



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

ANTÔNIO ALBERTO FREITAS

GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:

Uma análise avaliativa do Programa Mais Médicos na cidade de Itapiúna/Ceará

REDENÇÃO – CE

2021

ANTÔNIO ALBERTO FREITAS

**GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE AVALIATIVA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA CIDADE DE
ITAPIÚNA/CEARÁ**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Administração Pública na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro –Brasileira – Unilab.

Orientador: Professor Dr. Pedro Rosas Magrini

REDENÇÃO – CE

2021

Freitas, Antônio Alberto.

F866g

Gestão de políticas públicas de saúde: uma análise avaliativa do programa Mais Médicos na cidade de Itapiúna/Ceará / Antônio Alberto Freitas. - Redenção/Ceará, 2021.

90f: il.

Monografia - Curso de Administração Pública - Semestral, Instituto De Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini.

1. Política Pública de Saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Gestão Pública. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 658

ANTÔNIO ALBERTO FREITAS

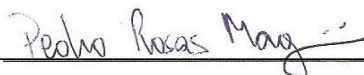
**GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:
UMA ANÁLISE AVALIATIVA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA CIDADE DE
ITAPIÚNA/CEARÁ**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do Diploma de Graduação em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro –Brasileira.

Data: 04/02/2021

Nota: 10

Banca Examinadora:

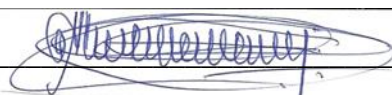


Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini (Unilab)

(ORIENTADOR)



Prof^a. Dra. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan



Prof^a. Dr. Antônio Roberto Xavier

Aos que irão fazer parte da minha história
Aos que fizeram em algum momento
Aos que fazem e permanecerão fazendo, mesmo quando não estiverem aqui

AGRADECIMENTOS

Às minhas irmãs Kessiane e Kelviane e à minha avó Alzira, por me sustentarem diariamente e serem a luz que eu preciso durante os momentos de dificuldades desta vida.

À minha irmã Kessiane, ainda, por toda contribuição durante a pesquisa, de forma indireta, mas essencial, a partir da sua vivência e conhecimentos na APS do município em estudo.

Aos amigos de sempre (Alanna, Italo e Vitória) e aos que estão desde o início do curso (Erico, Stephanie, Aline e Fernanda), por todos os momentos (bons e ruins) compartilhados e pelos que estão por vir.

Ao meu namorado Everson, pelo apoio e por toda compreensão independente da distância física.

Ao meu orientador, o professor Dr. Pedro Rosas Magrini, por ter feito parte da minha trajetória acadêmica. Por ser uma inspiração. Por ter acreditado e incentivado minhas escolhas, trazendo contribuições únicas para enriquecer esta experiência.

Ao Secretário da Saúde Municipal de Itapiúna/CE, aos médicos das UBS, e especialmente aos profissionais da enfermagem pelo acolhimento e pela contribuição para o alcance deste trabalho.

À Unilab, por todos os desafios propostos e as oportunidades que me fizeram evoluir como ser humano durante todos esses anos.

Aos demais que estiveram e estão comigo ao longo desta jornada.

Aos que me deixaram ou eu abandonei no meio do caminho.

Aos que só entraram em minha vida na reta final desta etapa.

“ Sempre é difícil nascer. A ave tem de sofrer para sair do ovo, isso você já sabe. Mas volte o olhar para trás e pergunte a si mesmo se foi de fato tão penoso o caminho. Difícil apenas? Não terá sido belo também? Podia imaginar outro tão belo e tão fácil? ”

Demian, Hermann Hesse

RESUMO

Neste estudo buscou-se avaliar o Programa Mais Médicos (PMM) enquanto política pública de saúde, por meio da interação na cidade de Itapiúna/CE, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e da gestão. A metodologia utilizada na pesquisa é de caráter exploratório, pois visa conhecer e identificar diversos aspectos acerca do Mais Médicos. Possui uma abordagem de cunho qualitativo e utiliza-se dos seguintes procedimentos técnicos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, aplicação de questionários e entrevistas. A coleta de dados se deu por meio de questionários com perguntas avaliativas e abertas, as quais foram aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Itapiúna nos períodos de outubro a dezembro de 2020, como também através da realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e representante da gestão (Gestor da Saúde Municipal), após aprovação do Comitê de Ética. Por meio da aplicação da presente pesquisa, foram encontrados e discutidos os seguintes resultados: avanços para a saúde pública, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), na cidade de Itapiúna depois da implementação e desenvolvimento do PMM; constatação de que há ainda muitas dúvidas e necessidades de debates acerca do encerramento e substituição do PMM. Os usuários de Itapiúna parecem não compreender muito bem ou possuem informações incompletas sobre o Programa. Ainda assim, todos os atores consultados, ou seja, usuários, profissionais da saúde (médicos e enfermeiros), como também o Gestor da Saúde Local, consideram que o encerramento do Programa seria um declínio ao esforço que o Governo Federal vem estabelecendo na área de aperfeiçoamento e fortalecimento do seu aparato ao SUS, bem como para ampliar o acesso da população na APS.

Palavras-chave: Mais Médicos. Política Pública de Saúde. Avaliação em saúde. Gestão Pública.

ABSTRACT

In this study, we sought to evaluate Mais Médicos as a public health policy, through interaction in the city of Itapiúna, based on contacts with the user population, health professionals and management. The methodology used in the research is exploratory in nature, as it aims to know and identify several aspects about the Programa Mais Médicos (PMM). It has a qualitative approach and uses the following technical procedures: bibliographic research, documentary research, application of questionnaires and interviews. Data collection took place through questionnaires with evaluative and open questions, which were applied to users of Basic Health Units in the city of Itapiúna/Ceará in the periods of October and December 2020, as well as through semi-structured interviews with health professionals (doctors and nurses) and management representative (Municipal Health Manager), after approval in ethics committee. Through the application of this research, the following results were found and discussed: advances for public health, within the scope of Atenção Primária à Saúde (APS), in the city of Itapiúna after the implementation and development of the PMM; realization that there are still many doubts and needs for debates about the closure and replacement of the PMM. Itapiúna users do not understand or have incomplete information about the Program. Even so, all the consulted actors, that is, users, health professionals (doctors and nurses), as well as the Local Health Manager, consider that the closure of the Program would be a decline to the effort that the Federal Government has been establishing in the area of improvement and strengthening of its apparatus to SUS, as well as to expand the population's access to APS.

Keywords: Mais Médicos. Public Health Policy. Health assessment. Public Management.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Perfil dos profissionais do Programa no fim de 2018	34
Gráfico 2 – Distribuição dos médicos por região – Edital nº 5, de 12 de março de 2020	37
Gráfico 3 – Vagas 20º Ciclo PMMB – Edital nº 9, de 26 de março de 2020	38
Gráfico 4 – Distribuição dos médicos por região – Edital nº 10, de 19 de maio de 2020	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Triangulação de dados	24
Figura 2 – Adesão dos médicos brasileiros ao Programa Mais Médicos a partir de 2015	32
Figura 3 – Profissionais do Projeto Mais Médicos no território brasileiro	39
Figura 4 – Distribuição dos profissionais nos estados com mais casos de covid-19 – PMMB40	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estabelecimentos da atenção básica em Itapiúna/Ce	20
Quadro 2 – Instrumentos de coleta de dados e categorias da pesquisa	21
Quadro 3 – Categorias de análise de dados do estudo	24
Quadro 4 – Perfil dos profissionais do PMM	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRM	Conselho Regional de Medicina
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPESPE	Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco
LAI	Lei de Acesso à Informação
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health System</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Posto de Saúde da Família
Saps	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unilab	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	METODOLOGIA.....	19
3	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	25
3.1	Políticas públicas: o que são e como são formuladas?.....	27
3.2	Ações do governo federal em relação à saúde.....	29
4	A POLÍTICA DE SAÚDE DO MAIS MÉDICOS	30
4.1	Programa Mais Médicos (PMM).....	31
4.2	Mais Médicos: novas ações frente à problemática do coronavírus.....	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
5.1	O (re)conhecimento do Programa Mais Médicos.....	43
5.2	Avaliação atual da atuação do PMM.....	48
5.3	Reflexões sobre o viés internacional do PMM.....	51
5.4	Debate sobre o futuro do PMM.....	55
5.5	Contribuições para a gestão municipal.....	57
5.6	O olhar da gestão sobre o PMM.....	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICES.....	70
	ANEXOS.....	85

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 foi responsável por expressar diversos direitos sociais, realçando diversos valores, como equidade e bem-estar social. Nessa perspectiva, a democratização da saúde passou por uma forte mudança de cenário, isso porque a CF integrou, através da seguridade social¹, o Sistema Único de Saúde (SUS). Antes do SUS, o atendimento público que o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia com os estados e municípios restringia-se somente às campanhas de vacinação e ao controle de epidemias. Para além disso, a assistência pública era prestada apenas para trabalhadores vinculados à Previdência Social (DE SOUZA, 2002).

Desta forma, a criação do SUS propugnou o fim da delimitação de categorias que podiam (ou não) ter acesso aos serviços de saúde, ao afastar-se de aspectos discriminatórios, prezando por um modelo assistencial pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Ao longo de seu desenvolvimento, uma série de ações e serviços têm sido incorporados pela ação governamental, seja na esfera federal, estadual ou municipal.

Apesar do SUS representar o único sistema que garante assistência integral e completamente gratuita para toda a população (DE SOUZA, 2002), existem outros exemplos. Segundo o Observatório da Saúde RJ², entre os poucos – porém, complexos – sistemas públicos de saúde do mundo, está o Sistema Nacional de Saúde (NHS – National Health System), do Reino Unido da Grã-Bretanha. De acordo com o Observatório, o NHS já foi eleito o melhor sistema público de saúde do mundo, no ano de 2017, e segue sendo um modelo após os seus mais de 70 anos de atuação. No entanto, nos últimos tempos, o sistema estaria enfrentando uma severa crise financeira.

No Brasil, o SUS necessita de frequentes investimentos financeiros para uma atuação mais próxima da almejada. Além disso, é válida toda tentativa de inibir a prática da corrupção, combatendo o desvio de verba destinada ao setor. O grande volume da população brasileira (que, inclusive, como grande beneficiária, deveria legitimar mais o Sistema) também resulta em um desafio para a operacionalização mais completa do SUS. Deste modo, apesar dos

¹Art. 194/CF1988. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

² Organização sem fins lucrativos que focaliza temas relacionadas à saúde pública e a responsabilidade social.

Mais informações em: <http://observatoriodasauderj.com.br/quem-somos/>.

inegáveis avanços obtidos nos últimos 30 anos, o SUS é um Sistema que ainda necessita de grandes esforços para fugir da precariedade.

Dentre as medidas de comprometimento da ação governamental, estão as políticas públicas, que refletem uma necessidade pública da sociedade que precisa ser sanada. Para tanto, o Governo desenvolve ações nas mais diversas áreas, a saúde é uma delas. Dentro desse objeto, encontra-se o Programa Mais Médicos (PMM), instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro do mesmo ano.

O Mais Médicos é um Programa de origem federal baseado na promoção de serviços de saúde à população brasileira, sobretudo para as regiões mais carentes e remotas. Enquanto a maioria dos médicos estão (ou almejam estar) nas grandes capitais, as cidades do interior lidam com o desafio da carência médica³. Desta forma, dada a necessidade, a Lei 12.871/13 assegurou, como objetivo do Programa, combater o déficit de profissionais na área médica para o SUS, enfatizando as regiões mais vulneráveis do país, na prestação dos serviços de Atenção Básica (AB), fazendo uso de uma iniciativa inovadora que possibilitou a admissão de médicos estrangeiros.

A AB ou Atenção Primária à Saúde (APS) organiza o sistema de saúde do País, sendo uma porta de entrada dos usuários para o SUS, praticando uma medicina que é mais preventiva e curativa. A partir da prática da APS, foram traçadas diversas ações para que determinados problemas de saúde fossem solucionados ainda neste parâmetro. Dentre as quais, estão: o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), também conhecidas como PSF (Posto de Saúde da Família). São nessas unidades que os profissionais do Mais Médicos atuam.

Como assinala Oliveira et al. (2015), foi a parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que uniu o Ministério Público da Saúde do Brasil ao de Cuba, caracterizando o que seria a principal aliança do PMM, onde dos 14.462 médicos recrutados em seu primeiro ano de vigência, 12.616 eram internacionais, sendo 11.424 cubanos – segundo o Relatório de 30 anos do SUS, o número desses profissionais oriundos da Cuba chegou a 18.500, em 2018.

³ No Estudo de Demografia Médica no Brasil, de 2018, “a razão médico/mil habitante para todas as capitais do País é igual a 5,07. Para o interior de todos os estados, a razão é 1,28 médico por 1000 habitante [...] quando se divide a primeira pela segunda, obtemos o valor de 3,95, outro dimensionador de desigualdade. Esse número permite dizer que a razão médico/habitante das capitais é quase quatro vezes a razão do interior. Significa que a população das capitais tem quatro vezes a proporção de médicos do interior” (SCHEFFER *et al.*, 2018, p. 49).

A assistência internacional foi um recurso pensado pelas autoridades brasileiras em parceria com a OPAS para combater o problema do déficit brasileiro, não só em termos quantitativos, como, também, na distribuição desigual de médicos pelo país. O principal mecanismo de suporte internacional decorreu do acordo firmado com o Governo de Cuba, país conhecido pela sua capacidade, interesse e ampla experiência na exportação de serviços médicos pelo mundo (OPAS, 2018).

Por muito tempo, o Programa foi alvo de críticas, sobretudo com apontamentos associados com a participação de médicos estrangeiros no Programa e não com o seu funcionamento em si. Apesar das contribuições de melhoria, existem fatores que se apresentam como obstáculos à inovação no setor da saúde, um deles pode ser a barreira cultural, que diz respeito à dificuldade que as pessoas têm de aceitar novas práticas. O medo do risco inibe ideias que podem ser revolucionárias e a aceitação exige tempo.

Apesar desses dados, passados alguns anos do seu período inicial de fundação, o Programa vivenciou alguns deslocamentos, especialmente resultantes de política em contextos políticos distintos. A sua alteração mais impactante se deu em 2018, quando o governo cubano anunciou sua saída. Em 14 de novembro de 2018, Cuba decide anunciar o fim da parceria com o Brasil, após novas alterações feitas pelo governo brasileiro no termo de cooperação, recebidas como ameaças pelas autoridades cubanas (GRANMA, 2018)⁴. Contudo, a política não deixou de existir e tenta resistir às reestruturações que lhe foram acometidas, incluindo um processo de substituição gradual, a partir de motivações levemente sustentadas, posteriormente apresentadas.

Em 2020, data do desenvolvimento desta pesquisa, o mundo sofre com o aparecimento da pandemia do novo coronavírus. Enquanto uns preocupam-se mais com o aspecto econômico, outros priorizam pautas referentes aos valores sociais, como o acesso universal à saúde. Se a falta de assistência médica na rede pública já era bastante sentida no cenário brasileiro, no contexto pandêmico, o dilema ficou ainda mais acentuado, onde é possível observar a implementação de diversas medidas emergenciais, adotadas pelas autoridades, como governadores, prefeitos, secretários e até mesmo juízes, para amenizá-lo. A exemplo da reincorporação de médicos cubanos ao PMM e a abertura de 3 novos editais no âmbito de tal Programa.

⁴ Não sendo o fim dessa parceria objeto de estudo desta pesquisa, serão destacadas, apenas, as consequências desse acontecimento para o Programa.

A conquista do Mais Médicos não está em seu caráter nacional ou internacional, está em ter conseguido enxergar e implementar meios para estimular a assistência médica nas áreas mais remotas do País. Desconsiderar a assistência internacional significou a retroação de um avanço até então conquistado. Apesar disso, os impactos causados pelo Programa ainda podem ser observados em algumas realidades brasileiras, onde os médicos nacionais permanecem atuando com muito afinco. Quando o acordo que mediava os médicos cubanos foi rompido, a adesão nacional ao Programa já parecia bem estruturada.

Todas essas informações tornam ainda mais relevante um estudo que possibilite conhecer como o Programa influenciou na promoção de acesso à saúde, bem como seus potenciais e suas limitações, no contexto de um cenário atualizado e particular de uma pequena cidade do interior cearense. Diante disso, surgem alguns questionamentos: O que é o PMM? Qual o entendimento dos diferentes grupos de interesse (beneficiários, representantes, gestão) acerca do Programa? Como o PMM tem influenciado no acesso e na utilização de serviços de saúde? Houve alteração do desempenho após a saída dos cubanos? Até que ponto as políticas públicas são sustentadas apenas por interesses políticos? Quais os fatores que levam ao encerramento de uma política? Essas indagações, assim, se tornam norteadoras para o desenvolvimento do trabalho. Este estudo trata-se de uma pesquisa introdutória, portanto, neste momento, alguns pontos podem ainda não ser respondidos ou ser respondidos parcialmente.

Para respondê-las, a pesquisa desenvolvida neste estudo tem como objetivo geral: avaliar o Programa Mais Médicos enquanto política pública de saúde, por meio da interação na cidade de Itapiúna, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e da gestão. Para tanto, foram traçados três objetivos específicos: i) discorrer, de forma breve, sobre o conceito e o ciclo de criação das políticas públicas, enfatizando ações elaboradas na área da saúde; ii) descrever uma avaliação do PMM, incluindo conquistas e desafios; e iii) coletar a percepção itapiunense dos profissionais da saúde, dos usuários e da gestão acerca do Programa, através de questionários e entrevistas.

A escolha do município de Itapiúna se deu, tendo em vista ser um local do interior do Ceará em que ainda atuam médicos do Programa. Além de tudo, por ser a cidade onde o pesquisador reside, e, portanto, possui o desejo de contribuir com a discussão a respeito de seus contextos, impasses e lutas. Deste modo, possibilitando o desenvolvimento de uma avaliação que aponte os principais contributos, sejam estes pontos positivos ou negativos, da contribuição do Programa para a cidade.

Segundo a OPAS (2018), mais de 60 milhões de brasileiros são cobertos pelo PMM, onde as vagas foram preenchidas em mais de 4 mil municípios brasileiros, além de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Ainda segundo a Organização, a cobertura de AB no país cresceu de 10,8% para 24,6%, já no primeiro ano do Programa, constituindo um dos projetos mais audaciosos para a cobertura equitativa e universal da AB no mundo e considerado uma das melhores práticas de cooperação sul-sul na Região das Américas.

O interesse pelo tema surgiu uma vez que as políticas públicas fornecem um debate relevante, com potencial de incluir, ao menos, dois vieses bastante pertinentes para o curso de Administração Pública. O viés administrativo, fundamental para a realização de melhorias na sociedade, além de respaldar a população no tocante da descontinuidade de políticas formuladas, sem motivação categórica, após o fim de uma gestão; e o viés político, que diz respeito a decisões que envolvem conflitos de interesses.

No Brasil, apesar das pesquisas de análises de programas sociais, há incipientes estudos que indicam o aspecto avaliativo da fragilização das nossas políticas públicas. Por esse motivo, a temática possui considerável importância no contexto da gestão da saúde, uma vez que não ambiciona aprofundar o fim do acordo entre Brasil e Cuba. Ao contrário: pretende, somente, avaliar o Mais Médicos face a questionar o encerramento de uma política de Estado ousada, ampla, inovadora e aparentemente exitosa. Sustentando, ainda, que a decisão do seu encerramento não parece ter sido proporcional ao ideal da busca por medidas que assegurem saúde ao povo brasileiro.

É relevante, também, por representar uma forma de desenvolver um estudo nesta reta final do Programa, após decretada a sua substituição gradual, contribuindo para o registro de seus prováveis últimos contributos para o país. Espera-se com esta pesquisa conseguir trazer uma visão mais localizada da implementação de uma política pública federal ao longo dos últimos anos, favorecendo uma análise histórica dos avanços e retrocessos de tal ação em governos distintos.

A abordagem utilizada no percurso metodológico é a qualitativa. Para tanto, foi realizada pesquisa bibliográfica e análise documental, para o levantamento de dados e informações de várias fontes, como Conselhos de Medicina, relatórios e cartilhas governamentais, legislação, livros, artigos, notícias, portais, sites etc.

Além desses procedimentos, na coleta de dados empíricos, foram utilizados os métodos de entrevista semiestruturada para a gestão (Secretário Municipal da Saúde) e para os

profissionais da saúde (médicos e enfermeiros), e questionário para os usuários, deste modo, promovendo, com abrangência, a análise proposta neste estudo. A análise desses dados se deu por meio da triangulação.

Para atender ao que aqui foi indicado, a organização deste estudo foi dada em seis seções. Iniciando por esta introdução, na qual é apresentado o tema-problema, buscando identificar, também, os objetivos propostos pela pesquisa e pontuar, brevemente, os aspectos metodológicos utilizados, sendo aprofundados na seção posterior (segunda seção).

Na terceira seção, apresenta-se uma discussão sobre políticas públicas, destacando rapidamente conceitos, tal como caracterizando as etapas do seu processo de criação, onde demonstram que a avaliação é um de seus elementos. Ainda nesta seção, procurou-se chamar a atenção para a importância de políticas públicas de saúde, mencionando construções consolidadas de programas na área da AB. Em seguida, na seção 4, optou-se por destinar um capítulo para apresentar o PMM, sob aspecto nacional, incluindo contextualizações, estatísticas, alterações e comparações, além do destaque das novas ações relacionadas ao Programa frente à problemática do coronavírus.

A análise e discussão dos dados é sustentada em todo o processo, existindo ênfase para a seção cinco, onde está focalizado o objetivo central desta pesquisa: a atuação do PMM na cidade de Itapiúna, abordando o desempenho da política no local, considerando a percepção dos profissionais, da gestão e usuários, obtidas por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas e questionário. Por fim, a seção seis apresenta as considerações finais, indicando os principais apontamentos da pesquisa.

2 METODOLOGIA

A proposta central desta pesquisa é avaliar o Mais Médicos no cenário itapiunense no ano de 2020. Essa análise traz relatos baseados na perspectiva de diferentes visões, envolvendo olhares de profissionais da saúde, da gestão e da população beneficiária. O estudo decorre numa fase complexa e atualizada da Política, onde seu fim gradual já foi decretado, ainda assim, constatou-se a reabertura de novos editais emergenciais, para continuar auxiliando na problemática da falta de médicos, sobretudo no contexto da pandemia do novo coronavírus, abrindo questionamentos para o modo pelo qual o Programa foi avaliado e tomada a decisão que levará ao seu encerramento efetivo.

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. Trazemos para a academia a necessidade de análise dos discursos e de debater sobre a validação do processo de avaliação de políticas públicas de modo eficiente e objetivo, priorizando o interesse público.

Desta forma, a presente pesquisa possui uma abordagem qualitativa, visto que seu foco não está na representatividade numérica, mas, sim, no aprofundamento da compreensão do PMM no cenário itapiunense, a partir do relato das diferentes partes envolvidas (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.

Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória por permitir maior proximidade com o Programa, de modo flexível, apreciando diversos aspectos relativos ao Projeto (GIL, 2002). Assim sendo, para analisar a Política, o presente estudo foi realizado através de análise de documentos e pesquisa bibliográfica. Além desses procedimentos, na coleta de dados empíricos, foram utilizados os métodos de questionário com os usuários e entrevista semiestruturada com a gestão e profissionais da saúde;

Da pesquisa bibliográfica e análise de documentos foi possível efetuar a pesquisa de dados sobre diversas abordagens da saúde e da discussão sobre políticas públicas focalizadas em tal área (conceitos, ciclo, sistema, programas, garantias constitucionais etc.). Foi possível, também, obter conhecimentos sobre o Programa em seus diferentes aspectos (criação,

desenvolvimento, resultados, desafios, mudanças etc). Estas técnicas possibilitaram a consulta de dados em diversas fontes, Conselhos de Medicina, cartilhas e relatórios governamentais, legislação, livros, artigos, sites etc. Afinal, segundo Lakatos e Markoni (2003, p. 158): “antes de iniciar qualquer pesquisa de campo, o primeiro passo é a análise minuciosa de todas as fontes documentais, que sirvam de suporte à investigação projetada”.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), sob CAAE 34524820.8.0000.5576 e parecer nº 4.286.910/2020. A coleta de dados empíricos ocorreu entre outubro a dezembro de 2020, conforme a proposta do cronograma. O local selecionado para a realização da pesquisa foi o município de Itapiúna, situado no Maciço de Baturité⁵, interior cearense, sendo um local em que ainda atuam médicos do Programa. Não tendo na população/amostra os participantes (profissionais) estrangeiros do PMM, pois não consta a atuação de profissionais da saúde estrangeiros no município em estudo⁶.

Assim, a pesquisa ocorreu nos estabelecimentos de saúde da AB do município, apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Estabelecimentos da atenção básica em Itapiúna/Ce

Número	Nome da unidade
1	UNIDADE BASICA DE SAUDE SEDE I JOSE CLEMENTINO E SILVA
2	CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE ITAPIÚNA (SEDE II)
3	UBASF SEDE III JONACY GARCIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA
4	POSTO DE SAUDE DE CAIO PRADO
5	POSTO DE SAUDE DE PALMATORIA
6	POSTO DE SAUDE DE ITANS
6.1	UBS DE APOIO A ESF ITANS BOA AGUA
6.2	UBS DE APOIO A ESF ITANS QUEIXADA

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) /Datusus.

Conforme observado no quadro 1, o município conta com 6 unidades principais voltadas para a AB da população local (enumeradas de 1 a 6), além de 2 unidades de apoio (6.1 e 6.2), que atuam apenas como suporte estrutural para o Posto de Saúde de Itans (6). Deste modo, para cada uma dessas 6 unidades de AB, a cidade apresenta 1 médico vinculado ao PMM, portanto, possui, no período desta pesquisa, 6 médicos vinculados ao Programa, todos brasileiros.

⁵ Localizado no sertão central cearense, o Maciço de Baturité envolve as seguintes cidades: Acarape, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Ocara, Pacoti, Palmácia e Redenção.

⁶ Informação verbal. Francisca Kessiane Freitas Leal – Chefe de Enfermagem do Hospital de Itapiúna/Ceará.

Além dos médicos bolsistas do programa, esta pesquisa também incluiu os enfermeiros das referidas unidades, considerando o papel de gestão que a enfermagem assume nas UBS e a relação de trabalho lado a lado com o médico, trazendo uma outra perspectiva de análise.

Deste modo, a fim de tornar uma pesquisa abrangente, a partir de diferentes pontos de vista, foram coletadas, também, a percepção dos usuários (beneficiários) e do Secretário Municipal da Saúde, como um representante específico da gestão.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados dessas diferentes amostras foram distribuídos da seguinte forma. Ver quadro 2.

Quadro 2 – Instrumentos de coleta de dados e categorias da pesquisa

Categoria	Nome	Participação projetada	Participação efetivada	Instrumento
1.1	Médicos (as)	6	3	Entrevista semiestruturada
1.2	Enfermeiros (as)	6	5	
2	Gestão (Secretário Municipal da Saúde)	1	1	Entrevista semiestruturada
3	Usuários	24	18	Questionário
TOTAL		37	27	

Fonte: elaborado pelos autores. 2020.

Conforme observado no quadro acima, foi projetada a participação de 6 médicos, obtendo uma participação efetiva de 3 desses profissionais, 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.

Do grupo dos enfermeiros, apenas 1 participação não foi concretizada, pois não foi possível realizar a coleta no posto de Palmatória. O pesquisador e a enfermeira da referida unidade tentaram, por vezes, planejar um dia adequado para coleta, mas não obtiveram êxito, em detrimento de imprevistos e situações (como: dia, horário e prazos a serem cumpridos) que impossibilitaram a coleta na unidade.

A projeção inicial para a categoria 3, foi de 24 usuários selecionados aleatoriamente, 4 por unidade. No entanto, a já mencionada ausência de médicos em algumas unidades, reduziu a efetivação desse grupo, por motivos do baixo fluxo de usuários em uma determinada unidade. Além da ausência da coleta em um dos postos planejados. Portanto, participaram da pesquisa 18 usuários.

Dos participantes profissionais entrevistados, os informantes 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. Dos participantes cujo os dados foram coletados

pelos questionários, os informantes foram identificados no texto pela letra “U” de Usuário, acompanhada do número do questionário, como exemplo: U1, U2, U3. Os dados foram analisados por meio da Triangulação de Dados.

A entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. (LAKATOS; MARKONI, 2003, p. 195). Nesta pesquisa, optou-se pela entrevista semiestruturada. Nesse modelo, “o pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal” (GERHARDT *et al.*, 2009, p.72).

Neste estudo, referente ao grupo da categoria dos profissionais da saúde (categoria 1) foram entrevistados 3 médicos, sendo dois homens (66,7%) e uma mulher (33,3%), com uma faixa etária entre 27 e 31 anos (100%); e 5 enfermeiras (os), sendo quatro mulheres (80,0%) e um homem (20,0%), todas (os) entre 25 e 29 anos (100%). A entrevista também foi a técnica utilizada para coletar os dados da gestão (categoria 3), aqui representado pelo Secretário Municipal da Saúde, sendo ele do sexo masculino portando a idade de 35 anos.

As entrevistas foram executadas de acordo com 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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para coleta com os profissionais de saúde, inclusive gestor, foram utilizadas salas preservando a distância para coleta, ajustadas previamente com as gerências dos respectivos locais.

O critério de inclusão do médico foi ser vinculado ao PMM; do enfermeiro foi ser adscrito na equipe do referido médico; da gestão foi ser o atual Secretário Municipal da Saúde do município de Itapiúna/Ceará. Quanto aos critérios de exclusão dos participantes das categorias 1 e 2: seriam excluídos os profissionais que constassem em período de férias/licença no momento da coleta ou aqueles que não apresentassem concordância com o TCLE.

Quanto ao grupo dos usuários (categoria 3), o instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário, enfatizando seu caráter aberto. Nesse tipo de questionário, as perguntas são abertas, deixando que os informantes respondam de maneira livre, usando

linguagem própria (LAKATOS; MARCONI, 2003). Ressalta-se que as aplicações desses questionários também foram precedidas da assinatura do TCLE pelos informantes.

Participaram da pesquisa 18 usuários adscritos nas unidades selecionadas do 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%). Os usuários foram abordados de forma aleatória nas salas de espera, ou seja, os usuários já estavam nas unidades. Desta forma, considerando o contexto da pandemia, mesmo com todos os cuidados, existiram riscos de contaminação. Por esse motivo, foram adotadas estratégias para diminuição desses riscos, estratégias essas que foram previamente apresentadas no TCLE, e o prosseguimento na coleta só foi dado após aceite e concordância dos informantes com o Termo!

O questionário foi aplicado com os usuários que aceitaram a 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. Reforça-se que não houve coleta coletiva. Para diminuir o risco de contaminação, a coleta era feita com um usuário por vez, apenas usuário e pesquisador se mantinham na sala, em dias alternados, conforme o cronograma da fase de coleta. Essa individualidade também contribuiu para que fossem mantidos os critérios de sigilo e anonimato.

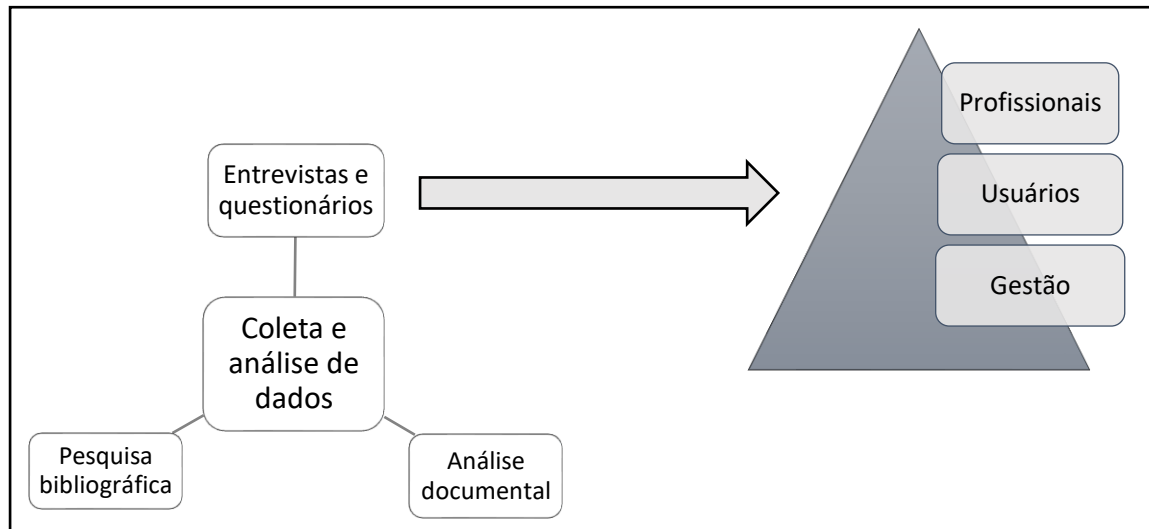
Foram selecionados segundo critérios de inclusão dos usuários: ter idade maior ou igual a 18 anos, ser alfabetizado e ser assistido pela unidade desde pelo menos antes do fim da parceria com Cuba, em 2018. O critério de exclusão foi não estar presente na unidade no momento da visita do pesquisador, além da não concordância com os Termos do Consentimento informado.

Como forma de dar validade e credibilidade às informações coletadas, o pesquisador recorreu ao uso de triangulação. De acordo com Coutinho (2008), “a triangulação consiste em combinar dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados” (p. 9). Para o autor, trata-se de um instrumento de análise de dados que favorece a construção de uma explicação/justificação para as diferenças, uma vez que dois pontos de vista ou dois conjuntos de dados parecem opor-se um ao outro.

Por este estudo propor uma investigação acerca de uma política pública polêmica e de interpretações discordantes, sobretudo em governos distintos, o pesquisador utilizou diversos métodos, como: entrevistas e questionários, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

Além disso, utilizou-se diferentes amostras para a coleta de dados empíricos, sendo entrevistas para os grupos dos profissionais e da gestão; e questionário para o grupo dos usuários/beneficiários.

Figura 1 – Triangulação de dados



Fonte: elaborado pelos autores com base em conhecimentos adquiridos de Coutinho (2008). 2020.

As etapas desta técnica foram organizadas nas seguintes fases: coleta, transcrição, categorização e análise dos dados. Desta forma, seguindo o pressuposto de combinação de pontos de vistas no método de triangulação (COUTINHO, 2008), os dados não seguiram uma segmentação por categoria de coleta, mas sim, por categorias temáticas, sendo as seguintes:

Quadro 3 – Categorias de análise de dados do estudo

CATEGORIA DE ANÁLISE	DESCRIÇÃO
O (re)conhecimento do Programa Mais Médicos	Conceito, objetivos, melhorias, pontos fortes do programa
Avaliação atual da atuação do PMM	Relação médico-paciente, satisfação.
Reflexões sobre o viés internacional do PMM	Percepções acerca da atuação dos antigos profissionais estrangeiros; Opiniões sobre o Revalida
Debate sobre o futuro do PMM	Percepções sobre o encerramento, proposta de substituição
Contribuições para a gestão municipal	Sugestões e recomendações de melhorias
O olhar da gestão sobre o PMM	A percepção do atual Gestor de Saúde de Itapiúna acerca do PMM

Fonte: elaborado pelos autores. 2020.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Inicialmente, resolveu-se iniciar um debate acerca das políticas públicas frente ao papel social na formulação e gestão dessas políticas, começando pela assimilação dos seus conceitos e ciclo. Posteriormente, focalizou-se a saúde, destacando a importância das ações do Estado na área, enfatizando iniciativas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

3.1 Políticas públicas: o que são e como são criadas?

De início, política pública pode ser entendida como a tomada de decisão governamental (de fazer ou não algo intencionalmente) por onde o Estado desenvolve suas ações. Nesse sentido, espera-se que a criação de políticas seja dada, principalmente, a partir de oportunidades e necessidades públicas para atender o interesse público em segmentos específicos. Além disso, são ações bastante conhecidas no combate à desigualdade social primordialmente, sobretudo pautando-se no princípio da isonomia, consistindo em um tratamento igual para os iguais e diferente para os diferentes, conceito que parte da doutrina, jurisprudência e princípios constitucionais. Assume-se, neste estudo, a definição de Saraiva e Ferrazi (2006):

[...] poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos (SARAIVA; FERRAZI, 2006, p. 29).

Uma política pública exprime a ideia de um processo gradual, ou seja, a consecução de ações delegadas a resolução de ineficiências sociais em momento oportuno, sendo limitada por um processo indutivo. Mesmo contando com estudos e pareceres técnicos, a decisão de instituir (ou não) uma política pública ainda é condicionada pela incerteza, de modo que não é possível mensurar a dimensão do impacto social gerado por tais fluxos de decisões, seu grau de efetividade não pode ser observado de forma imediata.

Apesar desse entendimento mais típico-ideal do ramo administrativo, faz-se necessário revelar, também, o conceito comumente observado na prática em sociedade, que é guiado pelo viés político, onde o interesse político prevalece na formulação ou exclusão de

políticas públicas. Para entender melhor, esta pesquisa realça um fragmento de Rua (1997, pág. 136, grifo do autor):

Idealmente, os políticos têm como “missão promover o interesse público, isto é, o bem comum, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade e o bem-estar geral. Para isto, são investidos de autoridade decisória e supõe-se que venham a exercê-la conforme padrões universalistas. **A realidade, entretanto, é bem distinta: o que leva os indivíduos ao exercício da atividade política frequentemente é o desejo do poder**, da glória e da riqueza **e a capacidade de usar a autoridade para beneficiar interesses particulares, de grupos específicos**, mesmo quando não se trata de vantagens estrita ou diretamente pessoais. Este é um dos paradoxos do governo.

Portanto, é fundamental a participação da sociedade civil, que não precisa (nem deve) esperar pelos ciclos eleitorais, dada a valorização que a contribuição dessa vertente social pode trazer quanto à elaboração, implementação e avaliação dessas políticas. A consciência política das pessoas dita a participação e o controle social que essas exercem no direcionamento da ação estatal para um caminho de gestão de políticas públicas de modo mais eficiente.

Celina Souza (2006) sugere definir política pública como um campo de conhecimento que serve para colocar o governo em ação, incluindo a análise dessa ação. Isto significa que não é suficiente, por exemplo, formular programas e depois abandoná-los. É necessário realizar um acompanhamento avaliativo, para então pensar em propor, se necessário, mudanças no rumo desses programas.

Por esse motivo, considerou-se pertinente apresentar o ciclo de políticas públicas, até para mencionar as fases administrativas envolvidas no processo. A crítica sugere que não seja considerada uma ordem rígida ou imutável acerca das fases contidas no ciclo. No entanto, em geral, é válido que todo processo de criação consista de “etapas” (ou momentos), face ao alcance de um planejamento e execução de maneira mais eficiente.

Para a produção de políticas, Saraiva e Ferrazi (2006) sugerem que o processo começa pela agenda (1), através da mesa de deliberação, onde as necessidades (problemas públicos) são levantadas na agenda do Poder Público e é feita a listagem de prioridades. Em seguida, na elaboração (2), é definido o problema a ser trabalhado (diagnóstico), onde são analisadas as alternativas para atacar o problema, bem como seus custos e efeitos. Com o foco definido, é hora de formular (3) a política, decidindo a medida mais viável para ser utilizada na solução do impasse. O próximo passo é implementar (4) a política, onde entra o parâmetro da normatização, através dos mecanismos de lei, além de ser desenvolvido o planejamento necessário (de gestão humana, recursos materiais, financeiros etc.) para colocá-la em prática, ou seja, para executá-la (5), nessa ordem.

O acompanhamento (6) por meio da supervisão integra uma das fases finais do ciclo, podendo, se for o caso, propor ajustes, visando o melhor alcance dos resultados. Para que, por fim, esses resultados finais sejam verificados e apreciados na fase de avaliação (7). Nas fases 6 e 7 os dados são analisados no sentido de descobrir se a forma que a política foi implementada faz sentido e se a ação precisa ter continuidade. Nesse sentido, destaca-se a importância do monitoramento e da avaliação durante as fases de pré-implementação, implementação e pós-implementação da Política Pública, tendo em vista o alcance dos resultados esperados.

3.2 Ações do governo federal em relação à saúde

Através da arrecadação de impostos da população, o Estado consegue executar suas políticas públicas e, a partir disso, viabilizar o acesso à saúde por meio dessas ações. A seguir, serão apresentadas, brevemente, alguns exemplos das políticas públicas de saúde brasileiras, enfatizando iniciativas federais (assim como o PMM), representando um conjunto de iniciativas que, mesmo sendo diferentes, possuem objetivos semelhantes e correlacionados.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi uma proposta adotada pelo MS desde o fim do século XX para reorganizar a APS no SUS. Criada em 1994, inicialmente, não se tratava de uma estratégia, mas sim de um programa, intitulado Programa Saúde da Família, popularmente conhecido – até os dias atuais – de PSF. Por razão de impactos positivos na saúde brasileira, sua dimensão foi ampliada, sendo enunciado como ESF na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF enfatiza o trabalho em equipe, “com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica” (FIGUEIREDO, 2012, p. 5).

A configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros foi objeto de estudo de Mattar e Silva et al. (2019), no contexto hospitalar de um Centro de Terapia Intensiva de Belo Horizonte, sendo destacado que a não comunicação entre profissionais de diferentes categorias descaracteriza o trabalho em equipe.

Desta forma, a ESF é composta por uma equipe multiprofissional que está ligada à UBS, englobando: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família

e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde; cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em saúde bucal – opcional – (PORTAL DA SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE)).

Sendo conivente com os princípios do SUS, os serviços da ESF são ofertados para todos, até mesmo para usuários de planos de saúde privada. Desta forma, A ESF possibilita a construção de uma relação mais aproximada entre a supracitada equipe de Saúde da Família (eSF) com a comunidade em que atua, valorizando cada pessoa, família e vizinhança. Essa proximidade estimula uma maior confiança da comunidade para que a população atenda as indicações dessas equipes, como, por exemplo, a orientação de consultas e acompanhamento nas Unidades Básica de Saúde (UBS), contribuindo para o fortalecimento da AB.

Outro exemplo é o Programa Nacional de Imunização (PNI), sendo este a política da introdução de novas vacinas. O PNI pertence ao SUS e é organizado pelo MS, também de modo aliado com as secretarias estaduais e municipais de saúde, é reconhecido, nacional e internacionalmente como uma das mais relevantes intervenções em saúde pública, com destaque para o papel fundamental na erradicação de doenças, como “a erradicação da poliomielite, a eliminação da circulação do vírus autóctone da rubéola e o importante impacto na redução de doenças imunopreveníveis, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e a melhoria da expectativa de vida da população brasileira” (DOMINGUES et al. 2015).

Desde que foi criado, em 1973, o PNI tem prezado pela inclusão social, na medida em que assiste todas as pessoas, oferecendo gratuitamente todas as vacinas recomendadas pela (OMS), sem qualquer tipo de distinção. Afinal:

Não existem excluídos para o PNI. As vacinas do programa estão à disposição de todos nos postos ou com as equipes de vacinação, cujo empenho permite levar a imunização mesmo a locais de difícil acesso — às matas, aos morros, aos becos das favelas, às palafitas. Eles vão aonde é preciso ir para imunizar a população (MS, 2003, p. 5),

Além das garantias de saúde, o PNI assume um comportamento ético e a consciência de que é preciso lutar sem descanso para reduzir as desigualdades sociais do Brasil, que estão longe de serem superadas. Desta forma, considerando a atual pandemia, torna-se válido ressaltar que a vacinação contra a Covid-19, no Brasil, está sendo planejada e implementada pelo PNI, visto que a partir da inclusão das vacinas aprovadas pelos órgãos competentes para o referido programa, foi possível iniciar as campanhas, de modo que fossem

espalhadas por todo o território brasileiro, conforme afirma Dimas Covas, diretor do Instituto (G1, 2020).

Para finalizar esta seção, no ano de 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), que atua para o fornecimento público de medicamentos, constituindo-se numa inovação para a política pública de assistência farmacêutica, como uma alternativa de acesso à medicamentos considerados essenciais (SANTOS-PINTO, 2011). De acordo com Silva e Caetano (2015), em 2006, ocorreu a ampliação do Programa para o comércio varejista, funcionamento por meio do credenciamento de farmácias e drogarias.

Ainda para Caetano (2015), a partir da compreensão dos diferentes tipos de provisão de medicamentos, foram conquistados e são desenvolvidos entre os seus arranjos institucionais: (1) fornecimento "gratuito" em farmácias públicas de medicamentos contidos nas listas oficiais; (2) copagamento em farmácias do Programa PFPPB, vertente Rede Própria, para um rol definido de medicamentos;

Neste contexto, Santos-Pinto (2011) destaca o papel que que o Programa pode exercer no tocante do setor público:

Alguns aspectos que caracterizam o PFPPB podem gerar evidências sobre a situação do acesso a medicamentos no setor público. E, mais do que isso, tais evidências podem também caracterizar o Programa como uma nova alternativa à possível baixa efetividade do sistema público de provisão de medicamentos no país (SANTOS-PINTO, 2011, p. 2965).

Dado o exposto, verifica-se, portanto, a necessidade de maior valorização das políticas públicas, bem como de reconhecer que políticas não são para gestões, são para o povo, e não devem ser menosprezadas em detrimentos de interesses particulares, capazes de interferir na vida de milhões de pessoas.

No próximo capítulo, será apresentado um aprofundamento do PMM, objeto de estudo desta pesquisa.

4 A POLÍTICA DE SAÚDE DO MAIS MÉDICOS

Dentro do contexto do PMM, faz-se pertinente recorrer à materiais na busca de compreender a sua criação e entender suas contextualizações, estatísticas, alterações e comparações, para destacar o funcionamento prático e efetivo do Programa desde sua criação. Seguindo, na busca por compreensão, faz-se oportuno refletir sobre as críticas destinadas à Política, além de pontuar os posicionamentos favoráveis, que enfatizam a defesa do Projeto em prol da saúde pública. Conclui-se com um destaque das novas ações relacionadas ao Programa face à problemática do coronavírus.

4.1 Programa Mais Médicos (PMM)

A criação do SUS foi um avanço muito importante para a população brasileira em termos de saúde gratuita e de qualidade para todos. Em contrapartida, os desafios para alcançar melhorias na área estavam apenas começando. A insuficiência de médicos desde muito cedo se tornou um problema latente na realidade brasileira, especialmente para municípios de pequeno porte. Em 2013, tendo em vista o pedido da campanha *Cadê o Médico*, da Frente Nacional de Prefeitos, bem como às manifestações populares, que cobravam melhorias nos serviços de saúde pública, foi criado o PMM, com o propósito principal de atrair médicos para a AB do SUS, focalizando municípios isolados e remotos (COMES et al., 2016).

O Mais Médicos surgiu como uma política pública emergencial focada na AB, enfatizando as regiões do Norte, Nordeste e áreas longínquas que apresentam carência em atendimento médico e em infraestrutura, podendo até receber médicos estrangeiros. A adesão internacional marcou o diferencial do Programa e existiu para ajudar a suprir a insuficiência de profissionais nacionais na AB (BRASIL/MS, 2015). No entanto, foram determinadas prioridades nos editais de inscrições do Programa, sendo para, 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 estrangeiros⁷, por adesão e por cooperação (com a OPAS), nessa ordem.

⁷ De acordo com Brasil/MS (2015, pág. 14): “Para viabilizar o intercâmbio de médicos estrangeiros foi necessária a participação dos seguintes órgãos federais: Ministérios das Relações Exteriores, do Planejamento, da Defesa, da Previdência e da Educação, além da Casa Civil, Polícia Federal, Receita Federal e Banco do Brasil”.

Quadro 4 – Perfil dos profissionais do PMM

Categoria	Definição
Médico CRM-Brasil	Formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil.
Médico intercambista	Formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior (acesso por chamada pública de adesão).
Médico intercambista cooperado	Formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior (acesso por cooperação internacional).

Fonte: Brasil/MS, 2017.

O Programa foi lançado como medida provisória em julho de 2013, no governo da presidenta Dilma Rousseff, em seguida, foi convertido e regulamentado pela Lei 12.871, de 22 de outubro do mesmo ano, constando, entre os seus objetivos: a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; o fortalecimento da prestação de serviços de AB em saúde no País; e o aperfeiçoamento da formação médica no País.

Conforme o MS (2017), o Programa foi estruturado em 3 grandes eixos. O primeiro eixo (ênfático neste estudo) é o de 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. O segundo eixo diz respeito ao 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 UBS. E, por fim, o terceiro eixo é associado a realização de reformas no curso de medicina, ou seja, 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.

Mesmo com dificuldades, e apesar do pouco tempo implementado, o Mais Médicos conseguiu, em menos de um ano, recrutar 14.462 médicos em 3.785 municípios, sendo 1.846 médicos brasileiros e 12.616 médicos estrangeiros de 49 países, de acordo com Oliveira et al (2015). Esses números demonstram que logo após a implementação do Programa, existiu a resistência de uma parcela dos médicos brasileiros em aderir à Política. As áreas de baixa cobertura, naturalmente, contam com condições de trabalho limitadas, além de problemas em outros setores sociais, como na educação e lazer, o que impedia que os médicos vislumbrassem progressão de carreira profissional e pessoal.

Em contrapartida, a partir de 2015, parece que essas adversidades foram consideravelmente sendo superadas, onde os brasileiros chegaram a preencher todas as vagas ofertadas pelos editais do Programa.

Figura 2 – Adesão dos médicos brasileiros ao Programa Mais Médicos a partir de 2015



Fonte: Mais Médicos. 2015/2016.

Mesmo com dados promissores, o Programa sempre foi alvo de diversas críticas. Dentre os principais opositores, estavam o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os CRMs. Desde o início do Programa, os referidos Conselhos foram contra a ausência de exames de validação de títulos dos médicos intercambistas nos moldes do Revalida, alegando que tal ausência “coloca a população, especialmente a das regiões mais carentes, vulneráveis à ação de indivíduos sem o devido preparo e qualificação” (PORTAL CFM, 2014).

No início do Projeto, o MS informou que se utiliza o Revalida⁸ para o trabalho médico de estrangeiro em um espaço de tempo indefinido, o que não é o caso do Mais Médicos, que desenvolve um projeto de intercâmbio, a partir da troca de experiências entre profissionais nacionais e internacionais, onde apenas são selecionados médicos graduados em instituições reconhecidas por seus países e cuja formação é equivalente às diretrizes curriculares mundialmente reconhecidas e adotadas no Brasil (MS, 2013).

Outra questão levantada pelo CFM (2018) em suas considerações apontadas sobre o PMM refere-se à diminuição dos médicos cooperados, onde, desde junho de 2015, a população de cooperados tem diminuído, sendo essa queda acentuada a partir de fevereiro de 2016. Em contrapartida, observa-se que esse fator (diminuição) diz respeito a ordem de

⁸ Avaliação realizada pelo Ministério da Educação (MEC) para validação dos diplomas de médicos estrangeiros.

prioridade estabelecida nas diretrizes do Programa, sendo a preferência dada para os médicos nacionais. Os médicos estrangeiros (seja por adesão ou cooperação) somente ocupavam as vagas remanescentes dos profissionais brasileiros, portanto, se a demanda nacional crescia, logo, a internacional decrescia, justificando a redução do número de cooperados vinculados ao Programa.

Para Silva et al. (2016), a dificuldade oriunda do idioma existiu, mas não foi suficiente para determinar a satisfação do atendimento prestado pelos profissionais. Seguindo essa ideia, o MS apresentou uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)⁹, de 2015, para 699 municípios, onde 85% dos 14.179 usuários consultados afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou, 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 do PMM (BRASIL, 2017).

Esses números corroboram com a Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS, vigente desde 2003 para incentivar o tratamento humanizado entre profissionais e usuários no SUS, como no atendimento acolhedor e na valorização do trabalho na saúde. Para Santos et al. (2016, p. 1014), “apesar de alguns médicos brasileiros não valorizarem a característica do tratamento mais humanizado dos estrangeiros, se percebeu, de algum modo, a troca de conhecimento entre brasileiros e estrangeiros, mesmo sem muita intensidade”.

O Programa não é amplamente conhecido pela população, mas a assistência é sentida no cotidiano, por isso existe a aprovação popular (PADRE; FILHO; RODRIGUES, 2019). Pesquisas sugerem que os usuários desconhecem ou possuem informações incompletas acerca do PMM. Para Melo, Baião e Costa (2016), torna-se indispensável a conscientização e elucidação da população sobre o Programa, para o desenvolvimento de sujeitos críticos e, só assim, conscientes de seu papel de cidadãos de direito.

Uma coisa que pode ser percebida também é que o Mais Médicos tende a ter um impacto maior em lugares com muita escassez de médicos, longe dos grandes centros urbanos, mesmo que o quantitativo seja alto em grandes cidades. Lugares onde os formadores de opinião, sobretudo a mídia influenciada pelo corporativismo do CFM, não vivem e desconhecem é onde o eco da melhora pouco importa. Um médico faz muita diferença em regiões onde nunca houve

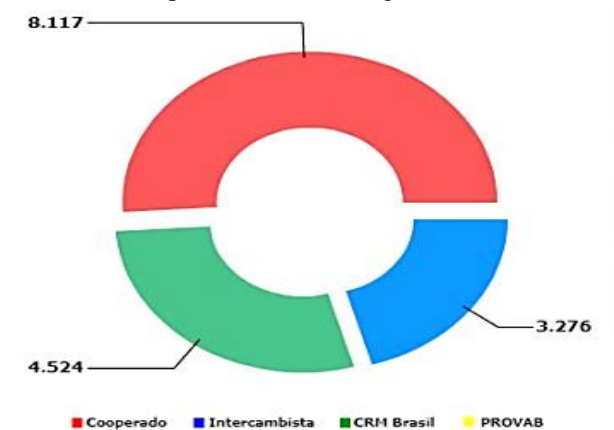
⁹ Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Foram entrevistados 14.179 usuários, 227 gestores e 391 médicos em 699 municípios, com margem de erro inferior a 1,0 ponto e com uma confiabilidade de 95,45%

assistência. Vários médicos em regiões populosas, têm suas ações apagadas pelos problemas estruturais cotidianos de atenção básica.

Após o resultado das eleições de 2018, o Mais Médicos começou a sofrer riscos reais de extinção. Assim que eleito presidente, antes mesmo da sua tomada de posse, Jair Bolsonaro impôs exigências (que descumpriam as garantias estabelecidas no Termo de Cooperação) para que a parceria com Cuba não fosse encerrada. As novas condições foram: teste de capacidade (Revalida) para todos os médicos cubanos, salário integral aos cubanos (impedindo a retirada da parcela para o governo cubano) e liberdade para trazerem suas famílias (SANTOS et al. 2019).

Essas exigências não foram bem recebidas pelas autoridades cubanas, que optaram pelo encerramento do acordo brasileiro. Em Nota, no dia 14 de novembro de 2018, o Ministério da Saúde de Cuba manifestou que “não é aceitável questionar a dignidade, o profissionalismo e o altruísmo dos colaboradores cubanos que, com o apoio de suas famílias, prestam atualmente serviços em 67 países” (GRANMA, 2018, tradução nossa)¹⁰. É nesse contexto que o PMM tem, de uma só vez, seu quadro de médicos drasticamente reduzido. No fim de 2018, mais da metade dos profissionais do Programa eram cubanos, responsáveis pela saúde de mais de 28 milhões de brasileiros em 2.857 municípios, além de 75% da cobertura para os indígenas – que correspondia a 300 médicos (SANTOS et al. 2019).

Gráfico 1 – Perfil dos profissionais do Programa no fim de 2018



Fonte: CFM. 2018. Dados retirados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) /MS. Atualização em 22/11/2018.

¹⁰ “No es aceptable que se cuestione la dignidad, la profesionalidad y el altruismo de los colaboradores cubanos que, con el apoyo de sus familias, prestan actualmente servicios en 67 países”.

Após a retirada dos cooperados (intercambistas cubanos), o CFM declarou, por meio da intitulada *Nota à Sociedade Brasileira*, que “o Brasil conta com médicos formados no país em número suficiente para atender às demandas da população” (PORTAL CFM, 2018);

Após a fase de rompimento da parceria, editais foram lançados para que as vagas ociosas fossem preenchidas. No entanto, o fim da cooperação Brasil-Cuba, levou a uma regressão até então alcançada pelo PMM, constatada pela dificuldade de fixar médicos nas vagas antes ocupadas pelos cubanos, sendo essas distribuídas entre aldeias e outras áreas vulneráveis (NOGUEIRA, BEZERRA, SILVA, 2020). Foi para lidar com esse tipo de dificuldade que a proposta inovadora do Projeto foi pensada.

Paralelamente, após a retirada dos intercambistas cubanos e a ausência repentina de profissionais em áreas historicamente vulneráveis de cobertura médica mínima, percebeu-se a elevação da taxa de mortalidade dos bebês indígenas, fato não evidenciado desde o início do PMM. A BBC Brasil, embasada na Lei de Acesso à Informação (LAI), conseguiu dados sobre a mortalidade de bebês indígenas. Os dados apresentados pelo MS mostram que foram registradas 530 mortes de bebês indígenas, entre janeiro e setembro de 2019, um aumento de 12%, se comparado ao mesmo período de 2018, tendo sido o maior índice desde 2012, ano que antecedeu a criação do Programa (FELLETT, 2020).

Deste modo, em contraposição ao aparente apoio popular, bem como aos impactos positivos levantados pelas pesquisas científicas, o Governo Bolsonaro lançou o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), em agosto de 2019, para substituição gradual ao projeto Mais Médicos. O propósito central do novo Programa (PMB) permanece o mesmo: fortalecer os serviços de AB do SUS, a partir da interiorização de médicos pelo país, especialmente nas cidades pequenas e desassistidas.

Apesar dos mesmos objetivos, a Agência Brasil destaca que algumas distinções estruturais foram realizadas no PMB, como na forma da contratação dos profissionais, que passa de contratos temporários de até 3 anos para o regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), além de salários mais altos e gratificações (VILELA, 2019).

A seguir, o posicionamento do Secretário-Geral do CFM, Henrique Batista e Silva (2019) sobre as duas Políticas:

- PMM (Gestão Rousseff): “o CFM em nenhum momento apoiou o Programa Mais Médicos, nunca concordando com as pretensões equivocadas do governo de resolver a falta da prestação de saúde em locais desassistidos com a simples presença de médicos”

- PMB (Gestão Bolsonaro): “*em razão de uma luta de muitos anos desenvolvida pelo CFM e outras entidades médicas, o GF lançou recentemente o Médicos pelo Brasil, que, se não o ideal, vem atender o grande problema de alocar médicos nas regiões mais carentes do país*”.

Ainda segundo o Secretário, a criação do Mais Médicos foi uma tentativa do governo brasileiro para atingir interesses eleitorais, confundindo interesses particulares com públicos, utilizando de médicos com *competências duvidosas*. Nota-se, mais uma vez, que não é mencionado pela crítica o fato de que os médicos intercambistas somente ocupavam as vagas que não eram preenchidas pelos profissionais nacionais, ou seja, eram um suporte emergencial, resultante de um projeto de intercâmbio que seguia critérios pré-estabelecidos de seleção. Além disso, em 2017, após cobranças incessantes por órgãos e associações da medicina, quanto à revisão da ausência do Revalida e de outros pontos do Programa, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que a prática é legal, e que o PMM é sim constitucional (STF, 2017).

Outro fator questionável é a decisão da substituição, uma vez que, além do rompimento da parceria, o Programa também está sendo gradativamente encerrado. Consideramos que a criação de uma política pública não precisa ser sustentada na substituição de uma já existente. Desta forma, se o propósito é público, até que ponto é mais interessante a criação de novas ações ou o aperfeiçoamento de políticas e programas sociais já existentes para auxiliar no enfrentamento de uma problemática, ao invés do encerramento de ações já implementadas e efetivadas com o mesmo propósito?

Em 2020, o PMM ganhou mais um tempo de existência para continuar propagando os seus impactos e influências na saúde pública brasileira. A motivação foi a pandemia causada pelo novo coronavírus, que demandou a determinação de novas estratégias, sendo realizadas novas convocações e renovações no âmbito do Mais Médicos. Trazemos os impactos e as modalidades dessas publicações na seção posterior.

4.2 Mais Médicos: novas ações frente à problemática do coronavírus

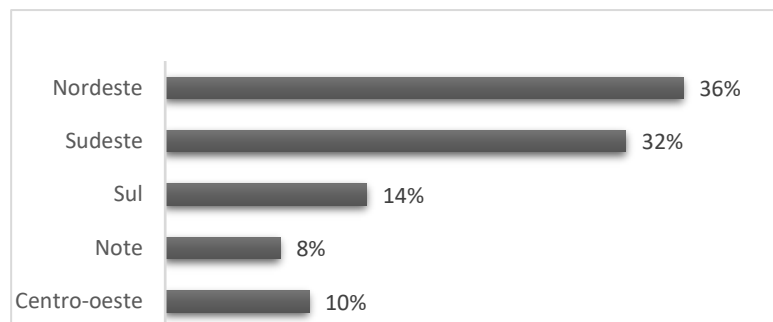
Considerando as ações de aperfeiçoamento na AB em Saúde para regiões prioritárias do SUS, bem como os mecanismos emergenciais durante a pandemia do novo coronavírus, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS) realizou o lançamento de

novos editais no âmbito do PMMB. Diante da publicação desses editais, as informações apresentadas a seguir são sustentadas (divulgadas) pela página oficial do Programa.

- Edital n° 5, de 11/03/2020 (19° ciclo do Programa): através deste Edital, o MS disponibilizou 5.815 vagas para adesão de médicos formados no Brasil – ou com revalida no País, para fortalecer a saúde da população brasileira pelo período de 1 ano. Além dos municípios do interior e das regiões mais vulneráveis, o 19° Ciclo introduziu, pela primeira vez, as capitais e os grandes centros no Projeto, tendo em vista a grande incidência de casos da covid-19 nesses locais, por serem mais movimentados e populosos.

Ao final das cinco chamadas previstas para o 19° ciclo, realizadas no período de março a junho de 2020, 66% das vagas destinadas aos médicos foram ocupadas, reforçando a presença dos profissionais do Mais Médicos na AB e possibilitando a ampliação do acesso e a promoção da saúde nas diversas regiões do país.

Gráfico 2 – Distribuição dos médicos por região – Edital n° 5, de 12 de março de 2020



Fonte: elaborado pelos autores. Dados: Mais Médicos. Atualizado em: 24/06/2020.

Nota-se que as vagas ofertadas se concentraram nas regiões Nordeste e Sudeste, totalizando 68% do total da distribuição dos médicos interessados, em função de suas capitais e regiões metropolitanas terem maior número de vagas autorizadas que estavam desocupadas (pelo mesmo motivo de serem mais propensas à circulação do coronavírus), assim sendo, constituíram a concentração da ocupação ao final do certame (MAIS MÉDICOS, 2020).

Edital n° 7, de 25/03/2020: focou em prorrogar o Termo de Adesão de, aproximadamente, 140 médicos (formados no Brasil ou com revalida no País e intercambistas brasileiros) que continuavam ativos nos grandes centros urbanos, oriundos do 13° ciclo (2016), que teriam suas atividades encerradas entre abril e maio de 2020. Entretanto, diante da notória necessidade desses locais, o MS optou pela prorrogação excepcional desse prazo por mais 6 meses. Após a finalização do processo de renovação, o resultado foi um quantitativo de 132

médicos com seus Termos renovados. As 8 vagas que não foram renovadas puderam ser preenchidas através do Edital de nº 9, de 26 de março de 2020, que visou a reincorporação de médicos cubanos, conforme determinado em Lei.

Edital nº 9, de 26/03/2020 (20º ciclo do PMMB): um Edital apenas para a reincorporação de médicos cubanos ao Projeto pelo período improrrogável de 2 anos. Foram ofertadas 1100 vagas em 2 chamadas, sendo empregados os seguintes requisitos, contidos no art. 23-A da Lei nº 12.871:

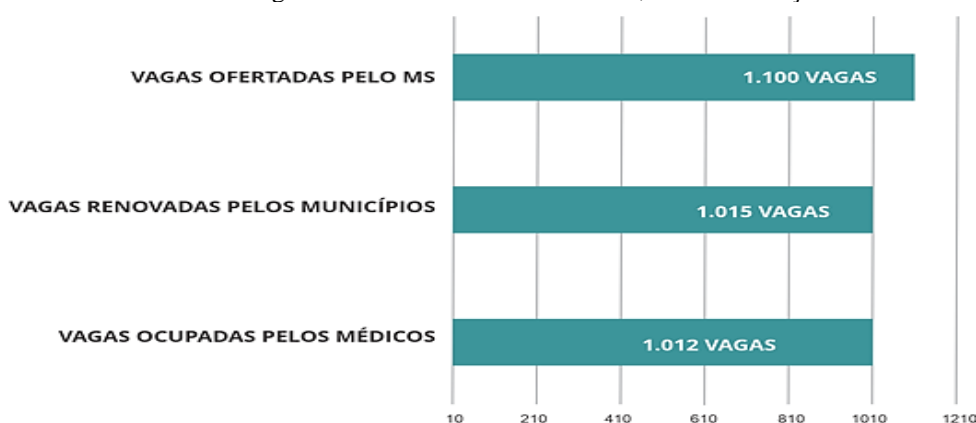
I - estar no exercício de suas atividades, no dia 13 de novembro de 2018, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em razão do 80º Termo de Cooperação Técnica para implementação do Projeto Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; (Incluído pela Lei nº 13.958, de 2019).

II - ter sido desligado do Projeto Mais Médicos para o Brasil em virtude da ruptura do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde Pública de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para a oferta de médicos para esse Projeto; e (Incluído pela Lei nº 13.958, de 2019)

III - ter permanecido no território nacional até a data de publicação da Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019, na condição de naturalizado, residente ou com pedido de refúgio. (Incluído pela Lei nº 13.958, de 2019).

Após a finalização dos Chamamentos, 1015 vagas foram preenchidas, onde, no momento desta pesquisa, 1012 profissionais já estavam efetivamente ajudando no suporte de médicos para o País, que tanto necessita da carga de profissionais da saúde, especialmente num período tão delicado de pandemia, onde toda contribuição deve ser bem recebida.

Gráfico 3 – Vagas 20º Ciclo PMMB – Edital nº 9, de 26 de março de 2020

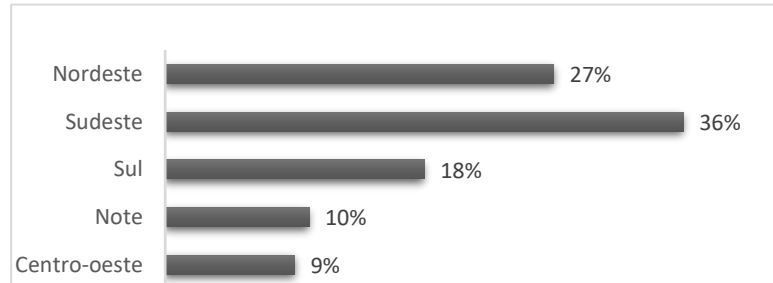


Fonte: Mais Médicos. Dados atualizados em: 25/06/2020.

Edital nº 10, de 19/05/2020: mais um edital de renovação do Termo de Adesão, desta vez, para participantes que iniciaram suas atividades no Projeto em 2017 (14º ciclo), onde

o encerramento das atividades desses profissionais estava previsto para os meses de junho de 2020 e março de 2021. O edital resultou na renovação de 1.807 médicos, por mais 1 (um) ano, ao PMMB.

Gráfico 4 – Distribuição dos médicos por região – Edital nº 10, de 19 de maio de 2020



Fonte: elaborado pelos autores. Dados: Mais Médicos. 2020.

Conforme observado no gráfico 4, Nordeste e Sudeste somaram 63% da distribuição, isso mostra a necessidade das referidas regiões, o Nordeste por apresentar uma boa parte da região em situação de vulnerabilidade socioeconômica; e o Sudeste que, apesar de ser a região mais rica do País, é, também, a mais populosa, onde se localizam, por exemplo, São Paulo e Rio de Janeiro, estados destaques no número de contaminados pela covid-19, o que passa a ser um novo foco e cuidado do Projeto. Os médicos que prorrogaram o tempo de participação são compostos tanto por profissionais estrangeiros (1.089 médicos), como por profissionais com registro no CFM (718 médicos).

O Mais Médicos, por meio da sua plataforma online, apresenta dados que nos ajudam a entender a sua configuração quanto à distribuição de seus 15 mil médicos (aproximadamente) pelo cenário brasileiro. Ver figura 3.

Figura 3 – Profissionais do Projeto Mais Médicos no território brasileiro

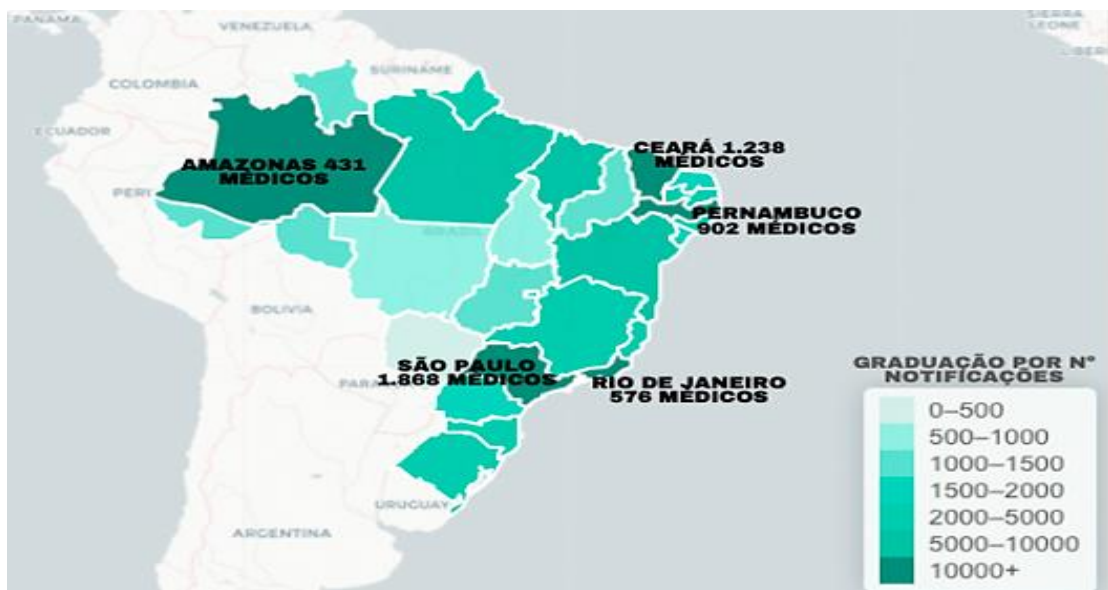


Fonte: Mais Médicos. Dados de 12/05/2020.

Como pode ser observado na figura acima, Nordeste é a região mais assistida pelo Programa, com 5.678 médicos, por consequência, será a região mais prejudicada com o fim do Projeto. O investimento em saúde para regiões mais vulneráveis torna-se necessário para que seja possibilitado um acesso universal à população. A implementação de programas de saúde tem surtido efeito, assim como o Mais Médicos, que demonstrou ser um projeto relevante para o setor da saúde. Para tanto, tornam-se necessárias intervenções políticas, além de sociais, visando garantir a defesa dessas políticas públicas, não apenas na criação, como também na durabilidade da política, caso esteja trazendo os resultados esperados.

A realidade presenciada neste contexto tem a ver com algumas singularidades encontradas na nossa distribuição geográfica, o qual se utiliza de fatores de ordem social e político que contribuíram e ainda contribuem para agravar o quadro de ausência de assistência médica, especialmente nas regiões mais remotas e periféricas.

Figura 4 – Distribuição dos profissionais nos estados com mais casos de covid-19 - PMMB



Fonte: Mais Médicos. Dados de 12/05/2020.

Na figura 4, é possível analisar a maior concentração dos profissionais por UF, demonstrando a atuação precisa e objetiva do Projeto para com os estados brasileiros onde se constata a maior incidência de casos de covid-19.

Dado o exposto, é possível observar que buscou-se manter o quadro de médicos quase que inalterado, a partir de editais de inserção e renovação que permitiram a admissão e

renovação desses profissionais (além de evitar a redução), dando suporte à saúde pública brasileira, não apenas nas regiões mais remotas, como, também, para os grandes centros urbanos, revelados como ambientes centrais da contaminação da pandemia causada pelo coronavírus.

Trazemos, portanto, a contribuição dessas novas ações voltadas para a democratização da saúde, simuladas pela necessidade de prover assistência médica para o País, nas regiões desassistidas e nas grandes capitais, a partir de uma perspectiva de suporte à população em tempos de pandemia. Entendemos que este tipo de estudo é imprescindível para tornar visível a luta pelos direitos sociais, em especial, da luta pela legitimidade de políticas públicas de saúde, portanto, de direitos do povo.

Neste contexto, ao nos debruçarmos acerca do papel da política pública aqui analisada, convém refletirmos, mesmo que brevemente, sobre a “virada discursiva” em relação ao SUS, até recentemente atacado como vilão da má gestão da saúde brasileira e agora, na pandemia, sendo valorizado, quase que unanimemente pelos formadores de opinião. Essa virada discursiva mostrou, sem sombra de dúvidas, uma volta do Estado em todos os âmbitos.

Essa perspectiva traz a ideia de uma relação direta do Estado com as políticas públicas, condicionadas às diversas relações pretendidas entre Estado e Sociedade, apresentando aspectos dessas relações que implicam no desenvolvimento de políticas voltadas para a seguridade social no Brasil, as quais merecem ser levadas em consideração a partir da valorização do SUS, que se constitui, em geral, no elemento primordial para possibilitar o acesso universal à saúde reivindicado para o povo brasileiro.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise das informações dos questionários e das entrevistas se deu através de um processo de categorização temática, logo, não houve uma segmentação por categoria de coleta, mas, sim, por conjuntos de abordagens identificadas pelo autor, durante uma transcrição inicial, fluida, das perguntas abertas e entrevistas, sendo possível identificar conteúdos semelhantes que poderiam estruturar um recorte temático.

No grupo dos beneficiários, participaram 18 usuários: 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 grupo 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 sexo masculino e porta a idade de 35 anos.

Dentro do contexto de avaliação participativa em face das políticas públicas da saúde, faz-se pertinente recorrer à categoria de análise intitulada *o (re)conhecimento do Programa Mais Médicos*, na busca de compreender a percepção acerca dos conceitos e objetivos do Programa e entender quais foram e são os seus pontos fortes e aqueles que podem ser melhorados, para destacar o nível de compreensão a partir de diferentes realidades.

Seguindo, na busca por uma compreensão atualizada, faz-se oportuno refletir sobre como o desempenho do Programa está sendo avaliado no presente contexto. Para tanto, optou-se por desenvolver uma categoria para *avaliação atual da atuação do PMM*, para pontuar aspectos da relação da equipe, além daquela desenvolvida com a população, no que se refere aos diversos pontos de vistas de situações e elementos que constroem a existência de uma interação que precisa existir.

Neste sentido, a terceira categoria analisada traz as *reflexões sobre o viés internacional*. Compreende-se que seja inadequada a proposta de avaliação do PMM que não inclua a discussão deste elemento, ainda que de forma não focalizada. Assim, trazemos, neste recorte, relatos sobre o desempenho dos antigos profissionais estrangeiros, além de buscar opiniões sobre o Revalida, isto é, a ausência do referido exame para a inclusão dos médicos de outros países na época que era permitido pelo Programa. Desta forma, constituindo o caráter

abrangente desta proposta avaliativa, que não desfaz de pontos que geraram discussões e incertezas, tendendo a apresentação de maiores resultados para práticas futuras.

Assim, tendo em vista ações futuras que podem contribuir para a solução de problemas da saúde pública local, propôs-se um breve *debate sobre o futuro do programa*. Sendo o futuro do PMM o seu encerramento, destinou-se este espaço para refletir sobre a condição deste encerramento e como é visto pelos atores envolvidos na pesquisa. Além disso, pôde-se notar opiniões iniciais acerca da proposta que irá substituir o Projeto Mais Médicos.

Na mesma linha do interesse em desenvolver análises com capacidade para atuar de forma efetiva na avaliação do PMM, considerou-se pertinente inserir a categoria de *contribuições para a gestão municipal*, para que sugestões e recomendações de melhorias possam ser apresentadas à gestão local recorrendo à escuta democrática, diversa e participativa.

Por fim, para enfatizar o gerenciamento e o viés administrativo envolvido na gestão de políticas públicas da saúde, criou-se a categoria *o olhar da gestão acerca do PMM*, para trazer a análise da política analisada a partir do discurso do Gestor Municipal da Saúde do município de Itapiúna/Ceará.

5.1 O (re)conhecimento do Programa Mais Médicos

Durante a análise dos questionários, ficou evidente que ainda existe desconhecimento por parte dos beneficiários sobre o PMM, sendo relatado pelos usuários. A pesquisa ‘A percepção dos usuários cearenses sobre o PMM’, realizada nas 3 macrorregiões cearenses (Fortaleza, Cariri e Sobral) corroborou os achados do presente estudo, tendo em vista que demonstrou que, apesar de todos os participantes já terem sido atendidos por médicos bolsistas do programa, alguns ainda desconhecem, ou nunca ouviram falar do PMM (MELO; BAIÃO; COSTA, 2016). Essa ausência de informações por parte da sociedade é muito negativa, uma vez que fragiliza a sobrevivência de políticas públicas como um todo.

Se o PMM existe e está efetivamente beneficiando um público-alvo, mas o mesmo público desconhece a sua existência, significa que essa população não vai nutrir de conhecimentos suficientes para entender que o encerramento de ações que desfavorecem às suas demandas é um problema, ou seja, é necessário que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito nesse sentido (SOUZA, 2006).

As informações obtidas nos questionários dos usuários também mostraram aqueles que conhecem o Programa, mesmo sendo observado uma noção ainda muito incipiente nas narrativas:

“Para mim, seria uma oportunidade para a população ser bem atendida” (U3)

“É um programa voltado para a classe carente da sociedade” (U5)

“É um programa do governo federal com o intuito de levar médicos para áreas carentes de atendimento de saúde” (U2)

Nas falas acima, podemos notar um reconhecimento de que o programa possui uma ênfase de atuação nas localidades mais vulneráveis, demonstrando que os usuários sabem do papel desempenhado pelo programa para localidades com altas necessidades de saúde (PADRE; FILHO; RODRIGUES, 2019; MS, 2017).

Os resultados refletiram ainda que, para os usuários, o PMM estava muito associado à ideia de médicos estrangeiros, demonstrando que tais indivíduos desconhecem que são atendidos por médicos brasileiros que pertencem ao referido programa.

“Um programa para melhorar a saúde com médicos de outro país” (U4)

“É um programa do governo federal que traz os médicos de outros países para as Unidades Básicas de saúde do Brasil” (U13)

A literatura evidencia que essa linha de pensamento, que restringe o Programa apenas aos vínculos estrangeiros, ainda é uma visão muito presente pelos usuários. Em geral, porque, no início do Programa, os médicos brasileiros não demonstraram uma boa adesão, sendo assim, as vagas ociosas foram sendo disponibilizadas e preenchidas pelos profissionais de outros países. Na pesquisa feita por Padre, Filho e Rodrigues (2019), em uma cidade do interior de Bahia, os usuários também se mostraram restritos à informação de que o programa só tem relação com profissionais provenientes de outros países. Ou seja, a realidade do Programa é essa e a visão dos beneficiários não é limitada, mas baseada na realidade também.

Observou-se uma opinião positiva dos usuários acerca das melhorias sentidas no município após o surgimento do programa, com destaque para a facilidade de acesso ao atendimento médico:

“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)

Levantamentos mostram que em menos de um ano, o PMM recrutou e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios (OLIVEIRA et. 2015). Até 2015, esses números subiram para 18.000 médicos trabalhando em 4.000 municípios e assistindo a 63 milhões de habitantes (BRASIL, 2017). Esses números reforçam melhorias no sentido de haver mais profissionais, logo, possibilitar mais consultas e mais acesso à saúde, a partir da vinda do programa, no âmbito do fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde no País (BRASIL, 2013);

Para os médicos bolsistas, observou-se as seguintes narrativas acerca do Programa. 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.

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 (M1).

Seguindo a mesma linha, a médica M2 relatou que a intenção do Mais Médicos foi trazer assistência para locais onde havia uma carência de médicos em determinadas regiões, principalmente, regiões de alta vulnerabilidade, onde naturalmente o médico não iria, uma vez que não possui a infraestrutura necessária para que os médicos exerçam o trabalho deles. A médica deixou, ainda, a seguinte reflexão:

.... Até que ponto a gente não é negligente ao aceitar trabalhar em um local onde a gente sabe que a gente não vai conseguir fazer o que é correto por aquele paciente. As pessoas confundem, AB não é ter só o básico, AB é ter o mínimo necessário para eu dar seguimento. A intenção é que eu coordene o cuidado, que eu faça a atenção integral daquele paciente, que eu seja a porta de entrada dele e que tente resolver a maior parte daqueles problemas, mas os problemas que eu não consigo resolver eu preciso ter para onde resolver, e muitas vezes a gente não tem (M2).

Foi mencionado, ainda, em conformidade com as falas de todos os médicos entrevistados, o benefício que o PMM oferece à gestão municipal, uma vez que os salários dos médicos bolsistas são pagos pelo Governo Federal, reduzindo o gasto dos municípios para tal

fim. Desta forma, o dinheiro da prefeitura, que estaria todo destinado a contratação de médicos, pode ser destinado a equipamentos ou aumentar o número de outros profissionais de saúde.

Os relatos dos médicos também relevaram a insatisfação desses profissionais, mostrando pontos técnicos, estruturais e de pessoal que precisam ser melhorados para que as suas funções possam ser realizadas de forma mais exitosa. Percebe-se que a dificuldade de infraestrutura, além da necessidade de mais profissionais, é uma preocupação que afeta não apenas os usuários, mas também os próprios profissionais.

Referente aos pontos fortes identificados pelos médicos, as falas mostraram o potencial do programa para identificar regiões onde a demanda médica é mais desafiadora, além do crescimento profissional face à troca de experiência entre os profissionais, sendo tal suporte um fator motivacional para os bolsistas.

O médico M1 destacou o fato do PMM ser um programa federal, o que contribui para que seja promovido um reconhecimento acerca da necessidade de cada município, por ter uma proximidade maior prefeitura-federação. Por exemplo, se existe um número de vagas para determinada cidade, e essas vagas não foram preenchidas, o governo já sabe que é provável que aquele município haverá vagas ficaram ociosas e que está necessitando de médicos ou está com mais dificuldade de conseguir.

Uma outra médica entrevistada (M2) mencionou a vantagem de ser proporcionado aos médicos bolsistas um bom suporte para resolver os problemas, através de tutorias, da presença de um coordenador, bem como da realização de reuniões mensais. A médica avalia tal suporte como essencial, tanto para os bolsistas se sentirem amparados, como para ser possibilitado uma troca de experiências.

Eu passei por situações aqui em que eu recorri a minha coordenadora e fui perguntar para ela como eu devo proceder, como eu devo agir nessa determinada situação. Isso tanto respalda a gente, como favorece o crescimento profissional, porque você tem alguém com mais experiência que tá te ajudando a lidar com demandas que são, às vezes, muitas desafiadoras. Eu acho que o fato do programa trazer esse suporte pra gente dá um amparo que ainda dá uma vontade de tentar mais um pouco (M2).

Ainda associado às melhorias e aos pontos fortes do ponto de vista dos médicos, evidenciou-se aspectos muito relevantes, sobretudo no tocante ao papel que o Programa desempenha face à valorização do SUS, bem como do atendimento humanizado.

Faz parte da formação da gente dentro do programa. A gente recebe essa especialização. Para estar dentro do programa, a gente precisa fazer a especialização. E ela trabalha justamente isso, para você entender a história do SUS, valorizar os 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 (M2).

Com certeza, porque a gente além dos atendimentos, ainda tem aulas, tanto online quanto presenciais, onde são destacados sempre temas diferentes em forma de maior conhecimento dos médicos, tanto também a gente tem reuniões com a coordenadora (que abrange geralmente 10 médicos cada coordenador) e com ela você vai discutir as necessidades de cada posto: o que tá funcionando, o que não está; então toda essa parte aí acaba indo para a humanização do atendimento, a parte estrutural e de atendimento e conhecimento médico, tudo isso ajuda na humanização (M1).

É positivo observar que as especializações mencionadas na teoria (na Lei) foram e estão sendo efetivadas na prática. Nota-se a realização dos objetivos previstos pelo Programa, como o 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).

A pesquisa conduzida pela UFMG/IPESPE, evidenciou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos do PMM (BRASIL, 2017). Esses números corroboram para uma atenção básica cada vez mais humanizada, conforme preconizada pela PNH, vigente desde 2003 para incentivar o tratamento humanizado entre profissionais e usuários no SUS, como no atendimento acolhedor e na valorização do trabalho na saúde.

O médico M3 apresentou, dentro no aspecto de relações contratuais, uma descrição do ponto de vista político que merece registro:

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 consequentemente 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. Eu consigo, pelo menos o que eu vivo na minha experiência pessoal e profissional, aqui nesta unidade, eu consigo organizar o fluxo da unidade sem estar muito centrada na questão do volume do atendimento e sim na qualidade do atendimento (M3).

A referida descrição segue o raciocínio de Rua (1997), ao sugerir que, na realidade, os políticos atuam conforme benefícios particulares, sendo este um dos paradoxos do governo, onde, ao invés de usar a autoridade para beneficiar o interesse público, usa para promover o seu próprio poder.

5.2 Avaliação atual da atuação do PMM

A análise dos dados mostrou que os profissionais da enfermagem avaliam positivamente em boa ou muito boa a relação construída com os médicos vinculados ao Programa atualmente no município:

“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” (E1).

“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” (E4).

Apenas o enfermeiro E5 relatou a existência de uma barreira na relação com o médico, originada da presença de um secretário. O referido participante argumentou, ainda, que o médico da unidade está atuando a pouco tempo no posto (cerca de 2 meses), e que acredita que a comunicação ainda será melhor desenvolvida futuramente. No momento da visita do pesquisador, o médico da referida unidade encontrara-se afastado por contaminação da COVID-19.

O meu relacionamento com o médico não é tão estreito, tão próximo, porque o médico da nossa unidade tem um diferencial, pois ele tem um rapaz que trabalha com ele. É como se fosse um secretário dele, por assim dizer. No caso, o secretário se torna uma barreira entre os outros profissionais da unidade e o médico. Então, a comunicação fica meio quebrado (E5).

Existe aqui um estranhamento frente a necessidade de um “secretário” que estreita a relação com a equipe de trabalho, sobretudo no setor público, uma vez que os médicos entrevistados não mencionaram a ausência de um auxiliar particular como um fator que impede ou dificulta a realização de seus trabalhos. No entanto, o ponto de vista do médico em questão não foi coletado, por esse motivo, torna-se uma crítica relativizada, uma vez que o profissional pode deter de razões pessoais para considerar a necessidade desse suporte “extra”.

Desta forma, mostrada a percepção dos enfermeiros sobre a relação com os médicos, optou-se por também buscar o inverso, sendo questionado o ponto de vista dos médicos sobre a relação desenvolvida com os enfermeiros e demais membros das equipes, também foi descrita uma boa avaliação, conforme relatos a seguir:

Primeiro falando da equipe, 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 (M1).

Outro médico entrevistado (M3) destacou que sempre faz questão de participar das reuniões mensais da equipe, para que possa escutar e pedir *feedbacks*. Para o mesmo, essa participação ativa contribui para um desenvolvimento da melhor interação entre a equipe. O M3 também trouxe em suas falas que quando assumiu o posto, a unidade não tinha uma equipe multiprofissional (faltava enfermeira, dentista), e que, nesta fase, precisou assumir um papel de liderança na unidade (que atualmente é assumido pela enfermeira). De toda forma, o período durou entre três ou quatro meses, o que, também, teria contribuído para desenvolver laços de confiança e o vínculo entre a equipe e o médico.

A relação de poder estabelecida entre os profissionais 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, Mattar e 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. Em contrapartida, esta pesquisa realizada no âmbito da APS observou, uma relevante prática vivenciada nas relações dos profissionais participantes, propondo uma superação e a construção de uma relação de confiança desse relacionamento dentro das UBS.

Após apresentada a relação entre os profissionais das UBS, chega-se o momento de evidenciar a relação médico-usuário, sendo iniciada pelas narrativas dos usuários. Nota-se, pelo discurso dos usuários, o descontentamento com o aspecto pontualidade dos médicos, que interfere na questão do horário, logo, influenciando, também, na quantidade de atendimento e na relação desenvolvida com esses médicos.

“O atendimento, a simplicidade se fazem presente” (U1)

“Poderia aumentar a quantidade de atendimento” (U2)

“Melhorar o atendimento com o paciente e atender no horário certo” (U3)

É compreensível que a pontualidade seja considerada pelos usuários na hora de avaliar a relação com o médico, afinal, é um fator que compromete os atendimentos. O atraso cometido pelo médico não é compensado. Por exemplo, se, pela manhã, o médico atende até às 12h, ao chegar no posto às 8h ou 9h, permanece atendendo até às 12h. Quem sofre as

consequências desses atrasos são os usuários, que, naturalmente, desenvolvem um sentimento de indignação, afetando o modo como esse usuário irá avaliar a relação com o médico.

Esses dados corroboram com os achados de Nogueira, Bezerra e Silva (2020), que identificaram que, queixas com o cumprimento da carga horária por parte dos médicos brasileiros também foi um problema reconhecido pelos gestores pernambucanos que foram entrevistados.

Para os médicos, de suas relações com os usuários, foram apresentadas questões socioeconômicas e socioeducacionais como fatores que influenciam na interação:

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. Aqui a gente tem uma população que é pobre, uma população de baixo nível social, socioeconômica. A maioria dos pacientes são analfabetos. A outra grande parte são analfabetos funcionais. 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. Tudo isso trabalho todos os dias com cada paciente, 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. Mas, no geral, eu considero relação boa, amigável (M3).

Um segundo médico entrevistado realçou a particularidade de cada paciente, sobretudo os diferentes contextos vivenciados por cada usuário no momento que busca atendimento médico, refletindo na forma como tal paciente estará mais confortável, ou não, para desenvolver uma boa relação:

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. Mas, no geral, a minha relação é muito boa com os pacientes aqui. Eu tive pouquíssimos problemas em dois anos de trabalho que eu tô aqui, então é bem tranquilo (M1).

Considerou-se relevante, ainda, trazer o relato de uma terceira médica entrevistada, a mesma traz uma menção ao modelo tradicional e ineficaz nas UBS:

Com os pacientes, no geral, avalio como muito boa. Não tenho nada a reclamar, apenas coisas que sempre tem 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, têm um pouco de dificuldade de entender isso (M2).

Para a médica M2, até bem pouco tempo atrás, os próprios médicos que trabalhavam nos postos não tinham essa conduta de considerar uma triagem, de saber que casos necessitam de atendimento prioritário, e a população foi se acostumando com essa conduta. Segundo a médica, é muito mais “fácil” fazer um paciente chegar às 5 horas da manhã para fazer uma ficha, daí o profissional atende essas fichas e quando finaliza guarda as suas coisas e vai para casa, logo:

É por causa dessa prática que, às vezes, o profissional atende uma verminose e deixa voltar para casa uma AVC, pensando no ‘quem chega primeiro’, entendeu? Então essa mudança que o Mais Médicos traz para gente do atendimento humanizado também tem que mudar a cabeça do usuário. Nem todos os usuários entendem, esse é o maior conflito (M2).

A pesquisa qualitativa realizada por Silva et al. (2016), no município de Mossoró, identificou que os usuários constataam uma agenda mais acessível e favorável à consulta médica. No entanto, corroborando com a fala da médica M2, tal estudo também revelou a continuidade dos mecanismos de marcação de consulta pela tradicional distribuição da ficha de atendimento por ordem de chegada, o que gera filas nas UBS, ainda na madrugada.

5.3 Reflexões sobre o viés internacional do PMM

O trabalho dos médicos intercambistas foi avaliado a partir da relação médico-usuário. A maior parte dos usuários informou que o atendimento médico era satisfatório ou muito satisfatório, sendo empregados elogios, como atendimento humanizado e qualificado:

“Era médico que chegava sempre com alegria” (U1)

“Os médicos eram atenciosos e faziam um bom atendimento” (U2)

“Médico atencioso, humano e dedicado a profissão” (U5)

Alguns usuários também discorreram sobre a comunicação com os médicos intercambistas, sendo um critério utilizado para classificarem o atendimento como pouco satisfatório ou nem satisfatório, nem insatisfatório:

“O que mais dificultava era o sotaque, apesar do espanhol ser bastante parecido com o português” (U2)

“A grande dificuldade de entendimento” (U16)

“Não conseguia entender” (U12)

Em se tratando de médicos intercambistas, é natural se pressupor certa dificuldade de comunicação durante os atendimentos (SILVA et al. 2016), não sendo necessariamente um impedimento da observação de outros pontos relevantes identificados nesses profissionais.

Desta forma, evidenciou-se que, apesar da dificuldade inicial de comunicação, a saída dos médicos intercambistas foi percebida de forma negativa pela maioria dos usuários, apresentando elogios para os referidos profissionais, como profissionais mais pontuais, mais comprometidos e produtivos:

“Eles eram muito pontuais nas sedes que eles consultavam” (U3)

“De certo modo eles trabalhavam mais” (U4)

“Fica uma lacuna deixada pelo profissional que exercia de forma competente o seu trabalho” (E5).

Por outro lado, alguns usuários revelaram que a saída dos estrangeiros foi positiva, uma vez que serviu para melhorar o aspecto da comunicação:

“Melhorou as formas de comunicação” (U11)

“Eu ficava confusa com a fala dela” (U14)

Corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa, o estudo feito em Mossoró/Rio Grande do Norte, mostrou que a dificuldade em entender o que o médico intercambista cubano dizia também foi mencionada como um aspecto negativo pelos usuários, mas que não inviabilizava a consulta, nem a interação entre os sujeitos, ante o emprego de estratégias comunicacionais, como linguagem não verbal, fala pausada e repetida e auxílio de outros profissionais na transmissão das mensagens (SILVA et al. 2016).

Ainda nesta categoria, ingressando na discussão do Revalida (Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos), os médicos bolsistas entrevistados foram unânimes em criticar a ausência do Revalida para os antigos intercambistas do PMM, questionando aspectos de riscos, responsabilidades e até mesmo qualificação.

Uma das médicas entrevistadas (M2) disse ser a favor da vinda dos profissionais. Por outro lado, não sendo culpa deles, dos cubanos, alegou ver uma grande dificuldade de adequação. Para ela, por exemplo, os pacientes têm muita dificuldade de entender o

profissional, e a conduta do profissional muitas vezes é destoante do que se faz na medicina brasileira, para não dizer até iatrogeniase, que é fazer coisas erradas. Segundo a mesma, em parte, porque a medicina de Cuba é uma medicina tão boa que atua praticamente toda na prevenção de doenças e na promoção saúde, por essa razão, algumas coisas aqui do Brasil, os médicos cubanos realmente não têm a prática curativa, uma vez que eles não vivenciam muito isso APS do país deles.

A gente faz coisas aqui num nível de complexidade que é aquele tratamento da doença mesmo. Sou a favor da vinda dos médicos cubanos? Sou, mas eu acho que tem que avaliar melhor. Acho que o revalida seria uma ótima maneira de, infelizmente, selecionar os médicos que vão saber lidar com essas questões, porque a gente presencia coisas que inclusive ao meu ver causaram danos ao paciente. Não que tenha sido por mal, mas que realmente eu acho que seja aquela falta de lidar com essas situações no país deles (M2).

Eu acho que você contratar um profissional que seja de outro país, que tem uma formação completamente diferente, um sistema de saúde diferente do nosso, que fale uma outra língua e não exigir nenhuma prova de revalidação de diploma, eu acho que é muito arriscado e muito irresponsável até. Acho que isso pode colocar a vida da população em risco (M3).

Para o CFM, a ausência do referido teste coloca a população, especialmente a das regiões mais carentes, vulneráveis à ação de indivíduos sem o devido preparo e qualificação (PORTAL CFM, 2014). Verificou-se, portanto, o alinhamento entre a opinião dos médicos com a visão compartilhada entre os principais órgãos de medicina do Brasil sobre a atuação de profissionais estrangeiros sem o Revalida. Essas falas demonstram a união da categoria médica, que fortalece ainda mais a profissão.

Para os enfermeiros, ainda sobre o Revalida, também foi mencionado o cuidado que deve existir para que sejam admitidos profissionais que sejam competentes. Em contrapartida, observou-se a presença de narrativas mais flexíveis e até menos depreciativas, quando comparadas às falas dos médicos.

Eu acho que é uma questão burocrática de quase todos os países, mas acredito que só o Revalida não avalia o profissional não. A questão do profissionalismo da pessoa, um simples revalida não avalia isso, porque eu vi muitos médicos cubanos bons e alguns ruins, do mesmo jeito existem médicos bons e ruins aqui no Brasil. É importante porque é uma questão burocrática, que tem que ser respeitada, mas não seria suficiente para avaliar um profissional (E2).

Além de mencionar que profissionais, no geral, podem ser bons ou ruins, os enfermeiros, por sua vez, demonstraram, ainda, maior facilidade para compreender que o

Revalida constitui sim um teste importante, mas que a preocupação de admitir os melhores profissionais não se limita apenas a realização do referido exame.

“Eu sou favorável a esse exame sim, porque aí, não é que meça o nível de conhecimento, mas avalia se o profissional realmente está habilitado para trabalhar, meu ponto de vista é esse” (E4).

“Se eles eram profissionais resolutivos na situação de saúde de doença das pessoas, eu imagino que o revalida nesse caso não era tão primordial para avaliar a capacidade deles” (E5).

O Enfermeiro E5 destacou que enxerga a medicina como muito corporativista, no sentido de ser uma categoria que se defende muito. O que não é ruim, pelo contrário, é muito bom. Para o enfermeiro, por isso que a medicina é tão forte como é hoje no nosso país. Em contrapartida, esse corporativismo tão acentuado e exacerbado, por vezes, cria certos problemas e empecilhos para outras categorias, e até para médicos que chegam de outros países, como era o caso dos médicos intercambistas.

“Eu não tive o prazer de trabalhar com médicos de outros países, mas pelo que eu ouvi falar, eles eram pessoas que, se for comparar com os brasileiros, eram mais humanos, pelo menos era isso que eu escutei falar” (E5).

Segundo a pesquisa conduzida com 12 gestores cearenses (secretários de saúde), a postura dos estrangeiros diante da medicina preventiva foi elogiada e, sobretudo, sua forma de atendimento, que muito difere da prática dos médicos brasileiros, sendo o atendimento mais humanizado apontado pelos gestores (SANTOS et al. 2016).

Fica posto o descontentamento, para os profissionais, acerca da assistência prestada pela abertura internacional iniciada pelo PMMB até o ano de 2018, em função da ausência de uma seleção mais rígida para a admissão dos participantes estrangeiros no Brasil, o que, em algumas situações, foi responsável por gerar resistência e conflito para aceitação do Programa, assim como da competência dos médicos estrangeiros vinculados ao mesmo durante esse período.

Notou-se, sobretudo, uma postura médica rígida, que focalizou apenas pontos críticos da abertura para o suporte internacional, não sendo mencionado por tais profissionais nem mesmo a disposição desses médicos de fora face à atuação em lugares sem desenvolvimento. Por vezes, os intercambistas assumiram trabalho em lugares que os médicos

nacionais não se mostraram dispostos a enfrentar. Desta forma, um reconhecimento, ainda que minimamente, seria pertinente para demonstrar gratidão para uma atuação que acolheu, cuidou, tratou e salvou vida de pessoas em situação vulneráveis e desassistidas.

5.4 Debate sobre o futuro do PMM

Para a maior parte dos usuários, o encerramento do Programa é visto como uma problemática, sendo que apenas 1 usuário afirmou ser favorável ao fim do PMM, mas não apresentando os motivos desta opinião. Assim sendo, a seguir, são postas algumas das razões relatadas pelos beneficiários que defendem a permanência do Programa:

“Lugares mais carentes sofreriam” (U4)

“Seria muito bom se continuasse com o Mais Médicos” (U14)

“Porque precisamos de médicos” (U16)

“Porque é um programa importante para a saúde” (U18)

É muito importante trazer ao processo avaliativo a percepção dos usuários nesta categoria, visto que são os que sentem efetivamente as mudanças proporcionadas pelo Programa. Logo, também representam o público que será mais atingido pelas decisões tomadas pelos formuladores da Política.

Desta forma, corroborando com a análise dos usuários, os profissionais também se mostraram contrários ao encerramento por si só do PMM, sendo favoráveis, no máximo, de uma substituição para um programa mais amplo e benéfico:

Se for o encerramento só o encerramento não. Mas 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 contestava o médico e, pronto, ser contratual. Eu acredito que mesmo o programa sendo errado, eu acho que 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 (M1).

Uma outra médica entrevistada (M2) destacou duas indagações que surgiram para a mesma após a notícia do encerramento do PMM. A primeira foi que a decisão de seu encerramento gradual 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.

Seguindo a mesma linha, para a médica (M2), 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.

Uma outra observação feita pela médica (M2) foi a notória desvalorização do SUS pelo então Governo, sobretudo no ano de 2020, ano onde o SUS salvou (e continua salvando) muitas vidas da COVID-19, de forma gratuita. Nos Estados Unidos, por exemplo, as pessoas morreram (e continuam morrendo) simplesmente porque não tinham condições de pagar o atendimento. Aqui no Brasil, apesar de todos os desafios, muitas pessoas foram atendidas, porque o SUS está aqui. Por essa razão, é muito doloroso ver uma desvalorização do referido Sistema, bem como da APS. Pior ainda, é acreditar que isso seja uma tendência para os próximos anos.

Acerca da proposta de substituição, 100% dos usuários entrevistados afirmou desconhecer o programa lançado para substituir o Mais Médicos. Novamente, essa ausência de conhecimentos fragiliza o controle social, trazendo a tendência de que sejam cidadãos que ficam totalmente à mercê do controle do poder público. Se for uma gestão que se preocupa com o interesse público, ótimo, caso contrário, dificilmente conseguirão sustentar um poder social capaz de pressionar a gestão de atividades públicas voltadas para seus direitos.

Apesar dos usuários desconhecerem o Médicos pelo Brasil, a análise de dados evidenciou que na visão dos mesmos o PMM não deveria ser substituído, e que os dois Programas poderiam coexistir, sendo sobretudo uma alternativa para trazer contribuições de melhoria para a saúde da população.

“Acreditam que deveriam existir juntos, pois assim mais pessoas seriam beneficiadas com atendimentos a saúde” (U2)

“Os dois juntos para ajudar na saúde” (U12)

“Os dois devem permanecer juntos para que haja o melhoramento na saúde” (U13)

Para os profissionais, uma atuação em conjunto não é a escolha mais assertiva, considerando que não há necessidade de manter dois programas com o mesmo fim.

5.5 Contribuições para a gestão municipal

Um das médicas entrevistadas (M2) destacou que existe uma responsabilidade imensa dentro da atuação na APS, onde não necessariamente é uma área que precisa ter os recursos mais caros do mundo, mas que necessita ter um mínimo de estrutura, para que os profissionais consigam direcionar bem os pacientes e desenvolver um acompanhamento que, muitas vezes, não é possível, que é justamente a questão da coordenação do cuidado. A médica citou a dificuldade de acessar as referências do paciente, ou seja, de conhecer minimamente sua trajetória, a partir do seu histórico.

Eu me formei em 2017 e tô trabalhando na atenção básica desde 2017, tanto trabalho na porta de entrada pelo posto, como pela UPA. A conclusão que eu chego é que tudo passa pela gente. A gente tem que ter uma estrutura que não existe uma grande capacidade tecnológica, mas exige que a gente consiga abranger tudo. Hoje, por exemplo, aqui no posto, eu atendi do bebê de 2 meses que tava tendo dificuldade para mamar, ao senhor de 60 anos que tava tendo uns sangramento retal que eu tive que investigar para câncer (M2).

Ainda segundo a médica (M2), falta investimento em infraestrutura, além de investimento em formação profissional. Para a entrevistada, tudo isso fica muito no papel e pouco na prática. Foi relatado, ainda, que *“não existe apoio da gestão para fazer o que seria para fazer, sendo a APS uma atenção muito voltada para a questão da cura e pouco voltada para a questão da prevenção e da gestão da saúde da população”*. Ou seja, o foco na maioria das vezes está no volume, não na qualidade.

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). Apesar dessa vantagem, falta pensar o que essa secretaria está oferecendo para aquele médico trabalhar corretamente.

Eu não vou mentir para você, o meu salário é muito bom. O programa é excelente, eu tenho uma tutoria, eu tenho um coordenador, tenho reuniões mensais. Eu tenho um estímulo financeiro e o estímulo de educação, a gente faz uma especialização dentro do nosso programa, mas eu vou ser bem sincera contigo, por várias vezes, eu pensei em desistir do programa, porque não é gratificante. É gratificante pela população, mas não é gratificante você perceber que você não tem apoio (M2).

Segundo a médica (M2), não é um problema apenas presente em Itapiúna, mas, também, de outros municípios em que a profissional trabalhou. Falta uma reflexão que instigue uma participação mais efetiva da gestão municipal:

“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).

A referida profissional considera que essa ausência da gestão municipal contribui para que a demanda não consiga ser suprida, logo, causando uma sobrecarga nos profissionais, portanto, realçando a necessidade de haver um melhor alinhamento da relação entre a gestão e o Programa, acerca do que está sendo oferecido para esse médico trabalhar. Destacou, ainda, a necessidade de melhorias para profissionais das outras áreas:

No caso de Itapiúna, o apoio do Nasf é muito deficiente, em parte não é culpa das profissionais. Eu tenho até um contato bom com a nutricionista, com a psicóloga. Mas elas também têm dificuldades de exercer o trabalho delas por questões técnicas e logísticas do município (M2)

Evidenciou-se, portanto, a necessidade de mudar o pensamento da gestão, de fiscalizar mesmo, de cobrar, de fazer com que esses desencontros mudem. Na mesma linha da M2, um outro profissional médico entrevistado (M3), apontou:

“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).

O entrevistado (M3) ressaltou que, ao menos em tese, o MS já garantiu que vai ter um médico naquela UBS pelo menos por três anos. Desta forma, qual a parte do município na hora de tentar também melhorar as condições de trabalho para manter esse profissional lá? Para o médico, há pouca cobrança, sendo que o município fica numa situação muito cômoda, primeiro por questões de estabilidade daquele profissional; segundo, porque não será necessário arcar com grandes custos. Percebe-se, logo, uma situação muito cômoda para o município, que aparenta não entrar com contrapartidas.

5.6 O Olhar da Gestão sobre o PMM

A percepção do gestor constituiu um registro muito importante para complementar a abrangência desta pesquisa, perpassando pelos tópicos abordados anteriormente com os demais participantes. Assim sendo, o entrevistado selecionado para representar a gestão foi o Secretário Municipal de Saúde da cidade de Itapiúna/CE. O gestor contou que teve a oportunidade de participar presencialmente do lançamento do PMM em 2013. No dia que a presidenta Dilma assinou a Lei criando o Programa, o entrevistado relatou que estava participando de algumas reuniões em Brasília, no Conselho de Secretários, onde, nesse dia, alguns secretários tiveram a oportunidade de participar do lançamento.

Segundo o gestor, a criação do PMM era uma ação muito esperada pelos gestores da saúde, por conta da dificuldade de fixação dos profissionais médicos em determinados locais. Esses dados corroboram com os achados da pesquisa de Nogueira, Bezerra e Silva (2020), que identificou que o PMM gerou mais autonomia para as gestões municipais, uma vez que possibilitou a contratação e fixação de médicos.

Os benefícios que foram cedidos à época pelo Programa fizeram com que houvesse uma boa aceitação por parte dos profissionais, assim, suprimo satisfatoriamente, naquele momento, a saúde dos municípios. De acordo com o entrevistado, havia municípios que estavam com mais de 50% das suas equipes desassistidas do profissional médicos, e que, em pouco tempo, foram supridas pelo Programa.

Para o gestor, existem algumas dificuldades que, se resolvidas, poderiam melhorar ainda mais o desempenho do Programa. Segundo 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). Muitos médicos ainda confundem que são do Ministério da Saúde, mas, na verdade, recebem a bolsa do Ministério, porém, toda a gestão de pessoal ocorre pela gestão municipal. Os médicos provenientes do PMM integram as equipes de Saúde da Família como qualquer outro profissional do município (NOGUEIRA; BEZERRA; SILVA, 2020), desta forma, esse entendimento precisa ficar mais evidenciado para que o Programa flua com mais facilidade.

Apesar de ajustes necessários, o gestor avalia que o PMM é sem dúvidas um dos programas mais importantes dos últimos anos. Para a fixação do profissional médico, o entrevistado 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.

Na época da criação do Programa (2013), o entrevistado relatou que estava gestor em outro município, e que graças ao PMM conseguiu ofertar assistência médica a uma comunidade que nunca tinha recebido médico nesse atendimento. Contou que a população vibrou com a referida conquista, e que ficou muito agradecida, demonstrando isso em falas de gratidão sempre que havia uma oportunidade. Por conta de fatos como este, o gestor considera que a criação do Programa foi, sem dúvida, um marco para a APS.

Para o entrevistado, o ponto forte do Programa é a fixação dos médicos, e isso já diz muito, por exemplo, demonstra que o objetivo do Programa foi alcançado. Foi citado pelo gestor, também, o período de permanência da bolsa (de até 3 anos), sendo um tempo suficiente para que, em muitos momentos, seja desenvolvido um vínculo do profissional com a comunidade, o que é muito importante.

Referente ao ponto a ser melhorado, o gestor identifica um certo engessamento com relação à essa gestão de pessoal. O gestor não acredita que esse impasse põe em risco o funcionamento do Programa, mas que seja um ponto que pode ser melhorado para evitar algumas dificuldades. Essa clareza de entendimento acerca do vínculo federal, mas que está sob gestão municipal, talvez seja um dos pontos negativos, não diretamente, mas indiretamente. Durante a coleta, evidenciou-se que de fato existe uma confusão dessa gestão de pessoal, sendo algo citado pelos médicos, enfermeiros e agora o próprio gestor. Fica evidente a necessidade de uma maior interação entre as duas gestões (nível federal e municipal), bem como das suas respectivas partes envolvidas.

Atualmente, o município de Itapiúna conta com 6 médicos vinculados ao PMM, distribuídos pelas suas 6 UBS. Segundo o gestor, o Programa foi bem recebido pela população itapiunense, mesmo após a saída dos profissionais estrangeiros. Com o fim da parceria, a população em questão teria ficado por volta de 6 meses sem médicos fixos. Então, quando a cidade foi novamente contemplada pelo Edital do Programa, foi possível receber novamente os médicos bolsistas, deixando a população satisfeita e alegre por ter novamente uma possibilidade maior de fixação desses profissionais nas UBS.

Sobre a ausência do Revalida para os médicos intercambistas que atuavam no Programa, o gestor apontou que é necessário que se tenha um filtro. É importante trazer este registro, pois mostra que o Revalida é um ponto que gera debate até mesmo entre os maiores apoiadores do Programa. E que tudo bem ajustes acontecerem. Para o entrevistado, *“você não pode simplesmente dizer: estou com um diploma, sou médico e começar a atender. Eu sou*

favorável que tenha alguma maneira de identificar a capacidade técnica do profissional antes dele exercer". Apesar disso, com o fim da cooperação Brasil-Cuba, o Brasil regrediu nos avanços proporcionados pelo PMM, tendo em vista a dificuldade de fixar médicos nas áreas que os cubanos atuavam.

O gestor declarou ser totalmente contrário ao encerramento do PMM. Segundo o entrevistado, existem diversas discussões sendo trabalhadas em Brasília, junto com o Ministério da Saúde, através do Conasems e do próprio Conas com relação aos programas de fixação. O gestor defende que exista um programa de fixação, seja o Mais Médicos ou Médicos pelo Brasil, independente do nome que seja dado. Afinal, segundo o secretário, os nomes das políticas estão muito ligados a governo em si, a marca de governo, é isso que significa na verdade.

De acordo com o entrevistado, sem um programa de fixação, os gestores municipais 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.

Muitas vezes o gestor é criticado por não ter um profissional atuando em determinada unidade, mas se ele realmente for ceder a essa pressão de reduzir carga horária, de reduzir atendimentos, acaba que ele vai ter o médico na unidade, mas em período reduzido que não vai conseguir prestar assistência adequada para população (GESTOR DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIÚNA).

Ele trouxe ainda a necessidade de um programa de fixação, não apenas para o profissional médico, mas para todas as outras áreas da saúde. Um programa não apenas de fixação, mas de valorização das demais categorias que estão envolvidas na APS, como o profissional enfermeiro, que tem uma atuação importantíssima dentro da APS, além de fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas. O entrevistado defendeu que todos esses profissionais precisam ser valorizados de alguma maneira, com programas específicos. Se não for um programa de fixação, por existir uma oferta suficiente desses profissionais, que seja um programa de valorização desses demais profissionais, que também são importantes para o desenvolvimento das atividades.

Por fim, na visão do gestor, com adequações, os dois Programas (PMM e PMB) coexistiriam com tranquilidade, realçando a necessidade de ajustes para que não houvesse um choque de atividades, um choque de programas com o mesmo objetivo. No entanto, para o

entrevistado, dificilmente essa coexistência existiria, em detrimento da necessidade do governo federal (do presidente, no caso), imprimir um programa da sua marca de governo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo geral avaliar o Mais Médicos enquanto política pública de saúde, por meio da interação na cidade de Itapiúna/Ceará, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e da gestão. A amostra desta pesquisa foi composta por 18 usuários, 5 enfermeiros e 3 médicos que integram as UBS do município do estudo, além do gestor da saúde local.

Da primeira categoria analisada, *(re)conhecimento do Programa Mais Médicos*, os resultados deste estudo mostram evidências de que o Programa ainda não é bem compreendido pelos usuários, sendo demonstrado, por vezes, um entendimento muito incipiente. Ou seja, ainda são encontradas dificuldades para o desenvolvimento de sujeitos críticos, o que pode tornar a decisão dos tomadores de decisões sobre políticas públicas, em alguns casos, perigosa, visto que os cidadãos podem não ser conscientes de seus direitos, face ao exercício do controle social.

Da segunda categoria analisada, *avaliação atual da atuação do PMM*, foi observada a existência de uma boa relação entre os médicos e enfermeiros. A literatura traz a importância de uma boa relação no ambiente de trabalho para manter uma equipe motivada e até mesmo mais produtiva. Seguindo a mesma linha, constatou-se, a partir das narrativas dos profissionais, que a boa relação estabelecida entre eles facilita e otimiza os atendimentos nas unidades. Uma boa relação parece ser, portanto, uma característica vantajosa que traz eficiência para os serviços, beneficiando tanto os profissionais das equipes, como a população beneficiária.

Da terceira categoria analisada, *reflexões sobre o viés internacional do PMM*, ficou claro que, para a categoria médica, a abertura do mercado brasileiro para médicos estrangeiros deve ser condicionada à realização do Revalida, sendo essa seleção apoiada também pelos representantes da enfermagem e da gestão. Desta forma, sugere-se, para necessidades futuras, reavaliar/refletir sobre as formas de seleção do médico do exterior, ainda que seja por período determinado, uma vez que a ausência do Revalida foi objeto de tanto descontentamento pelos profissionais brasileiros, inclusive, entre apoiadores do Programa.

Da quarta categoria analisada, *debate sobre o futuro do PMM*, o estudo aqui realizado encontrou que os atores envolvidos (usuários, médicos, enfermeiros e gestor) consideram que o encerramento do Programa seria um declínio ao esforço que o Governo Federal vem estabelecendo na área de aperfeiçoamento e fortalecimento do seu aparato ao SUS, bem como para ampliar o acesso da população na APS. Há, porém, apoio para uma substituição, desde que sejam admitidas adaptações significativas. Não é errado reconhecer que o Programa é limitado (todas as políticas são), porém, os esforços que estão sendo feitos para substituí-lo (logo, encerrá-lo) sugerem mais um interesse político do que a vontade de desenvolver um programa mais amplo e assertivo.

Da quinta categoria analisada, *contribuições para a gestão municipal*, ousasse apontar algumas hipóteses para algumas soluções da saúde local no âmbito da APS, bem como do PMM, a partir da análise dos dados coletados: é necessário melhorar a interação dos médicos com o gestor da saúde local, uma vez que foi observado uma confusão acerca de atribuições e responsabilidades; a gestão municipal deve apoiar e ser mais participativa na gestão do PMM, ainda que seja uma iniciativa federal; os bolsistas devem sugerir seus apontamentos diretamente para o gestor da saúde local ou, no mínimo, os seus relatórios destinados à coordenação do Programa devem ser compartilhados com o referido ator. Portanto, planejamentos integrativos parecem ser um caminho interessante para a resolução das demandas.

Da sexta e última categoria analisada, *o olhar da gestão sobre o PMM*, o estudo trouxe o registo específico do viés administrativo. O gestor entrevistado apresentou muita propriedade em suas falas, afinal, vem desenvolvendo uma (boa) experiência direta com o Programa desde a sua criação, em 2013. Para a fixação do profissional médico, o gestor classifica o PMM como sendo o mais efetivo que o Brasil já desenvolveu até então, uma vez que conseguiu cumprir o seu objetivo de suprir grandes carências, sobretudo ao levar assistência médica para locais que nunca haviam recebido acesso antes. Mesmo sendo um apoiador do Programa, o gestor demonstrou uma postura realista ao reconhecer que ajustes são necessários, como o entrosamento da gestão com os médicos bolsistas. Na verdade, é possível separar a importância de um programa e os seus aspectos que podem ser melhorados, sem a necessidade de formulação e implementação de uma nova proposta com o mesmo fim, apenas para alimentar o ego político.

Entendemos que outros estudos precisam ser realizados para comparação de dados e aprofundamento de análise da avaliação em outros contextos. Reconhece-se, portanto,

a limitação do presente estudo, que por ora se caracteriza como uma pesquisa prévia de aprofundamento limitado à um interior cearense, a partir de um número limitado de participantes, mas que englobou atores que estão nas unidades de saúde e vivenciam diariamente a realidade do PMM. Limita-se também pela pandemia da COVID-19 durante a realização da pesquisa, conforme observado em vários aspectos, como na interferência do fluxo dos profissionais e dos usuários nas unidades e nos riscos de contaminação durante os trajetos.

Desta forma, os achados podem contribuir acerca dos rumos a serem tomados ao PMM, visto a percepção do Programa em diferentes narrativas, por diferentes grupos de interesse englobados na temática. Pode representar, ainda, uma contribuição para que as futuras alternativas a serem implementadas pós-pandemia ao Programa (que seja a sua substituição), sejam respaldadas em uma ação que venha para otimizar os resultados alcançados e reduzir as limitações, a fim de permanecer contribuindo ao acesso da população na APS.

REFERÊNCIAS

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/112871.htm. Acesso em: 23 mar. 2020.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 06 maio 2020.

BRASIL. Planalto Federal. **Art. 23-A, Lei 12.871.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 26 maio 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Art. 194, Constituição Federal de 1988.** Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_194_.asp. Acesso em: 01 abr. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Art. 196, Constituição Federal de 1988.** Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp. Acesso em: 12 mar. 2020.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Hicitec – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 219 – 246, 2009.

COMES, Yamila et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2729-2738, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n9/2729-2738/pt/>. Acesso em: 04 maio 2020.

COUTINHO, Clara Pereira. A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. **Educação Unisinos**, São Leopoldo-RS, v. 12, n. 1, p. 5-15, jan./abr. 2008.

DE SOUZA, Renilson R. **O sistema público de saúde brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. Programa Nacional de Imunização: a política de introdução de novas vacinas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 4, p. 3250-3274,

2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5560379>. Acesso em: 12 jan. 2020.

FELLET, João. **Após saída de médicos cubanos, mortes de bebês indígenas crescem 12% em 2019**. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51593460#:~:text=Ap%C3%B3s%20sa%C3%ADa%20de%20m%C3%A9dicos%20cubanos,em%202019%20%2D%20BBC%20News%20Brasil>. Acesso em: 30/06/2020.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de et al. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. 2012. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/169>. Acesso em: 12 jan. 2020.

GERHARDT, Tatiana E. et al. Unid. 4 – Estrutura do projeto de pesquisa. In GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p.65 - 88.

G1 SP. **Diretor do Butantan mantém previsão de vacinação contra Covid-19 em SP para janeiro e espera inclusão da CoronaVac no programa nacional**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/12/15/diretor-do-butantan-mantem-previsao-de-vacinacao-contracovid-19-em-sp-para-janeiro-e-espera-inclusao-da-coronavac-no-programa-nacional.ghtml>. Acesso em: 13 jan. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 08 jun. 2020.

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 jun. 2020.

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 jun. 2020.

IBGE. **Censo 2020 adiado para 2021**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/27161-censo-2020-adiado-para-2021.html>. Acesso em: 17 abr. 2020.

IBGE. Cidades. **Itapiúna**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/itapiuna/panorama>. Acesso em: 17 abr. 2020.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.

MAIS MÉDICOS. Edital nº 05, de 11 de março de 2020. **Chamamento público para adesão de médicos ao programa de Provisão de médicos do ministério da saúde - Projeto Mais**

Médicos para o Brasil. Disponível em:

http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Edital_medico_publicacao_DOU_11.03.2020_19ciclo-2.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

MAIS MÉDICOS. **Edital n° 7, de 25 de março de 2020**. Disponível em:

<http://maismedicos.gov.br/images/EDITAL-N-7-DE-25-DE-MARO-DE-2020---EDITAL-N-7-DE-25-DE-MARO-DE-2020---DOU---Imprensa-Nacional.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MAIS MÉDICOS. **Mais médicos: 19º Ciclo fecha com mais de 3,8 mil profissionais para APS**. 2020. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/319-mais-medicos-19-ciclo-fecha-com-mais-de-3-8-mil-profissionais-para-aps>. Acesso em 24 jun. 2020.

MAIS MÉDICOS. **Ministério da Saúde lança três editais do projeto Mais Médicos para o Brasil**. 2020. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/303-ministerio-da-saude-lanca-tres-editais-do-projeto-mais-medicos-para-o-brasil>. Acesso em: 26 mar. 2020.

MATTAR E SILVA, Tauana Wazir 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. 2021.

MELO, Cynthia de Freitas; BAIÃO, Darli Chahine; COSTA, Mariana Carvalho. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. **Gestão e Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1302-1312, 2016. Disponível em: <https://gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2087>. Acesso em: 01 dez.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**.

Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vaccine-se/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 01 jun. 2020.

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 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série C. Projetos e Programas e Relatórios. **Programa Nacional de Imunizações: 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; SILVA, Keila Silene de Brito. 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.scielo.org/article/icse/2020.v24/e200018/pt/>. Acesso em 26 dez. 2020.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE RJ. **A saúde brasileira comparada com cinco outros**

países. 2018. Disponível em: <http://observatoriodasauderj.com.br/a-saude-brasileira-comparada-com-cinco-outros-paises/>. Acesso em: 11 maio 2020.

OLIVEIRA, Felipe Proenço et al. **Mais Médicos**: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa Programa Mais Médicos**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5662:folha-informativa-programa-mais-medicos&Itemid=347. Acesso em: 01 jun. 2020.

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.scielo.org/article/physis/2019.v29n2/e290207/#>. Acesso em: 02 dez.2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PORTAL CFM. **Considerações sobre o Programa Mais Médicos**. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2018_pesquisa_maismedicos.pdf. Acesso em: 31 maio 2020.

PORTAL CFM. **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: 31 maio 2020.

PORTAL DA SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 22 jan. 2021.

RUA, Maria das Graças. Desafios da administração pública brasileira: governança, autonomia, neutralidade. *Revista do Serviço Público*, v. 48, n. 3, p. 133-152, 1997. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/392/398>. Acesso em: 11 maio 2020.

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.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n4/1003-1016/pt/>. Acesso em 10 dez. 2020.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos et al. O que pode uma política? Problematizando a implementação do Programa Mais Médicos a partir da experiência de uma cidade brasileira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e190052, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e190052>. Acesso em: 03 jun. 2020.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2963-2973, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/34.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). **Políticas públicas** – coletânea volume 1. Brasília: ENAP, p. 1 – 42, 2006. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1254/1/cppv1_0101_saravia.pdf. Acesso em: 13 mar. 2020.

SCHEFFER, Mário et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, p. 47 – 50, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 02 abr. 2020.

SILVA, Henrique Batista e. Secretário-Geral do Conselho Federal de Medicina. **Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil**. 2019. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28381:2019-08-09-19-00-50&catid=46. Acesso em: 26 jun. 2020.

SILVA, Tiago Rodrigues Bento da et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 2861-2869, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2861-2869/pt/>. Acesso em: 01 dez. 2020.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosângela. Programa " Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2943-2956, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n10/2943-2956/pt/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

SILVEIRA, Denise T.; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. Unidade 2 – A pesquisa científica. In GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p.65 – 88.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Supremo julga constitucional o programa Mais Médicos**. 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=363404>. Acesso em: 30 jun.2020.

VILELA, Pedro Rafael. Repórter da Agência Brasil. **Programa Médicos pelo Brasil vai substituir Mais Médicos**. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-07/programa-medicos-pelo-brasil-vai-substituir-mais-medicos>. Acesso em: 30 jun. 2020.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) - USUÁRIOS**

Eu, Pedro Rosas Magrini, Prof. Dr. do curso de Administração Pública presencial Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro – Brasileira – Unilab, gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que tem como título “GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE AVALIATIVA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA CIDADE DE ITAPIÚNA”. Para você, usuário (a), a sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário ao pesquisador do projeto. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é analisar o Programa Mais Médicos (PMM) enquanto política pública de saúde, por meio da interação na cidade de Itapiúna, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e gestor. O estudo está sendo realizado como forma de questionar o encerramento de uma política de Estado ousada, ampla, inovadora e aparentemente exitosa, a partir do âmbito da análise avaliativa de políticas públicas. Além de representar uma forma de desenvolver um estudo nesta reta final do Programa, após decretada a sua substituição gradual, contribuindo para o registro de seus prováveis últimos contributos ao País.

Ao participar desta pesquisa a sra. (sr.) não terá benefícios diretos. Apesar disso, ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da avaliação de uma política pública que oferece serviços médicos para Atenção Básica, além de possibilitar a avaliação e valorização do seu entendimento quanto à qualidade e satisfação do atendimento que você recebe na unidade. Para tanto, você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

A participação neste estudo não traz complicações legais. Primeiramente, você já estará presente na unidade no momento desta coleta, essa é a condição para que você seja abordado de forma aleatória. Isso significa que, mesmo com todos os cuidados, haverá risco de contaminação. Para diminuir esse risco, estratégias serão tomadas, a saber: haverá sala reservada para sua coleta, onde será mantida a distância recomendada enquanto você preenche o questionário. Além disso, a higienização da sala será mantida frequentemente, aliada a utilização integral do uso de máscaras, do álcool a 70% e do álcool em gel. Reforçamos, ainda,

que a sua coleta será individual, portanto, não haverá participação coletiva, será um usuário por vez, apenas você e o pesquisador, diminuindo o risco de contaminação, e, não menos importante, para que sejam mantidos os cuidados com o sigilo e o anonimato.

Também existe o risco de você sentir-se constrangido (a) ao responder as perguntas, próximo de outros usuários ou até mesmo de profissionais da unidade, que poderiam pressionar ou influir suas respostas particulares. Entretanto, a fim de minimizar esse risco, conforme mencionado acima, a sua coleta será em local reservado, assegurando os cuidados de sigilo e anonimato, após o seu consentimento de participação.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Convido você a participar do presente estudo. Sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para responder o questionário, que exigirá um tempo de até 25 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada. A qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço abaixo. Você receberá uma via desse termo, assinada pelos responsáveis da pesquisa. Além disso, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Pedro Rosas Magrini

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Endereço: WALTER DE CASTRO, 255 CIDADE DOS FUNCIONARIOS
 FORTALEZA CEARA 60822070
Telefone para contato: 85 999063319

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>
 O CEP/Unilab/PROPPG é a instância da Unilab responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos,
 RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Itapiúna, ____/____/____

Nome do participante da Pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador Principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
---	------	------------

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) – SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eu, Pedro Rosas Magrini, Prof. Dr. do curso de Administração Pública presencial Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro –Brasileira – Unilab, gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que tem como título “GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE AVALIATIVA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA CIDADE DE ITAPIÚNA”. Para você, representante da gestão, a sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é analisar o Programa Mais Médicos (PMM) enquanto política pública de saúde, por meio da interação na cidade de Itapiúna, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e gestor. O estudo está sendo realizado como forma de questionar o encerramento de uma política de Estado ousada, ampla, inovadora e aparentemente exitosa, a partir do âmbito da análise avaliativa de políticas públicas. Além de representar uma forma de desenvolver um estudo nesta reta final do Programa, após decretada a sua substituição gradual, contribuindo para o registro de seus prováveis últimos contributos ao País.

Ao participar desta pesquisa a sra. (sr.) não terá benefícios diretos. Apesar disso, ressalto que o grande benefício esperado nesta pesquisa é conseguir demonstrar as potencialidades e problemas da aplicação de uma política pública de saúde, proposta pelo governo federal em pequenos municípios do Brasil. Tal pesquisa pode servir de fomento, tanto para outras pesquisas acadêmicas na área de gestão, como para gestores públicos que atuam em pequenos municípios da nação. Para tanto, você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Primeiramente, você deverá estar presente na Secretaria de Saúde de Itapiúna no momento desta coleta, essa é a condição para que você seja abordado. Isso significa que, mesmo com todos os cuidados, haverá risco de contaminação. Para diminuir esse risco, estratégias serão tomadas, a saber: haverá sala reservada para sua coleta, onde será mantida a distância recomendada enquanto realizamos a sua entrevista. Além disso, a higienização da sala será mantida frequentemente, aliada a utilização integral do uso de máscaras, do álcool a 70% e do álcool em gel. Reforçamos, ainda,

que a sua coleta será individual, apenas você e o pesquisador, diminuindo o risco de contaminação, e, não menos importante, para que sejam mantidos os cuidados com o sigilo e o anonimato.

Também existe o risco de você sentir-se constrangido (a) ao responder as perguntas na frente de membros da sua equipe de trabalho, entretanto, a fim de minimizar tal risco, conforme mencionado acima, a sua entrevista será em um local reservado, assegurando os cuidados de sigilo e anonimato, após o seu consentimento de participação.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado, e a aceitação será a condição à participação. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente poderão ter acesso às mesmas o pesquisador, seu orientador e o participante. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional, podendo ser utilizadas, dentro do referido prazo, para a realização de pesquisas futuras.

Convido você a participar do presente estudo. Sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para responder o questionário, que exigirá um tempo de até 25 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada. A qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço abaixo. Você receberá uma via desse termo, assinada pelos responsáveis da pesquisa. Além disso, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e

pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Pedro Rosas Magrini
Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Endereço: WALTER DE CASTRO, 255 CIDADE DOS FUNCIONARIOS
 FORTALEZA CEARA 60822070
Telefone para contato: 85 999063319

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>
 O CEP/Unilab/PROPPG é a instância da Unilab responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Itapiúna, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador principal

Data

Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE

Data

Assinatura

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) – PROFISSIONAIS DA SAÚDE (MÉDICOS E ENFERMEIROS)**

Eu, Pedro Rosas Magrini, Prof. Dr. do curso de Administração Pública presencial Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro –Brasileira – Unilab, gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que tem como título “GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE AVALIATIVA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA CIDADE DE ITAPIÚNA”. Para você, profissional da saúde, a sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo deste estudo é analisar o Programa Mais Médicos (PMM) enquanto política pública de saúde, por meio da interação na cidade de Itapiúna, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e gestor. O estudo está sendo realizado como forma de questionar o encerramento de uma política de Estado ousada, ampla, inovadora e aparentemente exitosa, a partir do âmbito da análise avaliativa de políticas públicas. Além de representar uma forma de desenvolver um estudo nesta reta final do Programa, após decretada a sua substituição gradual, contribuindo para o registro de seus prováveis últimos contributos ao País.

Ao participar desta pesquisa a sra. (sr.) não terá benefícios diretos. No entanto, ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência, especialmente, sobre o tema de políticas públicas, enfatizando a relevância da consolidação da Atenção Básica para os profissionais da saúde. Esperamos demonstrar as potencialidades e problemas da aplicação de uma política pública de saúde, proposta pelo governo federal em pequenos municípios do Brasil. Para tanto, você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Também não traz barreiras linguísticas, uma vez que não há profissionais estrangeiros atuando no município em estudo.

Primeiramente, você deverá estar na sua respectiva unidade de trabalho no momento desta coleta, essa é a condição para que você seja abordado. Isso significa que, mesmo com todos os cuidados, haverá risco de contaminação. Para diminuir esse risco, estratégias serão tomadas, a saber: haverá sala reservada para sua coleta, onde será mantida a distância recomendada

enquanto realizamos a sua entrevista. Além disso, a higienização da sala será mantida frequentemente, aliada a utilização integral do uso de máscaras, do álcool a 70% e do álcool em gel. Reforçamos, ainda, que a sua coleta será individual, apenas você e o pesquisador, diminuindo o risco de contaminação, e, não menos importante, para que sejam mantidos os cuidados com o sigilo e o anonimato.

Também existe o risco de você sentir-se constrangido (a) ao responder as perguntas na frente de outros colegas da profissão, entretanto, a fim de minimizar tal risco, conforme mencionado acima, as entrevistas serão em locais reservados, assegurando os cuidados de sigilo e anonimato, após participação consentida.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado, e a aceitação será a condição à participação. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente poderão ter acesso às mesmas o pesquisador, seu orientador e o participante. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser utilizadas, dentro do referido prazo, para a realização de pesquisas futuras.

Convido você a participar do presente estudo. Sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para responder o questionário, que exigirá um tempo de até 25 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento você terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada. A qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos

telefones/endereço abaixo. Você receberá uma via desse termo, assinada pelos responsáveis da pesquisa. Além disso, todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Pedro Rosas Magrini
Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Endereço: WALTER DE CASTRO, 255 CIDADE DOS FUNCIONARIOS
 FORTALEZA CEARA 60822070
Telefone para contato: 85 999063319

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado na Sala 303, 3º Andar, Bloco D, Campus das Auroras – Rua José Franco de Oliveira, s/n, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: cep@unilab.edu.br; ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>
 O CEP/Unilab/PROPPG é a instância da Unilab responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Itapiúna, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
---	------	------------

APÊNDICE D – INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

PARTE I: ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (MÉDICOS E ENFERMEIROS)

Em regra, as informações solicitadas são equivalentes para médicos e enfermeiros, até para fazer uma análise comparativa de suas respostas. Porém, algumas questionamentos e dados possuem um direcionamento específico, ou seja, só para enfermeiros ou só para médicos. Essas designações, quando necessárias, foram destacadas após a questão, entre parênteses.

OBS: na coleta dos profissionais, **não foram inseridas alternativas** para as respostas, por motivos de que o instrumento utilizado foi a **entrevista gravada**.

A) Roteiro da entrevista (gravada)

1. O que você acha da criação de políticas públicas com o intuito de atrair médicos para as áreas mais remotas do país?
2. Você considera o investimento na Atenção Básica importante para o país?
3. Para você, o que é o Programa Mais médicos (PMM)?
4. Estudos apontam que o PMM conseguiu fortalecer o SUS a partir da ampliação da cobertura da Atenção Básica (AB) no país. Para você, esse efeito atribui-se a quê?
5. Para você, quais são os pontos fortes do Programa?
6. Em seu entendimento, quais pontos poderiam ser melhorados no Programa?
7. Você acha que o Programa corrobora para a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS? De que maneira?
8. Como é a sua relação com os seus pacientes?
9. Como é a sua relação com a sua equipe de trabalho?
10. O que você acha sobre a ausência do Revalida para os médicos intercambistas que atuavam no Programa?
11. Você trabalhou com médicos intercambistas? Se sim, como fluía a comunicação entre enfermeiro-médico-pacientes? (Para enfermeiros).
12. Você é favorável ou contrário ao encerramento do Programa? Por quê?
13. Quais as inseguranças e os incentivos que podem ser dados para atrair e manter médicos nas regiões mais carentes do país? (Para médicos)
14. Você conhece o substituto do PMM, o Programa Médicos pelo Brasil (PMB)? Se sim, como ele funciona?
15. Em sua opinião, o PMB deveria substituir ou coexistir com o PMM?

Parte II – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A GESTÃO (Secretário Municipal da Saúde do município de Itapiúna/Ceará)

OBS: na coleta da gestão, **não foram inseridas alternativas** para as respostas, por motivos de que o instrumento utilizado foi a **entrevista gravada**.

A) Roteiro da Entrevista

1. O que você acha da criação de políticas públicas com o intuito de atrair médicos para as áreas mais remotas do país?
2. Como anda o investimento na Atenção Básica na cidade?
3. Para você, o que é o Programa Mais médicos (PMM)?
4. Estudos apontam que o PMM conseguiu fortalecer o SUS a partir da ampliação da cobertura da Atenção Básica (AB) no país. Para você, esse efeito atribui-se a quê?
5. Para você, quais são os pontos fortes do Programa?
6. Em seu entendimento, quais pontos poderiam ser melhorados no Programa?
7. Como foi a origem do Programa no município?
8. Quantos médicos já atuaram no Programa? Por quanto tempo se mantiveram em seus cargos?
9. Quantos médicos atuam no Programa? Por quanto tempo as suas vinculações serão mantidas?
10. Em seu ponto de vista, quais as contribuições que o Programa trouxe face ao acesso da população às unidades básicas de saúde?
11. Você considera que o Programa foi bem recebido pela população?
12. Recordando o tempo dos médicos estrangeiros, como você qualificaria a comunicação existente entre você e os médicos intercambistas?
13. O que você acha sobre a ausência do Revalida para os médicos intercambistas que atuavam no Programa?
14. Você é favorável ou contrário ao encerramento do Programa? Por quê?
15. As pessoas ficaram sem atendimento médico por consequência do fim da parceria com a Cuba? Por quanto tempo?

Parte III – QUESTIONÁRIO DOS USUÁRIOS

A) Questões do usuário

Unidade de saúde _____ Idade _____

Nome do usuário _____ Data: ___ / ___ / ___

Questionário n°: _____

1. Você está satisfeita com a sua frequência de atendimento na Unidade Básica?

- () Estou totalmente
 () Estou parcialmente
 () Não estou, poderia ser melhor

Justifique sua resposta:

2. Como você avalia o atendimento quanto à Unidade de Saúde que é assistida?

- () Ótimo
 () Bom
 () Razoável
 () Não é bom, poderia ser melhor

Sugestões: _____

3. Para você, o que é o Programa Mais Médicos?

4. Para você, quais são os objetivos do Programa Mais Médicos?

5. Quais são as melhorias que você considera que o Mais Médicos trouxe para o seu município?

6. Recordando o tempo dos médicos estrangeiros, como você qualificaria a comunicação existente entre você e o seu médico?

() Ótima, sem nenhuma dificuldade significativa

() Boa, com algumas dificuldades

() Ruim, com muitas dificuldades

Se necessário, aponte as principais dificuldades que existiam:

7. No geral, você considera o atendimento médico estrangeiro que recebia como:

() Muito satisfatório

() Satisfatório

() Nem satisfatório, nem insatisfatório

() Pouco satisfatório

() Insatisfatório

Justifique sua resposta:

8. Você sentiu mudanças após a saída dos médicos estrangeiros?

() Sim

() Não

Se sim, descreva quais:

9. Após a saída dos profissionais estrangeiros, a unidade que você é atendido (a) ficou algum tempo sem médico fixo?

() Sim, ficou

Não, não ficou

Não me recordo

Se sim, quanto tempo (aproximadamente):

10. Atualmente, quais são as diferenças que você observa do atendimento médico brasileiro para o atendimento médico de outro país (se observa)?

11. Atualmente, como você classifica o atendimento médico que você recebe na unidade de saúde (do profissional brasileiro)?

Muito satisfatório

Satisfatório

Nem satisfatório, nem insatisfatório

Pouco satisfatório

Insatisfatório

Justifique sua resposta com os pontos que poderiam ser melhorados:

12. Você concorda com o encerramento do Programa Mais Médicos?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Nem concordo, nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

Aponte abaixo os motivos da sua resposta:

13. Você conhece o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), que irá substituir o Programa Mais Médicos (PMM)?

() Sim

() Não

Se sim, como ele funciona?

14. Em sua opinião, a criação do Programa Médicos pelo Brasil deveria substituir o Programa Mais Médicos, ou os dois Programas deveriam existir juntos? Justifique

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNILAB

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: Uma análise avaliativa do Programa Mais Médicos na cidade de Itapiúna/Ceará

Pesquisador: Pedro Magrini

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 34524820.8.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.286.910

Apresentação do Projeto:

Abordagem sobre o Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos com enfoque na sua importância e abrangência.

Como principal justificativa: O interesse pelo tema surgiu uma vez que as políticas públicas fornecem um debate relevante, englobando, ao menos, dois vieses bastante pertinentes para o curso de Administração Pública. O viés administrativo, fundamental para a realização de melhorias na sociedade, além de respaldar a população no tocante da descontinuidade de políticas formuladas, sem motivação categórica, após o fim de uma gestão; e o viés político, que diz respeito a decisões que envolvem conflitos de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar o Programa Mais Médicos enquanto política pública de saúde cidade de Itapiúna/Ceará, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e da gestão.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre o conceito e ciclo de criação de políticas públicas, enfatizando ações elaboradas na área da saúde;

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENCAO

CEP: 62.790-000

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 4.286.910

- Descrever e apresentar uma breve análise do PMM, incluindo conquistas e desafios; e
- Conhecer a percepção de profissionais da saúde, usuários e gestor sobre o Programa, na cidade de Itapiúna.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - O risco do estudo é você sentir-se constrangido (a) ao responder as perguntas, entretanto, a fim de minimizar tal risco, todas as coletas serão em locais reservados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Esclarecer sobre os riscos da distância se não mantida e higienização do local de coleta. Ok

“...Isso significa que, mesmo com todos os cuidados, haverá risco de contaminação. Para diminuir esse risco, estratégias serão tomadas, a saber: haverá sala reservada para sua coleta, onde será mantida a distância recomendada enquanto realizamos a sua entrevista. Além disso, a higienização da sala será mantida frequentemente, aliada a utilização integral do uso de máscaras, do álcool a 70% e do álcool m gel. Reforçamos, ainda, que a sua coleta será individual, apenas você e o pesquisador, diminuindo o risco de contaminação, e, não menos importante, para que sejam mantidos os cuidados com o sigilo e o anonimato.”

Benefícios: O grande benefício da pesquisa é conseguir demonstrar as potencialidades e problemas da aplicação de uma política pública de saúde, proposta pelo governo federal em pequenos municípios do Brasil. Tal pesquisa pode servir de fomento, tanto para outras pesquisas acadêmicas na área de gestão, como para gestores públicos que atuam em pequenos municípios da nação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa interessante e curiosa para o Programa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de encaminhamento –ok.

Declaração de concordância –ok.

Carta de anuência – ok – Símbolo do Município, assinado e carimbado.

Lattes – ok.

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

**UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-**



Continuação do Parecer: 4.286.910

Folha de rosto – ok - Assinada sem carimbo. Assinada pela Diretora do Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas.

Cronograma – Projeto – Método e cronograma – Coleta de dados em outubro - ok.

Anexo e Projeto resumido da Plataforma – Início da coleta em setembro - ok.

Orçamento – ok

Declaração de ausência de ônus – ok. Assinado e datado.

TCLE – Usuários – ok

TCLE Profissionais de Saúde e Gestor – ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1586976.pdf	14/09/2020 16:23:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_da_saude.docx	14/09/2020 16:21:27	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestor_publico.docx	14/09/2020 16:20:52	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.docx	14/09/2020 16:20:24	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Alberto.docx	14/09/2020 16:19:50	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_EDITADO.docx	14/09/2020 16:19:02	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
Outros	Declaracao_de_ausencia_de_onus_para_o_local_do_estudo.doc	17/08/2020 10:31:59	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 4.286.910

Outros	CV_ALBERTOFREITAS.pdf	13/08/2020 16:58:43	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
Outros	CV_PEDROROSASMAGRINI.pdf	13/08/2020 16:58:17	ANTONIO ALBERTO FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada.pdf	03/07/2020 11:28:14	Pedro Magrini	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO.doc	02/07/2020 15:47:20	Pedro Magrini	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	solicitacao_para_desenvolver_a_pesquisa_Alberto.pdf	02/07/2020 15:44:08	Pedro Magrini	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Carta_de_encaminhamento_CEP_Unilab.pdf	02/07/2020 15:43:33	Pedro Magrini	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_do_local_de_pesquisa.pdf	02/07/2020 15:26:25	Pedro Magrini	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_concordancia_dos_autores.pdf	02/07/2020 11:24:11	Pedro Magrini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 18 de Setembro de 2020

Assinado por:
EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DO LOCAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIÚNA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



TERMO DE ANUÊNCIA DO LOCAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – CEP/Unilab/PROPPG, que a Secretaria Municipal da Saúde de Itapiúna/Ceará autoriza e dispõe de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa intitulada: **“GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE AVALIATIVA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA CIDADE DE ITAPIÚNA/CEARÁ”** com o objetivo de **analisar o Mais Médicos enquanto política pública de saúde na cidade de Itapiúna/Ceará, a partir de contatos com a população usuária, profissionais da saúde e da gestão** realizada pelo pesquisador Prof. Dr. PEDRO ROSAS MAGRINI, docente do curso de Administração Pública da Unilab, juntamente com o acadêmico de Administração Pública ANTÔNIO ALBERTO FREITAS, membro da equipe de pesquisa.

Itapiúna, 25 de 06 de 2020.

Francisco José Cavalcante Lima Melo
Secretário Municipal da Saúde, Itapiúna – CE.

Francisco José Cavalcante Lima Melo
Secretário Municipal da Saúde
Itapiúna - CE - Portaria N. 157081/2018