AB). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/2018), a cobertura de AB no país cresceu de 10,8% para 24,6%, no primeiro ano do Programa, constituindo um dos projetos mais audaciosos para a cobertura equitativa e universal da APS no mundo e considerado uma das melhores práticas de cooperação sul-sul na Região das Américas.

Apesar da aparente efetividade do PMM, a sua criação é cercada de embates políticos e ideológicos, principalmente elaborados por entidades médicas, como o Conselho Nacional de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina. Do ponto de vista dessas entidades, à época, o Governo não demonstrou flexibilidade para discutir a proposta de abertura do mercado para médicos estrangeiros, e a maneira executada poderia colocar a população carente em uma situação vulnerável diante da ação de indivíduos sem o devido preparo e qualificação (PORTAL OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Vale ressaltar, que, à época, as notas dos Conselhos não mencionavam que, conforme destacado em Lei, as prioridades para as inscrições do PMM eram, respectivamente, médicos formados e com registro em um Conselho Regional de Medicina (CRM) no Brasil, depois, médicos brasileiros com diploma no exterior e, por último, médicos estrangeiros, por adesão e por cooperação, nessa ordem (BRASIL, 2013). Portanto, os profissionais internacionais estavam levando assistência médica à locais não aderidos por brasileiros (lugares carentes e de difícil acesso). Além disso, faz-se importante situar que os estrangeiros possuíam (obrigatoriamente) graduação em instituições reconhecidas por seus países, cuja formação fosse equivalente às diretrizes curriculares mundialmente reconhecidas e adotadas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo dados apresentados pela Universidade Federal de Minas Gerais e do Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE), em uma pesquisa feita no ano de 2015 para 14.179 usuários de 699 municípios brasileiros, apontou que 85% dos usuários afirmaram que a qualidade de atendimento melhorou com os profissionais do PMM, 82% afirmaram que é melhor e/ou muito melhor a resolução dos seus problemas de saúde durante a consulta e 95% dos usuários estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos (BRASIL, 2017). Esses números corroboram com a Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS, vigente desde 2003, para a obtenção de uma assistência humanizada nos diversos ambientes da rede do SUS (SILVA; PEREIRA; ARAÚJO, 2018).

De 2013 a 2018 o PMM seguiu normalmente com os pilares de sua proposta. Porém, logo após os resultados das eleições presidenciais de 2018, o PMM sofreu uma alteração, dada pelo fim da cooperação Brasil-Cuba, motivada pelo descontentamento do governo cubano com os posicionamentos apresentados pelo novo Governo Federal do Brasil – Governo Bolsonaro - mudança no contexto político (GRAMNA, 2018). O referido rompimento representou uma regressão do PMM no tocante da provisão de médicos, sendo, também, uma ameaça para o fortalecimento das gestões municipais e sua organização do processo de trabalho na Atenção Básica (NOGUEIRA; BEZERRA; SILVA, 2020).

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (ONU) emitiu uma declaração que caracterizou a COVID-19, doença causada pelo iminente surto do Coronavírus (SARS-CoV-2), como uma pandemia (SOUTO, 2020). Desde então, no Brasil, a exemplo de outros países, medidas importantes de enfrentamento à pandemia foram estabelecidas. No que tange ao PMM, o Ministério da Saúde realizou a abertura de editais emergenciais no âmbito do PMM, visando a prorrogação da vigência das bolsas em execução, assim como a adesão de novos profissionais.

3 Metodologia

A presença do usuário na avaliação de políticas públicas não garante a defesa dos direitos sociais em caso de encerramento dessas ações, tampouco a manutenção de políticas públicas que assegurem o seu direito de ter acesso e permanência à uma saúde pública, gratuita e de qualidade. Portanto, trazemos para

a academia a necessidade de análise dos discursos e de debater sobre a validação do processo de avaliação participativo.

A pesquisa considerou a Resolução nº 466/2012 e Resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), sob CAAE 34524820.8.0000.5576 e parecer nº 4.286.910/2020. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Para a realização deste estudo, empregou-se a pesquisa do tipo exploratório-descritivo, de natureza básica, com abordagem qualitativa, que tem suporte no aprofundamento da compreensão de um fenômeno, a partir do relato de diferentes partes pertinentes ao objeto de estudo (SILVEIRA & CÓRDOVA, 2009). Para Godoy (1995), é característica do método qualitativo considerar diversos pontos de vistas das pessoas ligadas ao tema, realizando a coleta e a análise de vários tipos de dados para que se compreenda determinado fenômeno.

O estudo foi desenvolvido em 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Itapiúna, situado no Maciço de Baturité, interior cearense, sendo este um território em que ainda atuam médicos do PMM. Não houve na população/amostra os participantes (profissionais) estrangeiros do PMM, pois não consta a atuação de profissionais da saúde estrangeiros no município em questão.

A amostra contemplou tanto executores da política, como outros grupos de interesse e partes envolvidas, incluindo a presença de usuários, para obtenção de diferentes perspectivas avaliativas. Na escolha dos participantes, utilizou-se uma amostragem não probabilística intencional, quando o pesquisador se dirige aos participantes considerados típicos da população que se deseja estudar, articulando-se aos objetivos de uma pesquisa qualitativa e exploratória (GIL, 2019).

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2020. Os instrumentos de coleta de dados e informações foram: questionários com perguntas semiabertas (para os usuários) e entrevistas semiestruturadas para os demais participantes (médicos, enfermeiros e gestor).

Desta forma, participaram desta pesquisa 18 usuários do PMM. Os itapiunenses foram selecionados aleatoriamente segundo os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, ser alfabetizado e ser assistido pela unidade desde, ao menos, antes do fim da parceria com Cuba, em 2018. O critério

de exclusão foi não estar presente na unidade no momento da visita do pesquisador, além da não concordância com os Termos do Consentimento informado.

Este estudo contou, também, com a participação de 3 médicos, 5 enfermeiros e 1 representante da gestão. Foi adotado como critério de inclusão do médico: ser vinculado ao PMM; do enfermeiro: ser adscrito na equipe do referido médico; do representante da gestão: ser o atual Gestor Municipal da Saúde do município de Itapiúna/Ceará. Quanto aos critérios de exclusão dos profissionais supracitados, foram descartados aqueles que constassem em período de férias/licença no momento da coleta ou aqueles que não apresentassem concordância com o TCLE. Além disso, alguns profissionais não puderam participar da pesquisa pelas seguintes razões constatadas pelo pesquisador no momento de visita às unidades: afastamento por grupo de risco, afastamento por contaminação da COVID-19 e impossibilidade de coleta na unidade.

As entrevistas dos profissionais da saúde e da gestão foram executadas conforme a visita do pesquisador nos espaços durante o período destinado à coleta, nas unidades de Atenção Básica do município, bem como na respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, foi portado o apoio de um gravador, no qual as conversas foram, de modo individual, gravadas e posteriormente transcritas, obedecendo as garantias do TCLE. Para coleta com os profissionais da saúde, inclusive, do gestor, foram utilizadas espaços, também preservando a distância para coleta, ajustadas previamente com as gerências dos respectivos locais.

Sobre a coleta dos usuários, foi aplicado um questionário, após aceitação da participação na pesquisa, um por vez, em dias alternados, através de espaço reservado, previamente ajustado com a gerência da unidade. Após o aceite, o informante era guiado para uma sala com a distância recomendada, higienização e proteção para coleta, sempre considerando a aplicação do TCLE previamente. Vale reforçar que não houve coleta coletiva. Para diminuir o risco de contaminação, a coleta foi feita com um usuário por vez, onde apenas usuário e pesquisador se mantinham em sala, conforme o cronograma da fase de coleta.

Para garantir o anonimato dos participantes, os profissionais da saúde entrevistados foram identificados no texto pela letra "E" de Enfermeiro ou "M" de Médico, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: E1, E2, E3; M1, M2, M3. Os usuários informantes foram identificados no texto pela letra "U" de Usuário, acompanhada do número do questionário aplicado, como exemplo: U1, U2, U3.

A análise das informações teve como orientação a Análise de Conteúdo explorado por Bardin (2016), técnica comumente utilizada em pesquisas qualitativas, uma vez que buscam compreender os sentidos das falas, expressões, propiciando um diálogo entre as categorias e os relatos dos sujeitos. Deste modo, a finalidade da análise de conteúdo é compreender o que está além do aparente, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2016).

Quadro 1 – categorias de análise de dados/informações da pesquisa

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
(Re) conhecimento do Programa Mais Médicos	Conceito, objetivos, virtudes e desafios do Programa.
Relações entre os grupos de coleta	Relação médico-paciente, satisfação.
Rumos do Programa Mais Médicos	Reflexões sobre uma potencial substituição.
O papel da gestão: percepções e reconhecimentos	Análise da gestão.

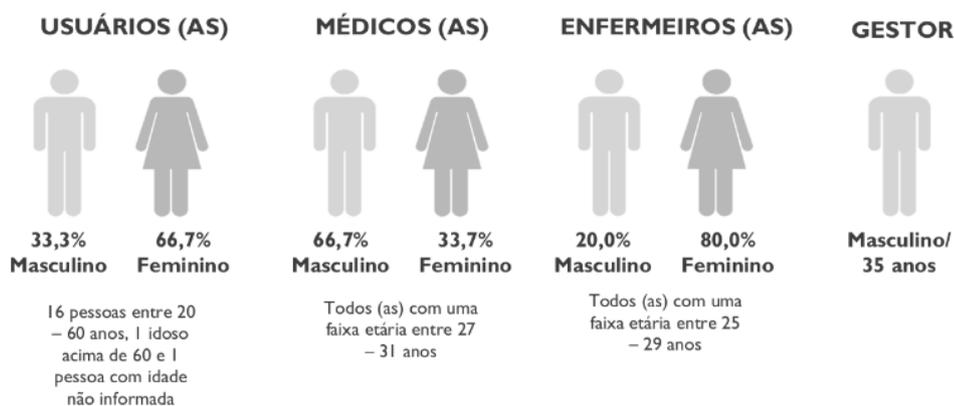
Fonte: Elaboração própria (2020).

As etapas de análise foram organizadas nas seguintes fases: geração, coleta, transcrição, categorização e análise. As informações não seguiram uma segmentação por categoria de coleta, mas, sim, por categorias temáticas (destacadas no quadro acima), emergidas da transcrição inicial e fluida, das perguntas abertas e entrevistas, discutidas no tópico a seguir.

3 Resultados e Discussões

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa, constata-se a participação de 18 usuários no estudo: sendo 12 mulheres (66,7 %) e 6 homens (33,3%), um idoso acima de 60 anos (5,6%), 16 adultos entre 20 e 60 anos (88,8%) e uma pessoa com idade não informada (5,6%). Referente ao perfil dos profissionais da saúde, participaram três médicos(as), sendo dois homens (66,7%) e uma mulher (33,3%), com uma faixa etária entre 27 e 31 anos (100%). As(os) enfermeiras(os) foram cinco, sendo quatro mulheres (80,0%) e um homem (20,0%), todas (os) entre 25 e 29 anos (100%). O gestor entrevistado pertence ao gênero masculino e declarou ter 35 anos no momento da coleta, conforme é apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Perfil dos participantes da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria (2020).

Desde modo, durante o processo de análise de conteúdo, emergiram quatro eixos temáticos associados às percepções dos usuários, profissionais da saúde e gestão. As categorias foram: i) O (re)conhecimento do Programa Mais Médicos; ii) Relações entre os grupos de coleta; iii) Rumos do Programa Mais Médicos; iv) O papel da gestão: percepções e reconhecimentos.

3.1 Reconhecimento do Programa Mais Médicos

Para iniciar as reflexões, buscou-se compreender a percepção acerca dos conceitos e objetivos do PMM e entender quais foram e são os seus pontos fortes e aqueles que podem ser melhorados. Dito isto, para destacar o nível de compreensão a partir de diferentes realidades, foram encontrados os seguintes apontamentos.

Durante a análise dos questionários, observou-se, nos usuários, respostas curtas e pouco seguras, demonstrando a dificuldade de falarem sobre o (re)conhecimento do PMM. Notou-se, insistentemente, uma compreensão do programa limitada a presença dos médicos estrangeiros, o que pode ser verificado nas falas dos usuários a seguir: [...] É um programa do governo federal que traz médicos de outros países para as Unidades Básicas de Saúde do Brasil (U13); [...] Um programa para melhorar a saúde com médicos de outro país (U4).

A pesquisa 'A percepção dos usuários cearenses sobre o PMM', realizada em 3 macrorregiões cearenses (Fortaleza, Cariri e Sobral) corroborou os achados do presentedeste estudo, tendo em vista que demonstrou que, apesar de todos os participantes já terem sido atendidos por médicos do Programa, alguns ainda desconhecem, ou nunca ouviram falar do PMM (MELO et al., 2016). Em concordância

com a pesquisa de Melo et al., (2016), no trabalho de Padre et al., (2019) os usuários do interior da Bahia também demonstraram a mesma compreensão restrita, que relaciona o PMM apenas com profissionais provenientes de outros países.

Ao questionar as melhorias sentidas no município após a adesão do PMM, os usuários direcionaram seus discursos para a ampliação do acesso à saúde: [...] Um atendimento mais acessível e também uma boa qualidade de atendimento (U1); [...] Para mim, foi a melhor coisa que o município fez, porque as pessoas têm mais chance de se consultar (U3); [...] A melhoria de ter um médico no nosso posto de saúde (U16).

Enquanto isso, a perspectiva abordada nas falas dos médicos demonstrou uma maior facilidade e naturalidade para formular as definições. O médico M1 destacou que o PMM surgiu com o intuito de abranger áreas onde não havia serviço médico, principalmente pelas más condições de trabalho à medida que você vai se distanciando das capitais. Percebeu-se, pelas verbalizações dos médicos, que o PMM contribui também para a valorização do SUS, assim como do atendimento humanizado.

Deste modo, nota-se o cumprimento dos objetivos previstos pelas diretrizes do PMM, no tocante do aprimoramento da formação médica no país, de modo a desenvolver o conhecimento desses profissionais acerca da realidade vivenciada pelo setor saúde do povo brasileiro, com foco no SUS (BRASIL, 2013).

É inegável que há gestores que, ao invés de usarem da autoridade para beneficiar o interesse público, usam para alimentar o próprio poder. Neste caso, antes do PMM, muitos médicos se sentiam inseguros com as suas profissões, tendo em vista o viés político (frágil) das contratações.

Torna-se válido observar, portanto, as falas a seguir, que evidenciam os pontos supracitados:

Quadro 2 – síntese da percepção dos médicos sobre as virtudes do Programa Mais Médicos

PARTICIPANTE	PERCEPÇÃO
M1	[...] As regiões que são mais precárias têm um investimento menor e conseqüentemente tem muita falta de equipamento, dificuldade de acesso, entre vários outros fatores. Então, foi criado o Mais Médicos com o intuito de conseguir levar o médico mais facilmente para essas regiões em um programa federal.
M2	[...] Para estar dentro do programa, a gente precisa fazer a especialização, para você entender a história do SUS, valorizar o SUS, entender qual é o seu papel na comunidade, entender que você estará na comunidade como um todo, a questão do atendimento humanizado. Então tudo isso é

	trabalhado durante essa formação, coisas que às vezes a gente não tem na faculdade. Eu acho que o programa atua muito bem nessa questão de formar a cabeça do médico na atenção básica. É muito importante.
M3	[...] Eu já tive outras experiências fora do Mais Médicos na atenção básica, que foi naquele esquema que eu te falei dos contratos diretamente com a prefeitura. E eu acho que talvez o ponto forte do programa, que acaba refletindo na assistência, e conseqüentemente na satisfação dos usuários, é uma certa estabilidade que a gente tem. Pelo fato de eu não depender diretamente da Prefeitura, em termos principalmente de influência política.

Fontes: dados/informações da pesquisa (2020).

Outra temática gerada da análise das distintas percepções coletadas, foi como o PMM está refletindo nas relações envolvidas com as demais partes que compõem os espaços de saúde das UBS, verificadas, assim, na próxima categoria de análise.

3.2 Relações entre os grupos de coleta

Optou-se por desenvolver esta categoria para pontuar aspectos da relação da equipe, além daquela desenvolvida com a população, no que se refere a pontos de vistas distintos entre situações e elementos que constroem a existência de uma interação que precisa existir (REIS-BORGES, 2018).

Este estudo identificou que os participantes do grupo da enfermagem, no contexto, avaliam, positivamente, em boa ou muito boa a relação construída com os médicos vinculados ao PMM no município. Em consonância com as percepções apresentadas pelos participantes da enfermagem, as falas dos médicos também demonstram a existência de uma boa comunicação entre os profissionais. Selecionou-se, como síntese dos apontamentos deste recorte, as seguintes falas:

Quadro 3 – síntese da relação entre os profissionais da saúde.

PARTICIPANTE	PERCEPÇÃO
E1	[...] A nossa relação é muito boa, é uma equipe mesmo. A gente trabalha como uma equipe. O que ele precisa de mim, eu estou à disposição e vice-versa.
E4	[...] A gente tem uma parceria muito boa, eu com o médico daqui. E também tem uma comunicação muito boa com os usuários aqui da nossa área.
M1	[...]Eu tenho uma relação muito boa com a minha equipe. Eu até já trabalhei em outros postos, mas eu acho que o posto que eu tive uma melhor relação com certeza foi aqui. Se a gente tem um problema, a gente tem uma sintonia bem boa para resolver.

Fontes: dados/informações da pesquisa (2020).

No âmbito das relações, apenas o enfermeiro E5 relatou a existência de uma barreira na relação com o médico, originada da presença de um secretário, e pelo pouco tempo do médico no posto (cerca de 2 meses). Contudo, o E5 acredita que a comunicação ainda será desenvolvida com o passar do tempo. Não foi mencionado pelos médicos entrevistados a necessidade de um auxiliar particular. No entanto, o ponto de vista do médico supracitado na fala do E5 não foi coletado, sendo válido reconhecer que o profissional pode deter de razões pessoais para considerar tal necessidade.

A relação de poder estabelecida entre os médicos e enfermeiros configura uma discussão na constituição das práticas da saúde. Por meio dos discursos de médicos e enfermeiros de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de Belo Horizonte, o estudo de Mattar-Silva et al., (2019) identificou que, para alguns profissionais, a função do enfermeiro é monitorar o trabalho do médico, o que, em algumas situações, gera resistência à disciplina instituída e conflito. Contudo, esta pesquisa identificou uma relação harmônica entre os profissionais participantes, propondo uma superação e a construção de uma relação de confiança desse relacionamento dentro das UBS, ou seja, no âmbito da APS.

No que diz respeito à relação entre médicos e usuários, as falas dos usuários evidenciam um descontentamento com o a pontualidade dos profissionais, por interferir na quantidade de atendimentos diários. Considera-se pertinente que a pontualidade desses profissionais seja considerada pelos usuários na hora de avaliar a relação com o médico, afinal, quem sofre as consequências desses atrasos são os usuários, que, a partir disso, desenvolvem um sentimento de indignação, afetando diretamente o modo como esse usuário irá avaliar a relação estabelecida com o profissional.

Já para os médicos, da relação com seus usuários, foram apresentados fatores que sugerem que questões socioeconômicas e socioeducacionais influenciam na relação alcançada. Os principais apontamentos estão destacadas nas falas a seguir:

Quadro 4 – percepção dos médicos sobre a relação com os usuários

PARTICIPANTE	PERCEPÇÃO
M3	[...] A minha relação com os pacientes eu considero uma relação boa, amigável, de proximidade. Tenho muitos desafios diariamente, principalmente em relação à questão do nível socioeconômico e socioeducacional da população... Para a gente conseguir ter uma adesão ao tratamento, é um pouco mais difícil a compreensão das informações. Até a própria forma de utilizar o sistema de saúde... Eu diria que o meu maior

	desafio diário é trabalhar essa questão de educar o paciente sobre os cuidados com a própria saúde, sobre como utilizar o sistema de saúde.
M1	[...] Tenho uma relação muito boa. É claro que não tenho a mesma relação com todos os pacientes, cada pessoa é uma pessoa diferente, tem pessoas que às vezes são mais difíceis, mais fáceis, cada pessoa tem um problema diferente e cada consulta é uma situação. As vezes, o paciente tá com dor, tá com problema em casa, têm todas essas questões que precisam ser avaliadas.
M2	[...] Com os pacientes, no geral, avalio como muito boa. Não tenho nada a reclamar, apenas coisas que sempre têm em todo posto. Sempre tem alguém que não entende muito bem, que acha que o posto tem que funcionar como um hospital. Que não pode nunca deixar de atender o paciente naquele momento. A gente sempre busca fazer um acolhimento daquela queixa e dar uma resposta para ele, nem que essa resposta seja: você vai ser agendado para semana que vem. Mas a maioria das pessoas tem um pouco de dificuldade de entender isso.

Fontes: dados/informações da pesquisa (2020).

O conhecimento limitado dos usuários acerca da funcionalidade dos estabelecimentos de saúde, por vezes, é nutrido pelos próprios profissionais, a partir da continuidade dessas práticas nas UBS, a exemplo da insistência em marcação de consultas baseada na distribuição de ficha de atendimento por ordem de chegada. A superação deve iniciar pelos médicos, adotando uma conduta que considere uma priorização baseada em uma triagem, e não (somente) em quem chega primeiro na recepção.

3.3 Rumos do Programa Mais Médicos

Levando em consideração a tomada de decisões futuras que podem contribuir para a solução de problemas da saúde pública local, propôs-se um breve debate sobre o futuro do PMM. Destinou-se este espaço para refletir sobre a condição de um possível encerramento decorrente de substituição, ou não, e como essa possibilidade é percebida pelos participantes da pesquisa.

Esta pesquisa considera crucial trazer ao processo avaliativo a diversidade de atores envolvidos no programa avaliado (GUSSI; OLIVEIRA, 2017), sobretudo a percepção dos usuários, visto serem os beneficiários diretos das mudanças proporcionadas pelo PMM. Portanto, representam o público que será mais atingido pelas decisões tomadas pelos formuladores do programa.

Para a maior parte dos usuários, o encerramento do Programa é avaliado como uma problemática, sendo que apenas 1 dos 18 usuário afirmou ser favorável ao fim do PMM, não tendo apresentando os motivos desta opinião, conforme

observado nas seguintes falas: [...] Lugares mais carentes sofreriam (U4); [...] seria muito bom se continuasse com o Mais Médicos (U14); [...] O Mais Médicos é um programa importante para a saúde (U18);

Além disso, em consonância com a avaliação dos usuários, os profissionais também se mostraram contrários a possibilidade de encerramento PMM, sendo favoráveis, contudo, a uma substituição para um programa mais amplo e benéfico. Conforme evidenciado a seguir: [...] o governo não tem como só encerrar o programa e deixar todas as regiões que são abrangidas pelo programa sem médico e voltar para o que era antes, que cada prefeitura contratava o médico. Eu acredito que mesmo o programa sendo errado, vai ser substituído por outra forma, que agora está sendo discutido o Médicos pelo Brasil. Eu não concordo com o encerramento, mas sim com a substituição do programa nesses moldes (M1).

Outra médica entrevistada (M2) teceu críticas importantes que surgiram em suas reflexões após a possibilidade de encerramento do PMM. A primeira foi que a decisão do encerramento gradual do Programa para posterior substituição pareceu uma jogada política, do tipo: “vamos trocar um programa por outro, mas no final das contas vai ser a mesma coisa”. Apesar das alterações propostas, nada foi tão impactante ao ponto de justificar a criação de um novo programa, alegou a médica.

A médica (M2) compreende, ainda, que o Governo não tomaria decisões que prejudicassem ou deixassem os médicos descontentes, tendo em vista que boa parte desses profissionais foram eleitores. A proposta da mudança do financiamento, foi vista pela médica como duvidosa e até ambígua, por um lado, é interessante a ideia de quem fizer mais ações receberá acréscimos por isso; por outro, essa prática pode mercantilizar muito o atendimento da classe médica, trazendo uma ênfase para o aspecto financeiro, que não deve sobrepor o aspecto humanista.

3.4 O papel da gestão: percepções e reconhecimentos

Na mesma linha do interesse em desenvolver uma avaliação efetiva do PMM, considerou-se pertinente inserir esta categoria voltada para a gestão local, recorrendo à escuta democrática, diversa e participativa. Além disso, a autoavaliação do gestor, aqui representado pelo então Secretário Municipal de Saúde do município em estudo, constitui um registro pertinente para complementar

a abrangência desta pesquisa, permeando por tópicos abordados anteriormente com os demais grupos participantes.

Nesse sentido, a Médica M2 expressou que ver muito na secretaria o interesse de se livrar do ônus de pagar o médico, afinal, são médicos contratados no município sem onerar demais o setor de saúde local (SANTOS, et al., 2016). De fato, faz-se necessário que a secretaria reflita sobre quais estão sendo as suas contrapartidas. Isso se constata na seguinte fala: [...] é muito fácil você não ter que pagar aquele médico. Você se livrar do ônus daquele pagamento, mas o que é que eu tô dando para aquele médico trabalhar e oferecendo pra aquela população? (M2).

Nota-se que a fala de M2 reforça que a ausência da gestão municipal, que contribui para que a demanda não consiga ser suprida, logo, causando uma sobrecarga nos profissionais, destacando uma necessidade de haver uma melhor interação entre os níveis de gestão do PMM acerca do que está sendo oferecido para os bolsistas. Nesse sentido, complementando a fala de sua colega de profissão, tem-se a seguinte fala: [...] eu acho que falta um pouco do Governo Federal e do governo estadual. Um pouco mais de interação com a gestão Municipal em termos de tentar melhorar a situação, de estrutura, de prover condições de trabalho para gente (M3).

Diante da análise, notou-se pelas falas dos médicos que existem problemas de alinhamento dos níveis de gestão do PMM, sendo enfatizada a falta de contrapartidas da gestão local. Os benefícios proporcionados pelo programa que incluem a fixação dos profissionais e a diminuição de custos para admissão de médicos, deveriam ser motivos suficientes para incentivar o investimento local em outras demandas relevantes, construindo melhores condições de trabalho para os profissionais da saúde e, com isso, repercutindo na qualidade da saúde da população.

O gestor relatou que teve a oportunidade de participar presencialmente do lançamento do PMM em 2013. Segundo o gestor, a criação do PMM foi uma ação muito esperada pelos gestores da saúde, visto a dificuldade de fixação dos profissionais médicos em determinados locais. Esses dados corroboram com os achados da pesquisa de Nogueira et al., (2020), que identificou que o PMM gerou mais autonomia para as gestões municipais, uma vez que possibilitou a contratação e fixação de médicos.

Para o gestor, existem algumas dificuldades que, se resolvidas, poderiam melhorar ainda mais o desempenho do PMM. Para ele, existe uma dificuldade da própria interpretação do profissional médico da sua vinculação com o município (não apenas a nível do município em estudo, mas no contexto geral). Segundo o entrevistado, os médicos ainda confundem que, apesar de serem bolsistas do Ministério da Saúde (isto é, recebem a bolsa do referido Ministério), toda a gestão de pessoal ocorre pela gestão municipal. Em consonância com a fala acima do gestor, a pesquisa de Nogueira et al., (2020) assinala que os médicos provenientes do PMM integram as equipes de Saúde da Família como qualquer outro profissional do município.

Apesar de ajustes necessários, o gestor avalia que o PMM é um dos programas mais importantes dos últimos anos. Para a fixação do profissional médico, o gestor classificou como sendo o mais efetivo que o Brasil já desenvolveu até então, ao conseguir suprir grandes carências, levando assistência médica até comunidades que nunca tinham recebido antes, sendo essa fixação o seu ponto forte.

Segundo o gestor, o PMM foi bem recebido pela população itapiunense, mesmo após a saída dos profissionais estrangeiros, em 2018. Com o fim da parceria, a população teria ficado por volta de 6 meses sem médicos fixos, até que a cidade fosse novamente contemplada pelo Edital do Programa. A partir daí, foi possível receber novamente os médicos bolsistas, deixando a população satisfeita por ter novamente uma possibilidade maior de fixação dos profissionais nas UBS.

De acordo com o gestor, sem um programa de fixação, os gestores municipais de saúde voltariam a ficar à mercê dos chamados 'leilões', onde os médicos exigem privilégios do tipo: "vou para o município se for para trabalhar só dois dias"; ou ainda: "vou para o município se me der um valor adicional do que eu já tenho hoje". O PMM ajudou a diminuir essa prática que é prejudicial, tanto para a população, como para a gestão municipal.

Percebe-se, através das verbalizações do gestor de saúde, que o seu posicionamento é favorável ao PMM. Adicionando, por fim, o gestor destacou que existem diversas discussões sendo trabalhadas em Brasília, junto com o Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Secretarias Municipal.

4 Considerações Finais

Relembrando o objetivo deste trabalho, acredita-se que este tenha sido alcançado. A avaliação foi apresentada de forma participativa e democrática. Com isso, foi alcançada uma compreensão crítica dos desafios e potencialidades do PMM nos locais alinhados com os ambientes que constituem a forma de receber e compreender o Programa. Não existiu intenção de esgotar os elementos do PMM, nem a compreensão dos participantes para outras realidades. Contudo, contemplou a marcação de vertentes que sugerem a preservação do PMM, ou de suas adequações e avaliações para o futuro, considerando a emergente questão da promoção de ações de cuidados à saúde.

Entende-se que o encerramento do PMM é visto como um declínio ao esforço que o Governo Federal vinha estabelecendo na área de aperfeiçoamento e fortalecimento do seu aparato ao SUS, bem como para ampliar o acesso da população na Atenção Básica por meio de ações em saúde. O componente ideológico traz inquietações que envolve o delineamento de alguns resultados das políticas, na troca de interesses e marcas de governo. Falta, portanto, uma apropriação e reconhecimento de que programas públicos não são o instrumento ideal para isso.

Nota-se que o Governo Bolsonaro (2018 – 2022) adotou estratégias para alcançar o encerramento de políticas públicas originadas em governos anteriores, por caracterizarem prerrogativas de outras propostas de gestão. Desta forma, manipulando o uso de ações públicas, partindo para uma aparente desvirtuação da concepção e supremacia do interesse público.

Acredita-se que os resultados também propõem reflexões acerca da fragilidade de programas sociais como o PMM. Mesmo entendendo que PMM seja uma ação positiva, observou-se um conhecimento ainda muito incipiente dos usuários sobre o mesmo. A busca por uma compreensão mais solidificada dessa e de outras políticas (que, por vezes, pode demandar um esforço de órgãos competentes interessados) pode fortalecer o poder social e local, assim, dificultando tomadas de decisões desfavoráveis às suas demandas.

Observou-se, também, divergências sobre a questão de atribuições e responsabilidades de cada categoria. Mesmo sendo uma política pública federal, o PMM demanda uma articulação com o nível de gestão local dos municípios

aderidos. O estudo notou que a cooperação entre os atores precisa ser melhorada, a partir da interação entre a coordenação do programa, médicos vinculados e gestor local da saúde. Planejamentos integrativos parecem ser um caminho interessante para a resolução dos impasses de comunicação.

É importante que outros estudos sejam desenvolvidos para comparação de informações e dados, assim como o aprofundamento analítico em outros contextos, que, por ora, se caracteriza como uma pesquisa prévia de aprofundamento limitado à um interior cearense, a partir de um número limitado de participantes. Limita-se, também, por ter sido uma pesquisa realizada durante a pandemia da Covid-19, portanto, contou com riscos de contaminação durante a coleta e a diminuição do fluxo dos profissionais e usuários nas unidades do estudo. Contudo, o estudo alcançou participantes que estão nas unidades de saúde e vivenciam o cotidiano de ambientes contemplados onde o PMM acontece.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

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**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Cartilha-Mais-Medicos-WEB.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

GIL. Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2675-2684, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTyKQT9CDdZ3ctg67njinLqj/?lang=pt>. Acesso em 13 jan. 2022.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, p. 20-29, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GRANMA. **Declaración del Ministerio de Salud Pública**: Cuba anuncia salida del Programa Más Médicos de Brasil. 2018. Disponível em: <http://www.granma.cu/cuba/2018-11-14/declaracion-del-ministerio-de-salud-publica-14-11-2018-09-11-05>. Acesso em: 05 fev. 2022.

MATTAR E SILVA, Tauana W. et al. Configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p 1-9 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s1/pt_0034-7167-reben-73-s1-e20180629.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos – Perguntas e respostas**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/perguntas-frequentesMM.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

NOGUEIRA, Priscila T. A.; BEZERRA, A. F. B.; SILVA, Keila S. B. Programa Mais Médicos: sob o olhar dos gestores municipais do estado de Pernambuco, Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200018, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2020.v24/e200018/pt/>. Acesso em 26 fev. 2022.

OLIVEIRA, Breyner Ricardo de; GUSSI, Alcides Fernando. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. In: **CONGRESO INTERNACIONAL EN GOBIERNO, ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**, 8, 2017, Madrid. Anais... Madrid, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/32515>. Acesso em: 23 fev. 2022.

PADRE, Priscila M.; FILHO, Ismar E.M; RODRIGUES, Vanda P. Programa Mais Médicos sob o olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290207, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2019.v29n2/e290207/#>. Acesso em: 02 fev..2022.

PORTAL OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Para CFM, críticas ao Mais Médicos continuam**. 2014. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27966:2018-11-15-12-01-32&catid=3. Acesso em: 22 fev. 2022.

REIS-BORGES, Grasiela Cristina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; BORGES, Daniel Martins. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 194-200, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/33313>. Aceso em: 23 fev. 2022.

SANTOS, João Bosco Feitosa dos et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 1003-1016, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2016.v25n4/1003-1016/pt/>. Acesso em 10 fev. 2020.

SANTOS, W. et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência.

Saúde em Debate, v. 43, p. 256-268, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQMCCdh3qvwpaKQw4vStYqr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SILVA, Ivoneide N.; PEREIRA, Valeria A.; ARAÚJO, Linda C. N. Implantação da Política Nacional de Humanização (PNH): conquistas e desafios para a assistência em saúde. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 02-07, 2018. Disponível em:

<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4674/3281>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SOUTO, Xênia Macedo. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. **Recital-Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG**, v. 2, n. 1, p. 12-36, 2020. Disponível em:

<https://recital.almenara.ifnmg.edu.br/index.php/recital/article/view/90>. Acesso em: 26 fev. 2022.

SCHEFFER M. **Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição** [relatório de pesquisa]. São Paulo: CRM-SP; CFM; 2013.