



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DINÂMICAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS
NA PARAÍBA:

contribuições sociológicas para a análise de uma política pública

ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

JOÃO PESSOA- PB

2018

ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

DINÂMICAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

NA PARAÍBA:

contribuições sociológicas para a análise de uma política pública

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Orientadora: Ednalva Maciel Neves

JOÃO PESSOA - PB

2018

S252d Sassi, André Petraglia.

Dinâmicas da implantação do programa mais médicos na Paraíba : contribuições sociológicas para a análise de uma política pública / André Petraglia Sassi. - João Pessoa, 2018.

343 f. : il.

Orientação: Ednalva Maciel Neves.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Sociologia da saúde. 2. Saúde pública. 3. Políticas Públicas de saúde. 4. Programa mais médicos - Paraíba.

I. Neves, Ednalva Maciel. II. Título.

UFPB/BC

ANDRÉ PETRAGLIA SASSI

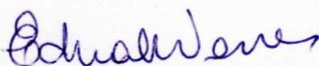
DINÂMICAS DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA:

contribuições sociológicas para a análise de uma política pública

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Data da aprovação: João Pessoa/PB, 25 de abril de 2018

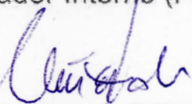
BANCA EXAMINADORA



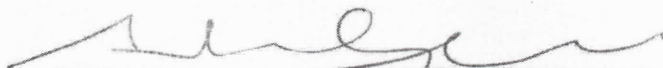
Prof. Dra. Ednalva Maciel Neves
Orientadora (PPGS-UFPB)



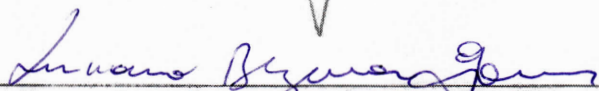
Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
Examinador Interno (PPGS-UFPB)



Prof. Dra. Mônica Lourdes Franch Gutiérrez
Examinador Interno (PPGS-UFPB)



Prof. Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino
Examinador Externo (Departamento de Saúde Pública – UNESP/Botucatu)



Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Examinador Externo (Departamento de Promoção da Saúde - UFPB)

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Elisa Seminotti, meu amor e minha companheira de vida, ideias e, em breve, de profissão, pelo apoio durante todo o processo da tese, pela paciência com minhas reclamações e pela crença em mim, mesmo quando eu mesmo não acreditava que iria terminar.

À minha super orientadora, Ednalva Neves, que conseguiu me estimular e me ensinou a gostar da pesquisa e do texto, equilibrando com ternura as exigências e prazos com a autonomia deste orientando um pouco disperso.

Aos meus pais, Roberto Sassi e Rosa Cristina Petraglia Sassi, que torceram e torcem por mim todos os dias da minha vida e me fortalecem acreditando no meu potencial.

Aos meus irmãos, Renato Augusto Petraglia Sassi e Patrícia Julianna Petraglia Sassi, por tolerarem minha distância com amor e compreensão e por sempre estarem perto quando precisei.

Aos amigos, Alexandre Alemão, Danyella Barreto, Luciano Gomes, Alexandre Medeiros, Felipe Proenço, Ricardo Soares e João Batista, companheiros de movimento estudantil, de profissão, de trabalho e lutas pelo SUS, pelo Mais Médicos e pelo Brasil.

Aos companheiros e companheiras do Departamento de Promoção da Saúde da UFPB que apoiaram meu afastamento para essa etapa importante da minha vida.

Às consultoras e consultores externos do Depreps-MS com os quais dividi uma trajetória fundamental de construção do Programa Mais Médicos e de aprendizado para a vida.

Aos trabalhadores do Depreps, especialmente da Área Pedagógica e às “referências descentralizadas” do Ministério da Saúde na Paraíba, pela disponibilidade durante todo o processo de pesquisa.

Aos membros da Comissão Coordenadora Estadual da Paraíba, por terem apoiado a pesquisa desde o início.

Às médicas e médicos de Cuba, os que acompanhei na Paraíba e os que conheci na Ilha, primeiramente pela missão de fazer a diferença na assistência à saúde do povo brasileiro, e também pela alegria, simplicidade, profissionalismo e fortalecimento da esperança de algo melhor. *Hasta la victoria siempre!*

RESUMO

Esta tese trata das relações Estado-sociedade através da implementação de uma política pública de saúde intitulada Programa Mais Médicos (PMM). Enfatiza-se um dos elementos da política que foi o processo de distribuição de médicos brasileiros e estrangeiros no Brasil e, especialmente, na Paraíba. Meu objetivo foi entender os processos de elaboração e implementação de uma política, considerando as dinâmicas locais de sua implantação. O processo de investigação observa a política em um determinado período político e histórico, desde as tensões iniciais que favorecerem a formulação do Programa Mais Médicos até os desdobramentos da política após a mudança de governo em 2016. A Paraíba foi escolhida como território de observação por causa da cobertura expressiva da Atenção Básica, pela tradição em Saúde da Família, pela criação de instrumentos que favoreceram a implementação da política no nível local e nacional e pela aproximação do pesquisador com os atores implementadores. Para conseguir observar e analisar a multiplicidade de fenômenos advindos do campo de pesquisa, foi construída uma cartografia, no sentido de Deleuze e Guattari, que visa acompanhar processos em movimento. O movimento referido significa as relações entre os diversos atores participantes do Programa Mais Médicos, como médicos, supervisores, tutores, gestores municipais e estaduais, representantes dos ministérios da saúde e da educação, trabalhadores das equipes de Atenção Básica e usuários do SUS. Um dos elementos fundamentais dessa cartografia foi a problematização da inserção do pesquisador entre os atores, com a necessidade de movimentos de afastamento e aproximação com o campo da pesquisa para garantir a objetivação dos fenômenos observados. Tecendo o processo de pesquisa, foi possível observar as reações contrárias ao Mais Médicos provenientes do movimento médico oficial, que produziu fatos políticos e difundiu ideologias sobre o programa, especialmente opondo-se às mudanças da formação profissional e as formas de acesso às residências médicas. Além disso, são discutidas as táticas para desqualificar os profissionais estrangeiros, especialmente os médicos cubanos, atribuindo a estes o que se pode chamar de *outsider*, na lógica de Elias e Scotson. Durante o trabalho de campo, chamou atenção as diferenças entre as práticas profissionais de médicos brasileiros e cubanos, tendo sido observado maior envolvimento com os atendimentos e equipe de saúde por parte dos segundos. Além disso, observando a distribuição dos profissionais no estado, percebeu-se que, em algumas regiões caracterizadas como de mais difícil acesso ou as mais distantes dos grandes centros urbanos, só foi possível garantir assistência médica a partir da atuação dos “cooperados”, o que poderá criar um vazio assistencial caso o programa acabe. Para a implementação do PMM no estado, foi fundamental a relação entre atores que já mantinham aproximação antes do Programa, em movimentos sociais e políticos, caracterizando um grupo de atores militantes em defesa do sistema de saúde e da qualificação da Atenção Básica.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, Análise de Políticas Públicas, Cartografia.

ABSTRACT

This thesis deals with State-society relations through the "implementation" of a public health policy entitled Programa Mais Médicos (PMM). It emphasizes one of the elements of the policy that was the process of distribution of Brazilian and foreign physicians in Brazil and especially in Paraíba. My goal was to understand the processes of elaboration and implementation of a policy, considering the local dynamics of its implementation. The research process looks at politics in a given political and historical period, from the initial tensions that favor the formulation of the "Programa Mais Médicos", to the policy developments after the change of government in the year 2016. Paraíba was chosen as the territory of observation because of the expressive coverage of Basic Attention, by the family health tradition, by the creation of instruments that favored the "implementation" of the policy at local and national level and by the approach of the researcher with the implementing actors. In order to be able to observe and analyze the multiplicity of phenomena coming from the field of research, a cartography was constructed, in the sense of Deleuze and Guattari, that aims to follow processes in movement. This movement means the relations between the various actors participating in the Programa Mais Médicos, such as physicians, supervisors, tutors, municipal and state managers, representatives of the ministries of health and education, workers of the Primary Care teams and users of the public health system. One of the fundamental elements of this cartography was the problematization of the insertion of the researcher with the actors, with the need for movements of distance and approach with the field of research to guarantee the objectivation of the phenomena observed. By means of the research process, it was possible to observe the reactions against the politics from the "official medical movement", which produced political facts and disseminated ideologies regarding the program, especially opposing changes in professional training and access to medical residences. In addition, it discusses the tactics to disqualify foreign professionals, especially Cuban doctors, by assigning to them what can be called outsiders, in the logic of Elias and Scotson. During the field work, the differences between the professional practices of Brazilian and Cuban physicians drew attention, with the observation of a greater involvement with the attendances and health team by the latter. In addition, observing the distribution of the professionals in the state, it was possible to perceive that in some regions, characterized as being more difficult to reach or those farther away from the large urban centers, it was only possible to guarantee medical assistance from the "cooperados" which may allow you to create a care vacuum if the program is finished. For the "implementation" of the PMM in the state, it was fundamental the relationship between actors that already had an approach before the program, in social and political movements, characterizing a group of militant actors in favor of the health system and the qualification of Basic Attention.

Keywords: Medical Doctors Program, Public Policy Analysis, Cartography.

RESUMÈ

Cette thèse traite des relations entre l'État et la société par la «mise en œuvre» d'une politique de santé publique intitulée «Programa Mais Médicos» (PMM). Il met l'accent sur l'un des éléments de la politique qui était le processus de distribution des médecins brésiliens et étrangers au Brésil et en particulier à Paraíba. Mon objectif était de comprendre les processus d'élaboration et de «mise en œuvre» d'une politique, compte tenu de la dynamique locale de sa mise en œuvre. Le processus de recherche se penche sur la politique dans une période politique et historique donnée, depuis les tensions initiales qui favorisent la formulation du programme «Mais Médicos», jusqu'aux développements politiques après le changement de gouvernement en l'an 2016. Paraíba a été choisi comme territoire de observation en raison de la couverture expressive des soins de santé primaires, de la tradition en santé familiale, de la création d'instruments favorisant la «mise en œuvre» de la politique au niveau local et national et de l'approche du chercheur avec les acteurs de la mise en œuvre. Afin de pouvoir observer et analyser la multiplicité des phénomènes issus du champ de recherche, une cartographie a été construite, au sens de Deleuze et Guattari, visant à suivre des processus en mouvement. Ce mouvement désigne les relations entre les différents acteurs participant au programme «Mais Médicos», tels que les médecins, superviseurs, tuteurs, gestionnaires municipaux et nationaux, représentants des ministères de la santé et de l'éducation, les travailleurs des équipes de soins primaires et les utilisateurs système de santé publique. L'un des éléments fondamentaux de cette cartographie a été la problématisation de l'insertion du chercheur auprès des acteurs, avec la nécessité de mouvements de distance et d'approche avec le champ de recherche pour garantir l'objectivation des phénomènes observés. Grâce au processus de recherche, il a été possible d'observer les réactions de « Mais Médicos » du "mouvement médical officiel" qui a produit des faits politiques et diffusé des idéologies concernant le programme, notamment contre les changements dans la formation professionnelle et l'accès aux résidences médicales. En outre, il discute de la tactique visant à disqualifier les professionnels étrangers, en particulier les médecins cubains, en leur assignant ce qu'on peut appeler des « outsider », dans la logique d'Elias et de Scotson. Pendant le travail sur le terrain, les différences entre les pratiques professionnelles des médecins brésiliens et cubains ont attiré l'attention, avec l'observation d'une plus grande implication de l'équipe de soins et de santé par ce dernier. En outre, en observant la répartition des professionnels dans l'Etat, on a pu constater que dans certaines régions, caractérisées comme étant plus difficiles à atteindre ou éloignées des grands centres urbains, il était seulement possible de garantir une assistance médicale de la "coopérative" ce qui peut vous permettre de créer un vide de soin si le programme est terminé. Pour la "mise en œuvre" du PMM dans l'Etat, il était fondamental que la relation entre acteurs ait déjà une approche avant le programme, dans les mouvements sociaux et politiques, caractérisant un groupe d'acteurs militants en faveur du système de santé et de qualification de Basic Attention.

Mots-clés: Programa Mais Médicos, analyse des politiques publiques, cartographie.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição dos municípios que responderam ao questionário sobre a implantação do PMM na Paraíba _____	58
FIGURA 2 – Mapa da Paraíba com sinalização dos Municípios percorridos durante a pesquisa _____	62
FIGURA 3 – Instituições envolvidas com a criação do Programa Mais Médicos _____	133
FIGURA 4 – Distribuição de Médicos “cooperados” e “intercambistas” na Paraíba de setembro de 2013 a julho de 2016 _____	167
FIGURA 5 – Distribuição de Médicos “cooperados” Paraíba de setembro de 2013 a julho de 2016 _____	168
FIGURA 6 – Distribuição de Médicos “cooperados” Paraíba em agosto de 2017 _____	170
FIGURA 7 – Distribuição de Médicos brasileiros na Paraíba em agosto de 2017 _____	170
FIGURA 8 – Distribuição de Médicos brasileiros e cooperados na Paraíba em agosto de 2017 _____	171
FIGURA 9 – Mapeamento das relações entre os membros da CCE no início do PMM na Paraíba _____	177
FIGURA 10 – Mapeamento das relações entre os membros da CCE a partir de 2015 Paraíba _____	179
FIGURA 11 – Cartografia das relações entre os médicos do PMM e profissionais das equipes de saúde e outros médicos no município _____	254

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Sistematização das ações acompanhadas durante a pesquisa _____	60
QUADRO 2 – Estratégias para a ampliação do acesso ao cuidado médico no Brasil _____	98
QUADRO 3 – Elementos comparativos entre o PMM e outras políticas destinadas à ampliação do cuidado médico no Brasil _____	111
QUADRO 4 – Caracterização dos instrumentos normativos que constituíram o Programa Mais Médicos _____	126
QUADRO 5 – Atribuições da CCE em relação ao Provac e ao PMM _____	187
QUADRO 6 – Relação de municípios com “denúncias” discutidas pela Comissão Coordenadora Estadual durante o período de observação de campo _____	190
QUADRO 7 – Modalidades de supervisão indicadas nos Relatórios de Supervisão _____	223
QUADRO 8 – Caracterização dos perfis dos municípios apresentados aos médicos no momento da adesão ao PMM _____	236

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição de médicos por perfil e situação na Paraíba de setembro de 2013 a julho de 2016 _____	165
TABELA 2 – Cobertura de Equipes de Saúde da Família na Paraíba: comparativo entre julho de 2013 e julho de 2017 _____	195
TABELA 3 – Relação entre número de habitantes e quantidade de profissionais que responderam o formulário de avaliação _____	207
TABELA 4 – Percepção dos médicos quanto aos recursos <i>utilizados</i> pelos supervisores durante a supervisão _____	225
TABELA 5 – Percepção dos médicos quanto aos recursos que <i>esperam ser utilizados</i> pelos supervisores durante a supervisão _____	225
TABELA 6 – Número de médicos do PMM por especialidade médica _____	243
TABELA 7 – Evolução da quantidade de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade de 2010 a 2017 _____	269

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Quantidade de médicos por perfil e por “ciclo” de entrada no P PMM na Paraíba – set. 2013 a jul. 2016 _____	169
GRÁFICO 2 – Médicos, Supervisores e Municípios por tutor - Julho de 2014 _____	215
GRÁFICO 3 – Médicos, Supervisores e Municípios por tutor - Julho de 2015 _____	215
GRÁFICO 4– Médicos, Supervisores e Municípios por tutor - Julho de 2016 _____	217
GRÁFICO 5 – Médicos, Supervisores e Municípios por tutor - Julho de 2017 _____	217

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
Abem	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGU	Advocacia Geral da União
AMB	Associação Médica Brasileira
Anasem	Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina
Andifes	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
Aped	Área Pedagógica
APS	Atenção Primária em Saúde
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CCE	Comissão Coordenadora Estadual
CCM	Centro de Ciências Médicas
Cefor	Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cinaem	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
Coapes	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
Coped	Coordenação Pedagógica
Cosems	Conselho das Secretarias Municipais da Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEM	Democratas
Denem	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

Depreps	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais e Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DPS	Departamento de Promoção da Saúde
DS	Distrito Sanitário
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
Elam	Escola Latino-americana de Medicina
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde
Fenam	Federação Nacional dos Médicos
Fies	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderey
IES	Instituição de Ensino Superior
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
MP	Medida Provisória
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nescon	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NHSC	National Health Service Corps
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-americana de Saúde
OTD	Overseas Trained Doctors
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pisus	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Promed	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RCTS	Rural Clinical Training and Support
RD	Referência Descentralizada
Revalida	Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SCNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Segep	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES-PB	Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
SGP	Sistema de Gerenciamento de Programas
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Os caminhos para conhecer as dinâmicas do Programa Mais Médicos	29
2 ENTRE OBJETO, CARTOGRAFIA E CONCEITOS	33
2.1 O Programa Mais Médicos como objeto de estudo	33
2.2 Processo cartográfico na análise de uma política pública	39
2.3 A primeira paisagem: o pesquisador implicado	43
2.4 Passos e paisagens	48
2.4.1 <i>Como construímos o caminho e os passos dados</i>	48
2.4.2 <i>As paisagens encontradas pelo caminho</i>	59
3 SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E O CAMPO DA MEDICINA	69
3.1 Pensando as relações entre Estado e sociedade	69
3.2 O campo da medicina	79
4 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SEUS CONTEXTOS E NORMAS	85
4.1 A construção de um problema: do debate internacional à situação do Brasil	85
4.2 Políticas de ampliação da oferta de cuidado médico: para uma contextualização histórica do Programa Mais Médicos	96
4.2.1 <i>Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)</i>	98
4.2.2 <i>Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus)</i>	99
4.2.3 <i>Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)</i>	100
4.2.4 <i>Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)</i>	102
4.2.5 <i>Uma breve sistematização do conjunto das políticas anteriores ao PMM</i>	110
4.3 O Programa Mais Médicos: normas e contexto sócio-político	112
4.3.1 <i>Programa Mais Médicos: formulação e regulamentação da política</i>	112
4.3.2 <i>Contexto político-social e a criação do Programa Mais Médicos</i>	128
5 ENTRE MÉDICOS: TENSÕES POLÍTICO-ÉTICAS DA PROFISSÃO	135
5.1 A formação como domínio de disputas	135
5.2 A formação médica no contexto do Mais Médicos: entre as entidades médicas e o discurso por mudanças	143
5.3 Os outsiders: cubanos, “cooperados” e conflitos	159
6 MICROPOLÍTICAS E ATORES DA SAÚDE NA PARAÍBA NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: DINÂMICAS DAS RELAÇÕES NO PMM E O CUIDADO MÉDICO	173
6.1 Comissão Coordenadora Estadual na Paraíba: relações interinstitucionais para a “implementação” do programa	174
6.2 O Programa Mais Médicos no estado e nos municípios: participação dos entes federados	195
6.3 As instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão	214

7 OS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ATUAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICAS DE CUIDADO	233
7.1 Os médicos, municípios e equipes de saúde	245
7.2 Os médicos e suas condições de trabalho	261
7.3 Pensando as experiências do Mais Médicos e seus impactos	263
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS - PROGRAMA MAIS MÉDICOS: PASSOS DADOS, CONSTRUÇÕES INACABADAS E UM FUTURO INCERTO	273
REFERÊNCIAS	279
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO: MAIS MÉDICOS - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO	301
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA	333
APÊNDICE C - LISTA DE MUNICÍPIOS PARAIBANOS QUE RECEBERAM MÉDICOS “COOPERADOS” OU “INTERCAMBISTAS INDIVIDUAIS” NO PERÍODO DE 2013 A 2017	341
APÊNDICE D - LISTA DE MUNICÍPIOS PARAIBANOS QUE RECEBERAM MÉDICOS “COOPERADOS” NO PERÍODO DE 2013 A 2017	343

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa aborda as relações entre sociedade e políticas de saúde, a partir da análise das implicações da criação e implantação do Programa Mais Médicos (PMM), em especial no estado da Paraíba. A ideia deste estudo surgiu de minha¹ inserção no campo, tanto no da Saúde Pública quanto no da Educação Médica, como médico e professor atuante em unidades assistenciais públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e em duas escolas médicas. Uso o termo campo em duas perspectivas: como uma dimensão conceitual, no sentido dado por Bourdieu (2008), e também como expressão do complexo *locus* no qual o *eu pesquisador* estava inserido.

Bourdieu (2008) apresenta a ideia de que, no espaço social, há *campos*, sendo este caracterizado pelo autor como “campo de forças, cuja necessidade se impele aos agentes que nele se encontram envolvidos” (BOURDIEU, 2008, p. 50). Além disso, identifica-o também como “um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças” (BOURDIEU, 2008, p. 50). Essas relações no *campo*, segundo o autor, contribuem para a “conservação ou para a transformação de sua estrutura” (BOURDIEU, 2008, p. 50). Neste estudo, o campo da Saúde Pública configura-se a partir da inter-relação entre gestores públicos de diferentes níveis federativos, gestores de serviços privados, representantes de corporações profissionais, trabalhadores da saúde, usuários dos serviços de saúde, pesquisadores e acadêmicos que compartilham forças e lutam para delimitar e determinar o fazer saúde. No campo da Educação Médica, estudantes, docentes, profissionais médicos, representantes de “entidades médicas” e de instituições de ensino, e órgãos governamentais estabelecem as disputas do processo formativo e profissional da medicina.

O campo de que trata esta tese, então, é constituído de múltiplas interseções, que abrangem a criação do SUS e a organização da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS)², considerando os processos de efetivação desse nível de atenção no Brasil;

¹ Como já foi possível perceber, comecei a introdução reportando-me em primeira pessoa. Cabe deixar claro que isso é um recurso metodológico utilizado nesta tese, pois há uma complexidade de fazer pesquisa cujo objeto é próximo. Além disso, é fundamental explicitar e analisar os meus posicionamentos diante do Programa Mais Médicos. No decorrer do texto, utilizarei várias denominações para me colocar diante dos fenômenos estudados. No capítulo 2, o leitor poderá encontrar os detalhes sobre essas denominações.

² AB e APS provêm do conceito desenvolvido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, e correspondem ao primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível dos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um

interseções que são vivenciadas em minha atuação como docente no curso de medicina de duas Instituições de Ensino Superior e integrante da equipe de acompanhamento do Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde (MS).

Assim, o objeto de estudo desta tese é a análise de uma política pública de saúde intitulada Programa Mais Médicos, com ênfase no processo de distribuição de médicos brasileiros e estrangeiros no Brasil e, especialmente, na Paraíba. Meu propósito foi, através de uma cartografia, entender os processos de elaboração e “implementação”³ de uma política, assim como as dinâmicas locais de sua implantação.

Além disso, observando o contexto de formulação da política, que contempla também tentativas de mudanças na formação médica a partir de uma inter-relação entre as áreas da saúde e da educação, compreendidas pela aproximação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC), especialmente entre os anos de 2013 e 2016, discuto os elementos da política que começaram a ganhar espaço mais tardiamente, em 2016, no estado da Paraíba, no intuito de se ter uma visão geral dos “eixos” do PMM. A interlocução entre o MS e o MEC permitiu a formulação do Programa Mais Médicos, que caracterizo nesta investigação como uma política pública de saúde que tem como contexto político-institucional o Sistema Único de Saúde e os princípios que o norteiam: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a equidade na assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios (BRASIL, 1990; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

Souza (2006) explica que política pública representa o campo do conhecimento que busca “colocar o governo em ação” e/ou “analisar essa ação”. Na área da saúde, as políticas de saúde comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais realizadas por diferentes instituições públicas e privadas (contratadas pelo Estado) para responder ao risco de populações adoecerem em distintos momentos históricos (VIANA; BAPTISTA, 2012). A política social, no sentido de Augusto (1989), surge para dirimir os antagonismos sociais, como o acesso desigual da população ao cuidado médico, foco do PMM.

O marco histórico e legal da política abordada nesta pesquisa é a publicação da Medida Provisória (MP) nº 621 de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), cujo embasamento,

continuado processo de assistência à saúde. Apesar de haver controvérsias acerca da nomenclatura entre Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde, há uma compreensão da utilização dos termos como sinônimos. Nesta tese, utilizaremos preferencialmente o termo Atenção Básica, pois remete a uma parte normativa da política de saúde no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979; MELO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009; GIL, 2006).

³ Ao longo do texto o leitor se deparará com o termo implementação e implantação. Esse termo implantação é utilizado pelos autores da Ciência Política e da Saúde Coletiva como “implementação” (FARIA, 2012). Assim, aproprio-me do termo e passarei a utilizar “implementação” no texto, que corresponde ao processo de “colocar a política em prática”.

segundo o Ministério da Saúde, se dá no resultado de dois estudos. Um realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2011), que demonstrou que o problema de saúde mais referido pela população é a falta de médicos nos serviços públicos e o outro, realizado pelo Ministério da Saúde, cujo resultado informa que o Brasil tem uma taxa de 1,8 médicos por cada 1000 habitantes, taxa considerada muito baixa quando comparada com a países que contam com sistemas universais de saúde semelhantes ao SUS, como o Reino Unido⁴. A relação entre o número de médicos por habitante é bastante utilizada em estudos da área da Saúde Coletiva e por instituições governamentais para discutir o acesso da população ao cuidado médico. Essa relação foi uma das bases da formulação das estratégias do PMM pelo governo federal.

Além desses dados, o discurso institucional do governo federal associou a criação da política a uma resposta aos movimentos e manifestações sociais ocorridos no início daquele ano de 2013, que surgiram como uma resistência ao aumento de passagens de ônibus em alguns estados, e, posteriormente, se ampliaram a partir de um discurso de insatisfação acerca das condições de diversos setores, tais como saúde, educação e segurança.

A reação à MP adveio principalmente do “movimento médico oficial”⁵, cuja resposta foi de resistência, usando como referência o documento publicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) intitulado *Demografia Médica no Brasil* (SCHEFFER, 2013), que afirma não haver falta de médicos no país, mas uma má distribuição desses profissionais, com concentração nas capitais e em grandes centros urbanos. A partir disso, as instituições defendem como solução a ideia de estruturação de “carreira federal” para médicos do SUS, a exemplo do que ocorre com juízes e promotores, com médicos vinculados ao nível federal e atuando nos estados e municípios. Outra solução apontada pelas entidades médicas seria melhorar a estrutura dos serviços de saúde no interior do país, possibilitando melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, a migração de médicos para estas regiões.

Cabe ressaltar que a primeira solução proposta pelo que chamei de “movimento médico oficial” fere a diretriz constitucional da descentralização do sistema de saúde, por não reconhecer a autonomia dos entes federados. Já a segunda proposta, de reestruturação dos

⁴ Os dados do MS podem ser encontrados no portal do Programa Mais Médicos – Mais Médicos para o Brasil; Mais Saúde para você (BRASIL, s/d).

⁵ Por “movimento médico oficial” trataremos o conjunto de entidades médicas que conformam o que, no meio profissional, é chamado de corporação médica. Essas entidades são o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRM) dos Estados, a Federação Nacional dos Médicos (Fenam), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR).

serviços de saúde, foi incorporada como eixo do Programa Mais Médicos, que estabeleceu meta para melhorar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde em todo o Brasil.

Como consequência dessas reações, algumas reformulações foram feitas na Medida Provisória para a aprovação da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013c). A chamada Lei do Mais Médicos⁶ sinaliza como objeto de intervenção a escassez de médicos, propondo a ampliação das vagas de graduação em medicina nas instituições de ensino já existentes e da autorização para criação de novas escolas médicas; a ampliação das vagas de formação em residência médica; a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina; a alocação de médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em vários municípios do país, incluindo a permissão de atuação de médicos estrangeiros no Brasil, especialmente cubanos, sem necessidade de “revalidação” de diploma; e a melhoria da infraestrutura das UBS. Essas estratégias contidas na Lei do Mais Médicos foram organizadas em três *eixos*, modo pelo qual eram denominados nas apresentações oficiais sobre o PMM. O *eixo provimento emergencial*, chamado Projeto Mais Médicos para o Brasil, que representa a seleção e distribuição dos médicos nas UBS dos diversos municípios do país; o *eixo formação para o SUS*, que contempla as mudanças na formação médica e ampliação das vagas de graduação em medicina e residência médica; e o *eixo ampliação e melhoria da infraestrutura*, que estabelecia reformas, construção ou ampliações nas unidades de saúde.

Apesar de as reações ao PMM terem sido direcionadas aos eixos provimento e formação – inclusive com maior ênfase no segundo, quando da discussão para a aprovação da Lei –, ao longo da pesquisa, aproximei-me mais das estratégias do eixo provimento emergencial, por ter sido este o que mais chamou atenção da mídia em geral e ocupou grande parte do trabalho dos atores envolvidos com a implantação do PMM no estado da Paraíba. Assim, esse eixo aparece como foco central de informações desta tese. As demais estratégias, no entanto, não foram excluídas, mas as informações surgiram mais tardiamente, no decorrer da pesquisa de campo.

No final de 2013, começaram a chegar os primeiros médicos estrangeiros ao Brasil e, conseqüentemente, à Paraíba. Profissionais de vários países como Cuba, Uruguai, Argentina, Espanha, França, dentre outros, receberam um treinamento proposto pelo Ministério da Saúde, designado como Módulo de Acolhimento e Avaliação, contemplando aulas de português e de temas de saúde, além de uma avaliação para validar ou não a permanência no

⁶ Neste estudo, adotarei algumas vezes apenas o termo “Mais Médicos” para denominar o Programa Mais Médicos. Esse termo é a forma habitual utilizada pelos atores envolvidos com o Programa.

programa. Após o treinamento, os profissionais foram distribuídos pelos municípios onde atuariam por um período de pelo menos três anos. Cabe dizer que participei de dois Módulos de Acolhimento e Avaliação, o primeiro em agosto de 2013, na cidade de Porto Alegre, onde foram capacitados cerca de 70 médicos de diversas nacionalidades, além de brasileiros; e o segundo, em agosto de 2014, realizado em Cuba, quando ministrei aulas de temas de saúde para 50 médicos que viriam para o Brasil.

No total, desde o início do programa, de setembro de 2013 até dezembro de 2016, vieram para o Brasil 24.336 médicos, sendo 14.796 profissionais cubanos pela cooperação entre Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Além disso, somam-se a esse contingente, 2.044 profissionais que atuam ou atuaram como “intercambistas”, sendo esses estrangeiros não cubanos ou brasileiros formados no exterior⁷. Esses profissionais foram distribuídos em 3.900 municípios e em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI (BRASIL, 2017).

A chegada dos médicos do programa ocorreu mediante o que é caracterizado como “ciclo”. Ou seja, os profissionais foram chegando aos poucos, em etapas, conforme publicação dos editais de adesão pelo Ministério da Saúde. Assim, em setembro de 2013, momento da chegada e início de atuação dos primeiros médicos vinculados ao PMM, foram distribuídos 1.022 médicos em 523 municípios e 14 DSEI. Dados do MS do final de 2017 informam que atualmente existem 10.029 médicos atuando no Brasil pelo Programa Mais Médicos.

Atento a esse contexto nacional, selecionei a Paraíba como campo da pesquisa por alguns motivos: trata-se do estado que possui a segunda maior cobertura de Atenção Básica do país, correspondendo ao número de equipes de saúde proporcional à população, ficando atrás apenas do estado do Piauí; a Paraíba tem tradição na implantação de equipes de saúde da família, sendo um dos primeiros a iniciar o Programa Saúde da Família (PSF), na década de 1990; o estado foi o quarto da região Nordeste que mais recebeu médicos no primeiro ciclo do PMM, sendo a região Nordeste a que mais teve profissionais vinculados ao PMM no início do programa; o estado recebeu mais de 500 médicos entre 2013 e o final de 2016, mantendo uma média de mais de 250 profissionais distribuídos em 142 dos 223 municípios.

⁷ Nota-se que os médicos estão divididos em três categorias: médicos brasileiros, que são chamados “CRM Brasil” pelos dirigentes do PMM; médicos “intercambistas individuais”, que são brasileiros formados no exterior e não possuem diploma revalidado no Brasil e também os estrangeiros de países que não Cuba; médicos cubanos, chamados de “cooperados” pelo fato de virem para o país através de um Termo de Cooperação entre o governo brasileiro e a OPAS.

Além disso, justifico também essa escolha pela aproximação direta como integrante do grupo de supervisão de médicos no estado. Como o leitor verá, essa supervisão envolve acompanhar os profissionais nos municípios, auxiliando-os no desenvolvimento do processo de trabalho e nos atendimentos clínicos, o que começou em 2014 e continua até o momento. Cabe esclarecer que minha inserção como supervisor decorre de uma vinculação anterior com ações do Ministério da Saúde em outro programa, chamado Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)⁸, desde meados de 2012. Essa aproximação institucional foi elemento importante para a entrada no campo da pesquisa, pela relação com todos os atores que comporiam o desenvolvimento do Mais Médicos na Paraíba.

Assim, passei a fazer parte de um grupo de atores implementadores da política, tais como: instituições de ensino, responsáveis pela supervisão dos médicos; a Comissão Coordenadora Estadual (CCE), que agrega essas instituições, e mais o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-PB) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), que representa os municípios.

Outro fato contribuinte para a decisão de realizar a pesquisa de campo na Paraíba foi o anúncio das “referências descentralizadas”, técnicos do Ministério da Saúde no nível local, em que estratégias de intervenção, no decorrer da implantação do PMM no estado, serviram de exemplo para que se estruturassem, em outros locais do país, ações da política, tais como: o estabelecimento de algumas rotinas administrativas (reuniões periódicas, criação de documentos para notificação dos profissionais ou municípios) ou de supervisão (supervisores com mais experiência na Atenção Básica que construíram algumas estratégias de supervisão incorporadas em outros estados).

Parti para a investigação com a ideia de que o PMM foi formulado para ser uma política de Estado de longo prazo, composta por elementos socialmente relevantes, como a garantia da assistência médica universal⁹, conforme disposto na Constituição Federal (1998), e estruturantes para o SUS, ao enfatizar o fortalecimento da Atenção Básica. Uma política para enfrentamento da desigualdade de acesso à saúde através da ampliação do cuidado em

⁸ O PROVAB guarda algumas características distintas do PMM, mas o objetivo se assemelha à necessidade de alocação de profissionais da medicina em locais *distantes*, de *difícil acesso* ou com piores condições socioeconômicas. Esse programa foi encerrado em 2016.

⁹ Esse conceito de assistência médica universal ainda é encontrado nos documentos e discursos oficiais do SUS e do Ministério da Saúde. No entanto, temos visto que a produção da saúde envolve transcender a lógica da assistência para a de cuidado. Essa transcendência visa extrapolar a relação médico-paciente, na qual o médico detém todo o saber e o poder sobre o que o paciente deve fazer, para uma relação que se constrói no encontro entre duas pessoas, uma “*interação eu-outro*”, que compartilham e constroem juntos um plano de cuidado (AYRES, 2004a; AYRES, 2004b). O próprio Ministério da Saúde formulou normativamente essa mudança através da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

saúde e, mais particularmente, do cuidado médico. Entretanto, tal política gerou resistências de setores da sociedade, em razão das disputas de poder no campo da saúde, da medicina e da formação e profissão médicas. Assim, situo a pesquisa na análise de uma política pública de saúde que representa a relação entre Estado e sociedade, elemento central de enfoque da sociologia. Nesse contexto, busco acompanhar o processo de implantação/implementação dessa política elaborada pelo governo federal – o Programa Mais Médicos – no estado da Paraíba, tomando esse processo como elemento central do objeto da investigação, a partir do qual foi possível refletir acerca deste fenômeno, dos atores e relações nele envolvidos, das controvérsias e repercussões políticas identificadas ao longo de quase três anos de pesquisa de campo.

À medida que acompanhava a implementação do Programa Mais Médicos, analisando suas dinâmicas e implicações no cenário local, diversos questionamentos nortearam a investigação e passaram a constituir os objetos de análise da política. As questões envolvem tanto aspectos macropolíticos e estruturais do Mais Médicos quanto relações micropolíticas entre os atores envolvidos. Elementos que, de acordo com Cortes e Lima (2012), constituem o escopo da sociologia para análise de políticas públicas. Ou seja, a abordagem sociológica das políticas públicas passa pela compreensão dos papéis dos grupos sociais envolvidos com a política, pelos aspectos normativos e cognitivos da organização das políticas e pelo debate sobre a estrutura, bem como as instituições atuantes no cenário da política pública.

Com isso em mente, segui tentando compreender como se chegou a essa estratégia política; se a aplicação do PMM tem correspondido à proposição normativa; quais as questões locais, na Paraíba, e suas implicações na implantação da estratégia; se os atores sociais consideram essa a melhor estratégia possível para resolução do *deficit* assistencial; o que pensam os atores envolvidos acerca de se é uma ação emergencial ou se pode se constituir como política pública de longa duração, promoção de mudanças no cuidado à saúde das pessoas, possibilidades de qualificação do serviço de saúde no cuidado ao usuário; como tem repercutido sobre as instituições de saúde; como foi recebido e quais reações o Mais Médicos no Estado desencadeou; quais as implicações para o ensino e a formação na medicina; como se constitui o processo de trabalho a partir da inserção do novo profissional; se existe alguma diferença entre equipes que incorporaram um profissional brasileiro e equipes que incorporaram um estrangeiro.

Para acompanhar a implementação do Programa Mais Médicos e tentar responder a todas essas questões, utilizei a ideia de cartografia, no sentido de Deleuze e Guattari (1995). Os autores falam que a cartografia visa acompanhar um processo, e não representar um

objeto. Para eles, o processo cartográfico permite estabelecer uma relação dinâmica das interações entre os atores do meio social e serve como instrumento analisador dessas relações. Considerando o conjunto de processos e atores envolvidos na implantação do Mais Médicos, entendo que não seria possível o desenvolvimento de uma proposta linear de investigação, com um passo a passo muito cristalizado no método, mas que seriam necessárias múltiplas abordagens, as quais podem estar abrigadas na elaboração cartográfica da pesquisa.

Assim, segui como observador de todos esses processos e das interseções entre os atores, tentando perceber os detalhes no território do estado da Paraíba que estava sendo povoado por uma nova política pública. Mas não é possível pensar apenas no território do estado como um terreno – delimitação espacial ou mapa fixo –, pois a principal ideia sempre foi compreender o vivo pelo dinamismo dos fenômenos relacionais, com fluxos intensos de instituições, pessoas, poderes, sensações e sentimentos. Esses elementos e processos, que chamarei de dinâmicas do Programa Mais Médicos, ultrapassam a lógica espacial e permitem perceber o estado, mesmo não tendo transitado fisicamente por toda sua extensão, ou seja, não estive presente em todas as localidades paraibanas para observar os elementos da pesquisa, mas as relações entre os atores e instituições envolvidos no PMM representam a totalidade, pelo fato de estarem próximos da “ponta”, na linguagem da atenção à saúde¹⁰.

A pesquisa de campo teve início a partir da compreensão dos elementos constitutivos que culminaram com a elaboração do Programa Mais Médicos e suas relações com outras experiências anteriores no país e também em outras localidades do mundo. Esse levantamento contextual de formulação da política foi importante para o conhecimento das suas diretrizes e aspectos normativos, no sentido de possibilitar a compreensão do processo de implantação do PMM, elemento central da pesquisa.

Para conseguir acompanhar e observar a multiplicidade de atores, as relações entre eles e as instituições, o funcionamento do programa, os acontecimentos ocorridos na medida em que o Mais Médicos foi sendo implementado, precisou-se adotar uma multiplicidade de estratégias de investigação para a composição da cartografia. A pesquisa de campo ganhou importância central pela possibilidade de interação com os atores, por permitir circular entre as instituições de diferentes níveis do estado, acompanhar a inserção dos médicos no nível municipal, as relações entre profissionais nas unidades de saúde, bem como a relação entre profissional e usuário. Como dizem Beaud e Weber (2007), para fazer pesquisa de campo é

¹⁰ A “ponta” representa a atuação SUS mais próxima da população, ou seja, a relação entre profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde. No caso da Atenção Básica, a “ponta” corresponde à relação entre trabalhadores de saúde e pessoas atendidas nas unidades básicas.

preciso ter vontade de se agarrar aos fatos, de discutir com os pesquisados, de compreender melhor os indivíduos e os processos sociais. Não é apenas estar no campo, mas permanecer nele e, acima de tudo, trabalhar nele.

Considerando o fato de que eu já atuava no Ministério da Saúde, próximo dos atores vinculados ao PMM, pode-se dizer que o campo envolveu um duplo trabalho: de um lado, com os papéis de *eu consultor*, *eu docente*, *eu médico* e, de outro, com o papel de *eu pesquisador*¹¹.

Diante disso, foi importante tentar compreender os elementos particulares do PMM sem permitir que eles deixassem de ser particulares, ou seja, traduzir os fenômenos observados através de um movimento pendular de aproximação e afastamento do campo (GEERTZ, 1997).

Nessas idas e vindas, a pesquisa durou aproximadamente três anos, do início de 2014 ao final de 2016, com algumas ações ainda realizadas em 2017. Nesse tempo, vivenciei reuniões, oficinas do PMM, seminários institucionais, visitas a 10 municípios de cinco Microrregiões de Saúde da Paraíba¹². Essas vivências geraram uma variedade de eventos aparentemente com grande entropia¹³, sendo minha intenção estruturá-los em uma sequência que permita ao leitor a compreensão dos problemas apresentados quase que na forma cronológica vivida pelo *eu pesquisador*, ou conforme os passos dados durante a pesquisa.

Como o leitor verá no capítulo 2, para compreender a implantação da política no estado, bem como dimensionar a distribuição dos médicos do programa, foi necessária a aplicação de um questionário aos médicos em atuação no Mais Médicos entre 2015 e 2016, possibilitando a criação de um perfil desses profissionais e das localidades onde estavam atuando. Também foram aplicados questionários aos gestores municipais, buscando recolher informações acerca do perfil dos gestores quanto à formação acadêmica, tempo de gestão e relação com o Programa Mais Médicos. Ainda nesse sentido, entrevistas foram realizadas com atores representantes das instituições envolvidas no PMM, no intuito de compreender os fenômenos observados no campo de pesquisa.

Neste estudo, a pesquisa de campo promoveu uma provocação adicional que fez pensar o meu lugar como ator próximo ao PMM. Como no seu transcurso sempre estive

¹¹ Cabe esclarecer que a menção de trabalho não remete aqui ao fato de eu ter mantido um vínculo de emprego com o Ministério da Saúde, mas ao processo investigativo da pesquisa.

¹² A Paraíba está dividida em quatro “macrorregiões” de saúde que são subdivididas em dezesseis Regiões de Saúde, também chamadas de “microrregiões”.

¹³ Entropia é um conceito emprestado da física, que corresponde a uma grandeza relacionada à termodinâmica das partículas com a mensuração da desordem delas. Quanto maior for a desordem de um sistema, maior será a entropia.

envolvido diretamente com o Mais Médicos como um dos membros do programa, aspecto já mencionado, um elemento fundamental que merece bastante atenção é a necessidade de uma autoanálise, uma problematização da aproximação do meu papel de pesquisador com o campo. A ideia foi não apagar ou anular essa aproximação, mas conduzir a pesquisa como sujeito implicado com o objeto, que muitas vezes teve que atuar diretamente diante dos acontecimentos. Em todo o processo de aproximação com o campo, foi necessário realizar distanciamentos (uma parte do movimento pendular) para criar o estranhamento em relação ao que é bastante familiar, como disse Da Matta (1978)¹⁴.

O processo analítico dessas múltiplas estratégias adotadas para a realização da pesquisa ocorreu de forma concomitante à construção das informações a partir das observações de campo (visitas, reuniões, oficinas e seminários), dos questionários, das entrevistas e da autoanálise. Segundo Beaud e Weber (2007, p. 153), “no calor da entrevista” e nas “anotações de cada dia” parte das análises já ocorre. Ainda assim, os dados foram classificados e categorizados¹⁵ para permitir o processo de interpretação.

É importante sinalizar que o início da investigação e a elaboração deste trabalho encontram-se situados em um período político diferente do atual, ou seja, durante a pesquisa, o Brasil era presidido por Dilma Roussef, cujo governo era filiado ao Partido dos Trabalhadores. Naquele contexto político, parecia prevalecer a ideia de saúde como “direito de todos e dever do Estado”, o que embasou a criação de políticas públicas com o intuito de diminuir as desigualdades de acesso à saúde, caso do Programa Mais Médicos, além da possibilidade de reordenação da formação e distribuição de médicos no país. Isso significa que durante a pesquisa o projeto político na saúde estava voltado para o princípio da universalidade do acesso ao SUS.

Com a mudança de governo, passou a prevalecer um projeto político de viés neoliberal, com a proposta de restrição de gastos sociais, criação de planos de saúde populares e a ideia de que se deveria “executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada” (PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO, 2015, p. 18), conforme consta no documento intitulado *Uma Ponte para o Futuro construído pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB*.

Dessa forma, trabalhei com um recorte histórico de uma política pública de saúde que corresponde a quase três anos (final de 2013 a meados de 2016) e, mesmo apontando alguns

¹⁴ O autor fala que é preciso “tornar em exótico o que é familiar”. Assim, são necessários sucessivos afastamentos e aproximações durante o trabalho de pesquisa quando se está inserido no campo.

¹⁵ Essa classificação e categorização dos dados será vista pelo leitor com mais detalhes no capítulo 2.

elementos no final desta tese, certamente serão necessárias outras investigações para a análise dos caminhos que o Mais Médicos tomará a partir da mudança de governo.

Como se verá, a relevância desta tese para o campo disciplinar da sociologia destaca-se pelo enfoque cartográfico voltado para a análise de uma política pública de saúde, permitindo acompanhar e problematizar a relação entre o Estado brasileiro e a sociedade quanto à situação da assistência médica na Atenção Básica, e da formação e profissão médicas no país. No âmbito da atenção à saúde, este trabalho representa explorar e propor uma contribuição que auxilie a entender a dimensão política e social dos fenômenos decorrentes da implementação de uma política com a amplitude do Programa Mais Médicos, tida como um elemento para o enfrentamento das desigualdades do acesso ao cuidado médico. Mais ainda, possibilita o registro histórico de uma política pública de saúde de dimensões mundiais, considerando a participação de profissionais estrangeiros, provenientes de vários países, e que permitiu dar visibilidade a uma problemática importante do sistema de saúde brasileiro: a escassez de médicos, especialmente em áreas chamadas de remotas e de difícil acesso¹⁶.

1.1 Os caminhos para conhecer as dinâmicas do Programa Mais Médicos

Para possibilitar a compreensão dos caminhos percorridos e informações construídas durante esta investigação, e também para permitir que o leitor conheça as dinâmicas do Programa Mais Médicos na Paraíba, esta tese está organizada em seis capítulos, além da introdução e das considerações finais. Começamos (capítulo 2) pela reflexão sobre as características do Programa Mais Médicos e como a implementação desse programa se constituiu no objeto da pesquisa. Em seguida, a partir do diálogo com Deleuze e Guattari (1995), discuto a utilização do processo cartográfico para a análise do PMM, valendo-me da cartografia como ferramenta processual da pesquisa que permitiu dar visibilidade às relações entre os atores vinculados à política. Para que o leitor compreenda esse processo, apresento todos os caminhos percorridos durante a pesquisa, assim como as “paisagens” que fui encontrando nessa trajetória. Em virtude de minha inserção múltipla no campo, como já dito,

¹⁶ É importante explicar aqui que a literatura da área da saúde utiliza os termos “áreas remotas”, “áreas de difícil acesso” e “áreas rurais” como localidades distantes de grandes centros urbanos e que não constituem lugar atrativo para atuação profissional. Associam-se geralmente com áreas rurais. Não há, portanto, uma definição uniforme para os referidos termos na bibliografia da área, o que acaba informando que a escassez de profissionais no território tem a mesma gênese em todas as localidades, a distância. Como se verá ao longo do texto, especialmente no capítulo 4, o elemento distância não consegue explicar todo o problema da ausência de médicos.

parte desse capítulo está reservada para a necessária discussão sobre minha posição de pesquisador implicado (MERHY, 2004; ABRAHÃO et al., 2014).

Após caracterizar o PMM como objeto de pesquisa, o passo seguinte foi compreender alguns conceitos que situam as políticas públicas como elementos de análise da relação entre Estado e sociedade. Assim, no capítulo três, discuto alguns conceitos concernentes à análise das políticas públicas, a partir de um referencial de partida proveniente de um conjunto autores das ciências políticas, da sociologia e da saúde coletiva. Como a política foco desta tese (o PMM) recebeu muitas críticas de diversos setores do Estado e da sociedade, especialmente do “movimento médico oficial”, outra discussão importante desse capítulo é a constituição da medicina como *campo* no sentido de Bourdieu (2008). A partir das ideias de *disputas e lutas concorrenciais* no campo, é possível compreender as resistências da profissão médica ao Mais Médicos.

O quarto capítulo volta-se para os elementos contextuais de formulação do Programa Mais Médicos. Nele trazemos aspectos históricos e políticos do Programa, incluindo os elementos normativos regulamentadores da política. Essa contextualização está dividida em duas partes principais: a primeira é construída pela exposição de um conjunto de estratégias utilizadas em diversos países para lidar com a problemática da falta de médicos para ocuparem postos de trabalho existentes; a segunda é um compilado de ações já produzidas por governos brasileiros nos últimos 50 anos no sentido da ampliação do acesso ao cuidado médico, considerando elementos que podem ter contribuído para o que existe normatizado hoje no PMM.

Os capítulos seguintes – cinco, seis e sete – são destinados ao processo de implementação do Programa Mais Médicos no Brasil e especialmente na Paraíba. Como mencionado, a ideia foi seguir a ordem em que os fenômenos foram sendo observados. Assim, um dos primeiros elementos que chamaram atenção durante o processo de implementação da política foi a reação da corporação médica ao PMM. Considerando isso, o capítulo cinco apresenta como essa reação ocorreu no âmbito nacional e local. Para uma melhor compreensão, dividiu-se a discussão nos elementos que foram foco de oposição: o eixo formação para o SUS, que conta com proposta de reformulação da formação médica na graduação e pós-graduação, e o eixo provimento emergencial, que vincula médicos estrangeiros *ousiders*, na concepção de Elias e Scotson (2000), principalmente em se tratando dos profissionais cubanos.

O acompanhamento dos aspectos da implementação do Mais Médicos no estado da Paraíba também é apresentado no capítulo cinco e levou em consideração a estrutura e

instituições envolvidas, ou seja, a passagem do processo de formulação e organização dos elementos normativos até a configuração dos atores institucionais implementadores do PMM no estado. Assim, é importante discutir os papéis de cada ator ou instituição envolvida no Mais Médicos, começando pelos aspectos macropolíticos até as relações entre os atores envolvidos no programa, considerando as dinâmicas no nível local (dos municípios) e estadual, e também como essas relações possibilitaram estabelecer a singularidade do PMM na Paraíba.

Já o capítulo seis mostra que o percurso da pesquisa segue para os cenários mais próximos da “ponta”, tendo como ator central a Comissão Coordenadora Estadual da Paraíba. Observar as relações entre os atores que compõem a CCE permitiu compreender fenômenos interessantes, particulares do estado, a partir de uma discussão que dá visibilidade à agência dos atores e da comissão. Ao longo da implementação do PMM, observou-se a constituição da institucionalidade da CCE e como as *trajetórias* dos integrantes foram responsáveis pelos desfechos que o programa tem tido na Paraíba. Para melhor dimensionar isso, é importante enfatizar a participação dos níveis de governo (estadual e municipal), e como cada nível percebe e operacionaliza da política.

Além disso, a operacionalização do Mais Médicos também depende da caracterização acadêmica/formativa atribuída ao programa. Assim, no capítulo seis, também analiso o papel da instituição supervisora, universidade federal, através do trabalho dos tutores e supervisores. No PMM, a figura do supervisor aparece como elemento central, diferente de políticas anteriores, e dotada de atribuições voltadas para o apoio individual do médico e para a mediação entre médico, equipe de saúde e gestor municipal.

Nesse capítulo, os elementos micropolíticos das relações entre os atores começam a ser evidenciados, mas é no próximo capítulo, o sete, que se explicita a aproximação em relação ao ator central do PMM – o médico. Assim, apresento o processo de seleção, alocação, chegada e trabalho dos médicos nos municípios, bem como as relações entre esses atores e os demais trabalhadores da saúde e usuários.

Tendo percorrido todo o processo de implantação do Mais Médicos, quanto à alocação de profissionais médicos para atuação em locais distantes ou de difícil acesso, é importante dimensionar alguns impactos percebidos pela política nas localidades acompanhadas no estado, além das demais estratégias do PMM para além da alocação de médicos e que alcançaram maior protagonismo ao final do processo de pesquisa, quais sejam, a criação de novas escolas de medicina e ampliação de vagas para programas de residência médica. Esses elementos também compõem o capítulo sete.

2. ENTRE OBJETO, CARTOGRAFIA E CONCEITOS

2.1 O Programa Mais Médicos como objeto de estudo

As políticas públicas têm sido objeto de reflexões sociológicas há vários anos no Brasil, especialmente a partir dos anos de 1990. Cortes e Lima (2012), em debate sobre as contribuições da sociologia para a análise das políticas públicas, comentam que:

[...] os objetos de investigação do campo requerem recursos teóricos e metodológicos variados, procedentes de várias tradições disciplinares. Ao tratar fundamentalmente da ação dos governos, os pesquisadores pressupõem que essa ação – e o que a provoca – transborde os limites estatais ou a esfera da política. Assim, o foco dos estudos recai sobre um dos temas de pesquisa mais caros à sociologia política: as relações entre Estado e sociedade (CORTES; LIMA, 2012, p. 36).

Para construir sociologicamente os objetos de análise das políticas públicas, a partir do que as autoras citadas acima mencionam, há três caminhos possíveis, os quais podem ser percorridos separadamente ou podem fazer parte de uma trama de possibilidades teórico-metodológicas. Um dos caminhos é a abordagem a partir da compreensão das relações entre os atores dos grupos sociais que demandam ou são objeto de uma determinada política pública, ou seja, que estão vinculados ao Estado e ao espaço societal (sociedade civil e mercado).

O segundo caminho, conforme Cortes e Lima (2012), corresponde aos estudos dos imperativos cognitivos e normativos, que designam ideias, teorias, modelos conceituais, normas, visões de mundo, quadros de referência, crenças e princípios utilizados para a constituição das políticas públicas. Os aspectos cognitivos se aproximam do modo como indivíduos e grupos agem no processo de construção institucional e de defesa dos seus interesses privados. E os elementos normativos dizem respeito não apenas ao aparato legislativo das políticas, mas às normas sociais que orientam os atores.

Uma terceira possibilidade é a análise a partir da compreensão do papel das instituições e estruturas sociais envolvidas com determinada política pública. Essa análise visa entender o papel da arquitetura institucional que estabelece as interações e as transações que ocorrem na arena política, ou como os arranjos institucionais colaboram para a produção de resultados decorrentes do estabelecimento das políticas públicas (CORTES; LIMA, 2012).

Inspirado nas ideias das autoras, que apontam essa tripla possibilidade de compreensão do fenômeno social que é a política pública, foi possível perceber que apesar de terem sistematizado possibilidades separadas de contribuições da sociologia para a análise de políticas, as observações no campo da pesquisa acompanhando a implementação do PMM demonstraram que é possível desenvolver, em um mesmo estudo, as três vertentes. Para dar conta de compreender a política como um todo, observei as relações entre os atores, a forma como agem e o que orienta essa ação, e o papel e a estrutura das instituições envolvidas com o programa. Isso caracteriza a complexidade de ter o Programa Mais Médicos como objeto de estudo.

Como já pontuado, minha proximidade com a saúde pública e a educação médica permitiu o trânsito entre os diferentes atores implementadores do PMM, como médicos, supervisores, tutores, representantes do MS, representantes da Secretaria Estadual de Saúde e dos gestores municipais. Além disso, também estava próximo de algumas instituições envolvidas com a política, como instituições de ensino, Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. No contexto macropolítico do país, observavam-se as relações entre entidades médicas e governo. Sendo que a interação entre todos esses atores e instituições na arena política promove a complexidade que mencionei antes.

Diante disso, analisar o PMM como política pública se torna um fato sociológico por pelo menos três características: 1. O Programa Mais Médicos surgiu como um fato político resultante de manifestações sociais, as quais foram responsáveis por um cenário que possibilitou à problemática da falta de médicos entrar na agenda política de maneira definitiva. Como o leitor verá, pelo menos desde 2011 o Governo Federal já discutia o problema do acesso à assistência médica em locais distantes e de difícil acesso, mas apenas em 2013, em resposta às manifestações sociais, foi possível definir a formulação do que seria o PMM; 2. Como já mencionei, a taxa de 1,8 médicos por mil habitantes era considerada muito inferior quando comparada àquela dos países com sistemas de saúde semelhantes ao SUS. Além disso, a “cobertura” de Atenção Básica no Brasil não atingia toda a população brasileira, atendendo no máximo 60% dela. Para aumentar essa cobertura, é necessário ter mais profissionais nas equipes de saúde. Assim, a falta de profissionais gera um problema duplo: não há médicos suficiente para as equipes existentes, nem para a ampliação de novas equipes necessárias para atender a população; 3. Essa falta de profissionais acentua a desigualdade no acesso à saúde no país. Diante dessa atenção desigual, geralmente são mais afetados aqueles que vivem no Norte e Nordeste do país, nas regiões do interior e nas periferias das grandes cidades.

Não foi possível perceber essas características permanecendo em apenas um lugar. Por isso tive que percorrer diversos caminhos, assumir posições distintas no campo da pesquisa, transitar *entre*. Esse estar *entre* significa, conforme Deleuze (1992), estar em movimento. O autor, para falar do movimento, utiliza como exemplo a prática de esportes, afirmando que:

[...] os movimentos mudam, no nível dos esportes e dos costumes. Por muito tempo viveu-se baseado numa concepção energética do movimento: há um ponto de apoio, ou então se é fonte de um movimento. Correr, lançar um peso, etc.: é esforço, resistência, com um ponto de origem, uma alavanca. Ora, hoje se vê que o movimento se define cada vez menos a partir de um ponto de alavanca. Todos os novos esportes – surfe, windsurfe, asa delta – são do tipo: inserção numa onda preexistente. Já não é uma origem enquanto ponto de partida, mas uma maneira de colocação em órbita. O fundamental é como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande vaga, de uma coluna de ar ascendente, “chegar entre” em vez de ser origem de um esforço (DELEUZE, 1992, p. 151).

Para *chegar entre*, como diz Deleuze, é preciso “não acompanhar o movimento do vizinho, mas fazer o seu próprio movimento” (BRITO, 2013, p. 6). Para o filósofo, o movimento é capaz de criar. E no movimento meu pensamento foi “afetado”, surgindo daí os problemas (DELEUZE, 1992), o que permitiu a construção do objeto da minha investigação.

Trata-se de uma ideia de experienciar, para além dos pontos de interseção representados pelos atores e instituições envolvidos no Mais Médicos, o *entre*. E assim foram surgindo as indagações, os questionamentos, as categorias, os problemas de pesquisa, as interpretações sobre os fenômenos observados.

Para conseguir isso, a abordagem adotada nesta investigação precisou contemplar estratégias de pesquisa que desvelassem discursos, atitudes, comportamentos, sentimentos e sentidos atribuídos aos atores e instituições relacionados ao Programa Mais Médicos no Brasil e especialmente no estado da Paraíba. Além da revisão bibliográfica permanente sobre o tema (políticas públicas, políticas de saúde, estratégias de provimento de profissionais de saúde, profissão médica, políticas de Estado para formação profissional, mercado de trabalho médico), o trabalho envolveu também um aprofundamento conceitual sobre os processos sociais que despontaram da realidade do campo, tais como: dinâmicas de alocação de profissionais no Estado; perspectivas dos médicos, gestores, equipes de saúde, dirigentes do Ministério da Saúde e população; atuação daqueles implicados com a implementação da política (docentes supervisores dos médicos, tutores universitários, representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde).

A pesquisa foi tecida considerando esse conjunto de contextos e estratégias. Movimentos que foram feitos para encontrar os elementos que precisaram ser costurados para garantir as visibilidades sobre os processos de implementação e as dinâmicas do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba. Para mim, dar visibilidade a essas costuras e a esse tecido compõe o que chamo de *metáfora da tecelagem*, que exigiu estar atento ao alerta dado por Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999) quando explicam que:

Embora a representação mais corrente dos procedimentos da pesquisa como o ciclo de fases sucessivas (observação, hipótese, experimentação, teoria, observação, etc.) possa ter uma utilidade pedagógica - nem que fosse substituindo a enumeração de tarefas delimitadas, segundo a lógica da divisão burocrática do trabalho pela imagem de um encadeamento de operações epistemologicamente qualificadas - continua sendo duplamente enganadora. Ao projetar no espaço, sob a forma de momentos exteriores uns em relação aos outros, as fases do "ciclo experimental", só imperfeitamente é que chega a restituir o desenrolar real das operações já que, na realidade, é todo o ciclo que está presente em cada uma delas (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1999, p. 73).

Dessa forma, os processos de análise feitos ao longo do acompanhamento do Mais Médicos aproximam-se de uma visão ramificada como a trama de um tecido quando vista bem de perto, contendo uma variedade de atores e um conjunto de procedimentos que se constituem em pontos de interseção, como os encontros que a linha faz enquanto conforma o tecido. Esses pontos, assim como as linhas entre eles, correspondem aos elementos da realidade observada e vivenciada no campo da pesquisa. Assim, para compreender o processo social e histórico, as relações sociais desencadeadas, as relações institucionais e os grupos profissionais envolvidos, dentre outras nuances, não haveria como estabelecer ciclos de fases sucessivas, como alertado por Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999), sendo preciso, sim, recorrer a uma estratégia metodológica que valorizasse a complexidade do estudo sociológico de uma política pública e o lugar e a possibilidade de circulação do pesquisador junto ao seu objeto de estudo.

Como refletiu Bertussi (2010), aqui a processualidade interessa muito mais do que o produto e há um envolvimento e um acolhimento dos fatos cotidianos, buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo. Uma processualidade não definida antes do início da caminhada, já que:

Seguir passos delineados a priori não garante a qualidade do conhecimento produzido. Quem trabalha com pesquisa, ou pelo menos aqueles que se propõem a problematizar o próprio processo de pesquisar e os conhecimentos que daí advêm, reconhece a complexidade ímpar que caracteriza cada um desses passos, bem como o fato de que geralmente se imiscuem-se (ZANELLA, 2013, p. 21).

Nesse sentido, foi o viver e experienciar o campo que contribuiu para pensar os passos seguintes. A experiência de campo prova que é através de longos desvios e não sem modificação (radical, às vezes) que o tema se transforma e fixa-se definitivamente em objeto de pesquisa (BEAUD; WEBER, 2007).

Esse processo de transformar e fixar, no âmbito da experiência do campo de pesquisa, se aproxima do processo de tecer, de fixar algumas linhas para transformá-las no tecido pronto. Cada vez que uma linha passa por outra, emergem os pontos de interseção. Dependendo do caminho que percorremos acompanhando as linhas, é possível ver as interseções de uma maneira distinta. Cada vez que percorremos a trama, percebemos que, no campo da pesquisa, os pontos de interseção apresentam-se de forma diferente. Isso ocorre porque, além da interseção, há os *intercessores* que representam a mobilidade, a trajetória percorrida pelas linhas. Para Deleuze (1992), essa mobilidade não é material, fixada no caminho ou em uma linha de fio, mas exprime o movimento feito pelo pensamento.

Os *intercessores*, no sentido dado por Deleuze (1992), são os responsáveis por mobilizarem o pensamento e, conseqüentemente, possibilitarem a criação de problemas e, no caso de uma investigação, pode-se falar de problemas de pesquisa. Embora o autor não tenha desenvolvido uma produção específica sobre a ideia de *intercessores*, mas assinala o essencial dos intercessores, pois, para Deleuze (1992, p. 156),

A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalho em vários, mesmo quando isso não se vê. E mais ainda quando é visível.

Acompanhando o sentido dado pelo autor, foram vários meus intercessores no campo da pesquisa: desde a minha proximidade com os atores e instituições do Programa Mais

Médicos, passando pelas interações entre esses atores e observação do papel dessas instituições, até os fenômenos manifestos ocorridos nos encontros entre os diversos envolvidos com a “implementação” do PMM no estado da Paraíba. Ou seja, observando uma reunião de supervisores do Mais Médicos, por exemplo, é possível dizer que a própria reunião funciona como um intercessor, e também a relação entre todos os supervisores presentes e deles com os temas debatidos no encontro, além da minha relação com o grupo observado.

Apesar dessa imagem complexa do movimento entre os pontos de interseção e os intercessores, a organização da apresentação deste texto, considerando as linhas percorridas durante a pesquisa, não pretende ser a mais correta ou a única, mas demonstra a intenção de sistematizar uma grande variedade de informações construídas ao longo da investigação.

Essa sistematização se inicia com a necessidade de apresentar os caminhos pelos quais passei, ou as linhas que segui, considerando a metáfora da tecelagem. Apresentar também os pontos de interseção que foram sendo construídos ao longo da investigação, possibilitando um detalhamento do processo cartográfico. Além disso, é importante e fundamental explicar com mais detalhes minha relação com o objeto, a fim de problematizar ou analisar minhas próprias preocupações e implicação com o campo.

Ainda sobre os pontos e linhas percorridas, caracterizados como processo empírico desta investigação sobre o PMM, é importante dizer que os percorremos realizando uma pesquisa de campo¹⁷, tentando observar e vivenciar tudo, executando movimentos de

[...] olhar, recortar, cotejar, desmontar, remontar, analisar requerem relações estéticas pautadas em uma sensibilidade que possibilite não somente ver, mas fundamentalmente olhar, admirar, problematizar a realidade; sensibilidade para não somente estar, mas para viver intensamente e sensivelmente as possibilidades e os imprevistos que caracterizam todo o qualquer encontro com um outro. Sensibilidade, enfim, que mobilize para a procura de algumas respostas às perguntas que são feitas e para a proposição de tantas outras perguntas (ZANELLA, 2013, p. 49).

No sentido dado pela autora, todos os elementos da realidade foram importantes, a fim de compreender como essa realidade se tornou possível. Por essa razão, foi preciso desenvolver o duplo trabalho de encontrar o que observar/vivenciar e de elaborar o quando e o como da observação/vivência. Digo isso pelo fato de muito do campo já ser conhecido, pois durante toda a pesquisa estive vinculado aos atores do Programa Mais Médicos, sendo um

¹⁷ No sentido de Beaud e Weber (2007), que falam que fazer pesquisa de campo é se agarrar aos fatos, discutir com os pesquisados, compreender melhor os indivíduos e os processos sociais.

deles. Este estudo foi sendo construído ao longo de sucessivas inserções no campo, pois minha aproximação exigiu ainda mais não estabelecer previamente uma metodologia para a observação, para não correr o risco de ver o que já via, como atentam Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999) quando explicam a necessidade de uma “vigilância epistemológica” para separar a opinião comum do discurso científico.

2.2 Processo cartográfico na análise de uma política pública

Como comentei antes, a cartografia constitui possibilidade metodológica que visa acompanhar as linhas e os pontos encontrados no campo da pesquisa, os quais envolvem as interações entre atores e instituições envolvidos com o PMM. Concordando com Deleuze (1992), acredito que as linhas são elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos. Por isso, cada coisa tem sua geografia, sua cartografia, seu diagrama.

O autor, juntamente com Guattari (1995), desenvolve a ideia de cartografia como um dos princípios para explicar o funcionamento *rizomático* dos fenômenos e das coisas. Eles explicam que um rizoma¹⁸ não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. No rizoma qualquer ponto está ligado a outro. Essas conexões são os atores, coletivos, organizações, lutas sociais que conformam a micropolítica do campo social. As linhas que percorri, os pontos de interseção que encontrei e a trama do tecido que mencionei como constitutiva da pesquisa podem ser caracterizados como um rizoma. Assim, tendo em vista essas interconexões, é possível estabelecer uma cartografia.

Conceitualmente,

[...] a cartografia é uma ferramenta que nos permite obter consciência sobre a realidade, os conflitos e as capacidades individuais e coletivas. Ela abre caminhos de reflexão compartilhada para consolidar leituras e visões diante de um espaço e tempo específico, para gerar cumplicidade diante de futuros possíveis, onde cada um tem um papel a assumir.¹⁹ (CAMPILLO; SÁNCHEZ, 2011, p. 33, tradução nossa).

¹⁸ Termo derivado da botânica que explica a estrutura de algumas plantas com brotos que se ramificam em vários sentidos.

¹⁹ No original, leia-se: “La cartografía es una herramienta que nos permite ganar conciencia sobre la realidad, los conflictos y las capacidades individuales y colectivas. Abre caminos desde la reflexión compartida para consolidar lecturas y visiones frente a un espacio y tiempo específicos, para generar complicidades frente a los futuros posibles en donde cada uno tiene un papel que asumir”.

Os autores chamam atenção para a complexidade do fenômeno aqui estudado, que remete aos diferentes interesses envolvidos na elaboração e implementação de uma política pública, objeto de estudo desta tese. Nesse sentido, esse trecho apresenta dois elementos: primeiro, a correlação entre cartografia e ferramenta, que permite dizer que, na pesquisa, a cartografia pode ser utilizada como método; e segundo, o fato de o processo cartográfico permitir perceber leituras e visões dos atores sociais diante do fenômeno que é a implementação do Mais Médicos.

Como são múltiplos atores e diversas trajetórias e cenários percorridos durante a pesquisa, é importante considerar que:

[...] existem tantas cartografias possíveis quanto campos a serem cartografados, o que coloca a necessidade de uma proposição metodológica estratégica em relação a cada situação ou contexto a ser analisado, indicando que dessa perspectiva método e objeto são figuras singulares e correlativas, produzidas no mesmo movimento, e que não se trata aqui de metodologia como conjunto de regras e procedimentos preestabelecidos, mas como estratégia flexível de análise crítica (PRADO FILHO; TETI, 2013).

Ou seja, os caminhos que percorri, os lugares pelos quais passei, os atores sociais com os quais mantive interlocução durante a investigação tornaram possível uma cartografia.

E como o processo cartográfico não corresponde a um conjunto de regras e procedimentos preestabelecidos, o trabalho do cartógrafo, longe de ser a mera demonstração de elementos estáticos como um mapa desenhado em um papel, é antes captar o dinamismo da vida, como um desenho que “acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem” (ROLNIK, 2014, p. 23), sendo o método e o objeto *figuras correlativas*.

É o que Barón e Colombia (2007) falam quando apontam a cartografia como uma forma dinâmica de trabalho que permite tomar consciência do espaço, do tempo, do contexto natural e cultural, e ao mesmo tempo construir uma ideia coletiva – interseções entre pesquisador e sujeitos da pesquisa – sobre o que está sendo cartografado. Apesar de outras modalidades metodológicas nas ciências sociais permitirem esse tipo de abordagem quanto ao objeto, a ideia da cartografia pareceu possibilitar articular melhor três elementos que considerei centrais durante esta pesquisa: minha inserção no campo como pesquisador e como ator social envolvido na política; as interconexões feitas com os diversos atores – médicos, gestores, professores, membros das equipes de saúde, usuários dos serviços, estudantes de medicina – e o passo a passo da implementação do Mais Médicos na Paraíba.

Essas interconexões ainda se ramificam – como o rizoma de Deleuze e Guattari (1995) – em razão do movimento de idas e vindas aos municípios onde estão gestores locais, usuários, trabalhadores das equipes e médicos; às estruturas institucionais da gestão da saúde e do programa; aos espaços das instituições de ensino. Assim, temos vários pontos num espaço – do Estado da Paraíba percorrido pela implementação de uma política pública – que são interligados e geram fluxos de pessoas, de sentimentos, de saberes, de poderes, de intenções que permitem apropriações singulares da política.

Essa ideia de espaço com interconexões e ramificações nos dá com clareza a imagem de um tecido tramado ao longo da pesquisa. Uma trama cuja dinamicidade corresponde ao olhar cartográfico a ser aplicado sobre um campo, uma rede, uma teia de relações (PRADO FILHO; TETI, 2013).

Construir uma cartografia, nesse sentido, significou a busca por lidar com encontros, ver e viver relações com os diversos atores envolvidos no PMM, e observar as diferentes micropolíticas, isto é, os diferentes modos de inserção social desses atores (GUATTARI; ROLNIK, 1996). Dessa forma, foi possível mergulhar intensamente no processo de implementação de uma política pública.

Assim, entre definir a cartografia enquanto método e a recusa a qualquer pretensão de sê-lo, estamos diante de um procedimento de pesquisa que exigiu posturas específicas (AMADOR; FONSECA, 2009). As autoras advertem o pesquisador que o processo cartográfico

[...] convoca-o para um exercício cognitivo peculiar, uma vez que, estando voltado para o traçado de um campo problemático, requer uma cognição muito mais capaz de inventar o mundo. Trata-se de uma invenção que somente se torna viável pelo encontro fecundo entre pesquisador e campo de pesquisa, pelo qual o material a pesquisar passa a ser produzido e não coletado, uma vez que emerge de um ponto de contato que implica um deslocamento do lugar de pesquisador como aquele que vê seu campo de pesquisa de um determinado modo e lugar em que ele se vê compelido a pensar e a ver diferentemente, no momento mesmo em que o que é visto e pensado se oferece ao seu olhar (AMADOR; FONSECA, 2009, p. 31).

Esse foi o sentimento e percepção experimentado por mim ao longo de toda a pesquisa. Essa foi a forma que tornou possível perceber a não linearidade da política pública de saúde, acompanhando um certo traçado insólito, um certo tempo, um caminho conhecido pela aproximação com o tema geral do PMM – Atenção Básica, trabalho médico, formação médica – mas completamente novo ao mesmo tempo. Assim, a cartografia permitiu que me

ocupasse de um plano movente, de modo que interessaram as metamorfoses e anamorfozes tomadas aí como processos de diferenciação (AMADOR; FONSECA, 2009).

Mas como desenvolver isso, como elaborar uma cartografia de uma política pública de saúde? Que caminhos percorrer para transformar a cartografia no método da pesquisa? É possível utilizá-la como método? Que procedimentos criar para conseguir fazer isso? Um primeiro passo para responder estas perguntas é perceber que a trajetória do cartógrafo não pode ser pensada antes do estar no campo, bem como não está alicerçada em uma teoria que deveria ser testada ou aplicada na pesquisa. Diria, a partir de Kastrup (2007), que a cartografia pode ser considerada um método para acompanhar processos e não de representar objetos; refere-se a um coletivo de forças, visando um *território existencial* onde ocorrem disputas entre os atores envolvidos em um contexto social; requer a dissolução do ponto de vista do observador, elemento importante para meu distanciamento; exige certo tipo de atenção ao presente, ao que está ocorrendo ao longo do processo cartográfico; consiste em um método que não separa pesquisa de intervenção (KASTRUP, 2007).

Rolnik (2014) ajuda a soprar para longe a névoa que paira como preocupação quanto à relação teórico-empírica quando afirma que:

Pouco importam as referências teóricas do cartógrafo. O que importa é que, para ele, teoria é sempre cartografia – e, sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha (inclusive a teoria aqui apresentada, evidentemente). Para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso, o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas (ROLNIK, 2014, p. 65).

Ao me deparar com esta passagem, percebi imediatamente que a cartografia possibilitou trabalhar com processos muito variados durante a implementação do Programa Mais Médicos, e contribuiu também como elemento produtor do processo de objetivação, pois múltiplas saídas são possíveis, considerando minha inserção tão próxima ao objeto.

Sempre busquei na pesquisa elementos/alimentos para compor a cartografia, tentando não cair na armadilha da dicotomia falso/verdadeiro, ou entre o teórico e o empírico, mas, como diz Rolnik (2014), procurando a constituição de existências, as interseções micropolíticas entre os diversos atores envolvidos com o PMM. O roteiro percorrido

apresentou-me diversas paisagens, muitas não planejadas, como em uma viagem quando não se sabe o que aparecerá após a próxima curva da estrada. Esse roteiro será apresentado mais adiante, na intenção de possibilitar ao leitor melhor acompanhar minha trajetória.

Recorro à ideia de uma viagem na relação com as paisagens que nela emergem ao longo de um caminho porque também não tinha como planejar todos os passos, já que não sabia o que encontrar em muitos momentos no decorrer da pesquisa. Mantive sempre o horizonte de ver o Programa Mais Médicos sendo posto em ação. Quanto aos passos para chegar a isso, segui ouvindo Rolnik:

Restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tampouco importam, pois ele sabe que deve “inventá-los” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso, ele não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado. (ROLNIK, 2014, p. 66).

E ela continua auxiliando quando afirma que é muito simples o que o cartógrafo leva no bolso: um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações – este, cada cartógrafo vai definindo para si, constantemente (ROLNIK, 2014, p. 67). E foi o que fiz, transitando em todos os cenários possíveis em que o PMM fosse pauta central, junto dos inúmeros atores envolvidos com o programa, observando, sentindo, vivendo, registrando. Um elemento fundamental, e que se configura como a primeira paisagem vista ou percorrida, é a autoanálise da minha relação com o campo e com o objeto como o ponto de partida. Disso tratarei a seguir.

2.3 A primeira paisagem: o pesquisador implicado

Como destaquei a pouco, a primeira paisagem visualizada durante a pesquisa e construção da cartografia do Programa Mais Médicos foi a da minha presença²⁰ e atuação nos espaços institucionais do PMM, e como profissional da medicina e docente de escola médica. Ou seja, o objeto da pesquisa encontra-se em um contexto próximo. Por isso, é fundamental trabalhar dando visibilidade a esse fato. Para conseguir isso, levei em consideração o que Zanella (2013), citando Máximo Canevacci (2004), diz quando afirma que o sujeito que faz pesquisa deve se habituar a pensar que o plural de “eu” não é sempre o “nós” da comunidade

²⁰ Tomei emprestada da antropologia a ideia de Geertz (1997) de que “somos todos nativos”.

ou do “coletivo”, mas pode ser também “eus”. O plural “eus” referido a um único sujeito quer dizer que não há só um modo de pensar, sentir e agir sobre um objeto ou modelo cultural. Nesse sentido, constantemente observamos que o *eu pesquisador* teve que dialogar com o *eu docente*, o *eu consultor*, o *eu médico*, o *eu especialista em uma área da medicina*, o que recebeu certa ênfase nas propostas do programa, o “eu” que assume algumas posições políticas em relação ao processo de formação e trabalho médico.

Nesse sentido, ao sair a campo – fala que soa redundante, pois também sempre estive nele –, tive que me desconstruir, deixando-me levar pelas sensações, deixando-me tocar pelo sensível, pelas emoções e impressões nele despertadas (PRECIADO; RESTREPO; VELASCO, 1999). Esse processo complexo precisou ser vivido cotidianamente para garantir a possibilidade de definir quando estava atuando como pesquisador ou como membro participante de momentos do programa.

Beaud e Weber (2007, p. 23) advertem para não escolhermos um tema muito familiar, sob pena de olharmos apenas o que já conhecemos, e ainda mais de termos uma ilusão de compreensão imediata dos fenômenos observados²¹. No entanto, se optarmos por fazer isso, é preciso realizar sempre uma autoanálise, que para as autoras significa o duplo trabalho de explicitação dos nossos preconceitos e de objetivação de nossa posição, permitindo-nos o distanciamento das primeiras impressões (romper com as pré-noções). Essa não foi uma tarefa simples, pois pesquisar sendo de antemão participante

[...] supõe uma tomada de distância pela qual não será possível apoiar-se sobre as próprias impressões de estranhamento. Em particular, tudo poderá parecer, de antemão, natural, evidente, automático, pois haverá explicação para tudo; ter-se-á a impressão de tudo saber. São inúmeros preconceitos dos quais será preciso livrar-se. Uma grande parte das condições objetivas da pesquisa será regulada de antemão, fora do campo de observação. Você terá estabelecido novas relações de amizade, de aliança, de inimizade, de antipatia e terá esquecido como elas aconteceram e que elas têm efeitos importantes sobre suas interpretações (BEAUD; WEBER, 2007, p. 39).

Decidi lidar com esse desafio analisando o fato de estar próximo e conectado com os elementos que fundamentam o Programa Mais Médicos cotidianamente: as interfaces, fatos, disputas, normas e estratégias de funcionamento. A complexidade de implementação de uma

²¹ É o que Bourdieu (1999) explica quando diz que o sociólogo nunca conseguirá acabar com a sociologia espontânea e deve se impor uma polêmica incessante contra as evidências ofuscantes que proporcionam, sem grandes esforços, a ilusão do saber imediato e de sua riqueza insuperável.

política pública da dimensão do PMM é tamanha que nem o sujeito mais implicado, sozinho, teria possibilidade de estabelecer uma compreensão apenas sob um ponto de vista.

O fato de já ter proximidade permitiu acesso fácil aos locais institucionais onde se operam as ações do Programa Mais Médicos, bem como maior possibilidade de contato com os atores envolvidos. Mesmo assim, considero essa facilidade relativa. Para se ter uma ideia, na primeira reunião da qual participei na Paraíba, ainda havia a confusão entre o *eu consultor* e o *eu pesquisador* para os membros da comissão, e também para mim. Com a chegada na CCE da coordenadora do Provab, uma médica de família e docente da UFPB, os papéis ficaram melhor definidos, pois minha imagem foi desvinculada do programa como um todo, e passei a acompanhar as reuniões principalmente como pesquisador, já que ainda mantinha relação institucional com o MS e eventualmente era consultado na comissão sobre assuntos referentes aos processos pedagógicos dos médicos, como uma forma de “antecipar notícias” sobre essa área para o Estado.

Assim, pode-se dizer que a proximidade também foi um elemento afastador em algumas ocasiões, especialmente quando havia discussões sobre concepções acerca do programa, que requereram muita reflexão e distanciamento. Ou seja, discutir aspectos que se relacionavam a concepções sobre o Mais Médicos e que se aproximavam do que defendo politicamente na saúde pública e na educação médica sempre foram as maiores dificuldades durante a pesquisa, superadas por meio das sucessivas aproximações e afastamentos.

Refletindo, então, sobre minha participação no campo e aproximação com o objeto, coloco-me como pesquisador implicado que não trabalha apenas observando e interrogando o sentido das situações em foco, mas também interrogando a si mesmo e à própria significação como sujeito de todos os processos do universo da pesquisa (MERHY, 2004). Ou seja, o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz alguns elementos do fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido a ele, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno (BERTUSSI, 2010, p. 26).

Para isso, é preciso levar em consideração outras formas de produção de conhecimento que não operam uma dicotomia rígida entre sujeito e objeto, através de uma pretensa neutralidade ou imparcialidade. Essas formas operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, in-mundo, com o objeto, como explicam Abrahão et al. (2014). Nesse contexto, realizar uma pesquisa com implicação manifesta atuação intrínseca à produção do conhecimento que também surge a partir da objetivação da subjetividade

analisada durante toda a elaboração do processo da pesquisa (MARTINS FILHO; NARVAI, 2013).

Para discutir como esse distanciamento foi sendo feito ao longo da pesquisa, explicitarei, no momento de refletir sobre os aspectos observados, meu posicionamento sobre o que vivenciei, e isso aparecerá ao longo do texto desta tese. Segui um movimento importante.

Para tanto foi necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos (ABRAHÃO et al., 2014, p. 157).

Para os autores, a prática da cartografia corresponde a um processo que permite ao longo da pesquisa as experiências do pesquisador in-mundo (ABRAHÃO et al., 2014), o que corrobora minha escolha por esse processo, uma vez que ele abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes sobre a implementação do Programa Mais Médicos.

Nesse contexto, o processo de implicação precisa ser ainda melhor detalhado, pois não posso apenas apresentá-lo pela proximidade com o campo e com o objeto da pesquisa. Essa necessidade de especificar mais minha posição de nativo ocorre pelo fato de, diante de algumas paisagens encontradas nas trajetórias percorridas, a posição na qual me encontrava carregar uma relação muito direta com os interlocutores.

Assim, dependendo de quais estavam próximos de mim em um determinado momento, pelo menos duas reflexões eram necessárias, a decorrente da posição de pesquisador e a outra dependente do papel que desempenhava diante dos atores.

Digo isso porque, além de pesquisador e docente de dois cursos de medicina, ocupava uma posição de supervisor de um grupo de médicos do Programa, mantendo diante desse grupo uma posição de certa hierarquia. Ainda como supervisor, minha posição diante de outros supervisores não foi apenas a já existente de docente diante de colegas de trabalho, pois uma outra função era desempenhada. Ou seja, de um lado havia os médicos que eram sujeitos da pesquisa e também eram supervisionados do programa, e de outro havia os demais supervisores com os quais mantinha duas relações, a de colega docente e a de membro do grupo de supervisão. Continuando no âmbito da supervisão, ainda havia a relação supervisor-

tutor, que também proporcionava a duplicidade de papéis, isto é, o tutor era também um colega docente e um coordenador do meu trabalho como supervisor.

Considerando a interlocução com os gestores, também houve a necessidade de analisar os acontecimentos de posições distintas. Com relação aos gestores municipais, nas localidades onde atuam os médicos, ora eu era supervisor, ora pesquisador. Diante dos membros da gestão estadual, também apresentava esses dois papéis e na interlocução com integrantes da gestão federal, surgia uma terceira posição além da de supervisor e pesquisador, que era a de consultor vinculado ao Ministério da Saúde para apoio de algumas atividades específicas voltadas ao processo pedagógico dos médicos vinculados ao Mais Médicos. Nesse último caso, a relação de hierarquia ocorria de maneira diferente, pois eu era coordenado pelo Ministério da Saúde.

Para lidar com essa complexidade, tive que, primeiramente, assumir a existência de vários papéis diferentes e deixar isso claro no momento de analisar as paisagens pelas quais passei. Além disso, também foi importante buscar manter interação com atores um pouco mais distantes, como, por exemplo, médicos cuja supervisão era feita por outro supervisor e gestores municipais com os quais não havia supervisionados meus.

Em relação a esses papéis, foi importante explicitar, para os atores com os quais interagi, que vinha desenvolvendo uma pesquisa sobre a implementação do Mais Médicos, a começar pela Comissão Organizadora Estadual da qual precisei obter uma autorização para submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa. Como a Comissão é composta por membros de diversas instituições, o conhecimento sobre a pesquisa foi extensivo aos demais atores vinculados a elas. Assim, é possível dizer que fui um supervisor-pesquisador ou um pesquisador-supervisor. Essa dupla função parece ter sido bem aceita pelos interlocutores durante a pesquisa, pois nenhum deles se negou a participar, além de não perceber constrangimentos em responder meus questionamentos.

Havia, no entanto, o cuidado dos participantes quanto à menção da participação de outros atores ou instituições, como quando os representantes do Ministério da Saúde falavam dos gestores municipais. Porém, não é possível fazer a correlação direta desse aspecto com a pesquisa, já que a relação entre os atores era intermediada por um cuidado quanto à manutenção de uma interação política harmoniosa.

Considero que a relação com os médicos e com os gestores municipais, pela função normativa atribuída ao supervisor de, entre outras coisas, ser avaliador, foi mais sensível. Porém, esse fato também não pareceu constranger os participantes.

A partir de agora, tendo claros todos esses elementos, é possível apresentar os passos dados durante a trajetória de pesquisa, os quais me levaram às múltiplas paisagens nas dinâmicas da implementação do Mais Médicos na Paraíba.

2.4 Passos e paisagens

Parti para o campo e vivi no campo com a ideia de ver e transver²², como disse Manoel de Barros, o universo de elementos que comporiam a cartografia do fenômeno social que seria a implementação do Programa Mais Médicos. Não houve protocolo para orientar minha trajetória, no sentido de por onde começaria ou por onde passaria durante a pesquisa. Mas, seguindo a metáfora da tecelagem, sempre tive a intenção de conhecer e conectar os pontos de interseção para compreender o movimento *entre* eles. Assim foi possível construir os problemas analisados nesta investigação

2.4.1 Como construímos o caminho e os passos dados

Em um contexto mais próximo da vida, tudo começou em meados de 2012, quando fui convidado para integrar o grupo de apoio ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). O convite foi feito por um professor do mesmo Departamento da UFPB que já atuava apoiando ações do Ministério da Saúde e integrava a equipe que assumira, há pouco, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O objetivo do apoio foi formular o processo pedagógico do Provab, programa criado em 2011 que tinha o objetivo de alocar profissionais da medicina, enfermagem e odontologia em equipes de saúde da família incompletas, em municípios de difícil acesso e de população mais vulnerável (BRASIL, 2011a).

Meu trabalho no Provab consistia em elaborar instrumentos de avaliação para os profissionais médicos, instrumentos de supervisão para orientar o processo de trabalho dos supervisores dos médicos e apoiar o Estado da Paraíba na implementação desse programa. Esse processo promoveu a aproximação com vários atores que, posteriormente, a partir do segundo semestre de 2013, integraram o conjunto de participantes do Programa Mais

²² O olho vê, a lembrança revê as coisas, e a imaginação é a imaginação que transvê, que transfigura o mundo, que faz outro mundo, para o poeta e o artista de um modo geral. A transfiguração é o que é a coisa mais importante para o artista (Manoel de Barros no documentário *Janela da Alma*, 2001).

Médicos. Mesmo sem saber, pelo fato de ainda não ter iniciado a pesquisa, já estava no campo.

Nos três anos seguintes, de 2013 a 2015, além de integrar a equipe de consultores externos, denominação que nos foi dada no Ministério da Saúde, realizei também a supervisão de alguns médicos e médicas que trabalhavam no município de João Pessoa e Cabedelo, o que garantiu a aproximação com gestores, com equipes de saúde e com outros profissionais.

A partir da metade do primeiro semestre de 2013, começam a se desenvolver os fatos que culminam na criação do Programa Mais Médicos, através da Medida Provisória nº 621/2013 e, em seguida, da Lei Federal nº 12.871. Dessa forma, se estabelecia o marco histórico desta pesquisa, fazendo confluir a experiência e relações construídas com o trabalho no Provac e a política “recém-saída do forno”, por assim dizer.

Os aspectos indicados acima configuraram o conjunto de provocações necessárias para começar a cartografia que teve início no começo de 2014. De um lado, aparecem algumas sinalizações de por onde começar, com quais instituições, órgãos, pessoas iniciar a aproximação como pesquisador. Sinais que aparecem à medida que o PMM foi se constituindo como política em fase de implementação. As primeiras medidas foram marcadas por reuniões em diferentes instituições e instâncias, tais como: Universidade, Secretaria Estadual de Saúde – que já discutia o Provac, mas ganhou nova caracterização com o Mais Médicos – e municípios. Por outro lado, começam a aparecer os resultados da formulação da política, através dos instrumentos normativos²³ que intencionaram nortear a implementação. Assim, os passos empíricos seguiram com a análise e a identificação das bases que suscitaram a criação da política pública estudada, como também todo escopo procedimental e normativo do Programa Mais Médicos.

O próximo passo foi conhecer os documentos relacionados à criação da política. Nesse momento, os materiais introdutórios foram a legislação do PMM – Medida Provisória, Lei Federal e Portarias Ministeriais – disponíveis no portal do programa na internet e nas publicações do Diário Oficial da União (DOU). Esses materiais, somando-se ainda editais e notas técnicas do Ministério da Saúde ou da Educação, foram trabalhados durante toda a pesquisa, pois novos instrumentos legais foram sendo elaborados na fase de implementação. Trata-se do que considero marco histórico e legal do PMM.

²³ Os principais documentos, nesse sentido, além da MP nº 621/2013 e da Lei nº 12.871/2013, foram a Portaria nº 1369 de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013d), o Edital nº 39 de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013e) e 80º termo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde (BRASIL, 2013f), esse último responsável pelo arcabouço legal para a vinda de médicos cubanos para o Brasil.

Não basta, entretanto, conhecer as bases legais da política foco do trabalho, até porque não são suficientes para explicar alguns fenômenos evidenciados durante a observação e acompanhamento da implementação. Para ampliar essa contextualização, tive que buscar compreender os discursos e justificativas para a criação do programa, assim como as experiências nacionais e internacionais referidas para o enfrentamento do problema alvo do PMM – a escassez de médicos. Também segui acompanhando a produção acadêmica sobre o Programa que, obviamente, começou a surgir muito recentemente.

Esse percurso à procura de literatura sobre o PMM ampliou minha percepção sobre a política e também serviu como um dos elementos que utilizo para conseguir o distanciamento do objeto e objetivação. A legislação, as produções institucionais, as produções acadêmicas sobre experiências semelhantes serviram para contextualizar e compreender a complexidade e as diferentes dimensões e configurações que o Mais Médicos assumiu nos diversos contextos sociais e políticos.

Em termos reflexivos, essa busca provocou ponderações em torno das preconcepções e ideias decorrentes de minha prática como docente médico e militante por mudanças na formação médica e melhorias no sistema de saúde brasileiro. Ou seja, serviram para incrementar um processo de autoanálise durante a pesquisa.

O processo cartográfico considera que cada ponto de contato no campo suscita uma grande variedade de possibilidades de análise e observação. Somado a isso, há minha caracterização de pesquisador-ator, com múltiplos papéis, a partir da qual todas as interações no campo foram moldadas, o que requereu uma constante autoanálise. Essa caracterização me permitiu ver, conforme Becker (1993), as pessoas com as quais interagi tanto a partir do que falavam quanto das interpretações que tinham sobre os acontecimentos observados/vivenciados.

É possível reconhecer graus distintos de interação com os atores durante a pesquisa de campo. Certamente mantive proximidade maior com o grupo de supervisores das médicas e médicos vinculados ao Programa, já que executo a função de supervisão de alguns profissionais.

Em sequência de proximidade, considerando uma ordem decrescente, havia o grupo de supervisionados, as referências descentralizadas (RD)²⁴ do Ministério da Saúde, os membros da Secretaria Estadual de Saúde, os gestores dos municípios, os trabalhadores das equipes de saúde onde atuavam os profissionais médicos e os usuários das unidades de saúde. Mesmo

²⁴ São os representantes do MS no nível local.

tendo tido mais contato com o grupo de supervisionados, levando em conta os elementos observados na pesquisa, é importante salientar que considero como interlocutora prioritária uma referência descentralizada²⁵ do Ministério da Saúde.

O grupo de mais difícil interlocução, ou mais sensível no sentido da objetivação²⁶, foi o dos médicos supervisionados, em razão da posição de hierarquia que mantínhamos. Para dirimir isso, busquei intensificar a confiança com esses atores. Além disso, dialoguei também com médicas e médicos que não faziam parte do meu grupo de supervisão. Quanto aos demais atores, mesmo havendo, com alguns, uma relação de trabalho com posições distintas, não havia diretamente o olhar fiscalizador, normativamente presente na função de supervisor. Isso é importante ter em vista, dado os atores manterem posicionamentos distintos conforme o grau de proximidade com o pesquisador.

Ainda nesse sentido, mesmo estando vinculado ao grupo de supervisores e ter relação direta com o Ministério da Saúde como consultor externo, o que pressuporia maior possibilidade de captar elementos desse grupo específico, ênfase que não é a proximidade que garante uma boa construção de informação, mas como a proximidade é apropriada sob o olhar investigativo. Por isso, o tempo utilizado no trabalho de campo junto aos interlocutores foi bastante variado e as informações que construí a partir das respostas às minhas indagações dependeram, no final das contas, do meu comportamento e das relações que desenvolvi com o grupo estudado (VALLADARES, 2007).

Durante a pesquisa de campo, um elemento importante foi a observação. Não elaborei uma estrutura rígida para isso, já que no processo cartográfico vamos inventando os procedimentos de observação a cada paisagem pelas quais passamos. Apenas carreguei na bagagem alguns pontos de partida como a data, local e horário da observação; qual a situação observada (reunião da CCE, reunião de supervisores, oficina Locorregional, reunião com equipe de saúde etc.); a preocupação com a identificação funcional dos membros participantes; o motivo do encontro e situações discutidas; a relação entre os participantes e instituições; os resultados produzidos.

Beaud e Weber (2007) definem três situações de observação a partir das características de cada uma delas e orientam o pesquisador na atuação conforme o contexto. As situações são as cerimônias, as interações e os lugares e objetos. Ao longo de minha trajetória, foi possível perceber que tais situações auxiliaram na organização de tudo o que foi construído.

²⁵ Trata-se da “referência descentralizada III”, como o leitor verá mais adiante nesta tese.

²⁶ Bourdieu (2009) comenta que a objetivação, que ele chama de “participante”, é o exercício mais difícil que existe, porque requer a ruptura das aderências e das adesões mais profundas e mais inconscientes, justamente aquelas que, muitas vezes, constituem o “interesse” do próprio objeto estudado para aquele que o estuda.

Considerando o contexto do PMM, é possível fazer analogia da primeira situação, as cerimônias, com as reuniões, seminários e oficinas das quais participei. Nesses cenários, realizei o registro, no diário de campo, das observações após o término da atividade, exercitando sempre uma maior capacidade de notar detalhes e, acima de tudo, considerando sempre a dupla reflexão mencionada antes.

Além das interações observadas nas cerimônias, outras ocorreram muitas vezes e com múltiplos e variados atores e em situações não formais relacionadas ao Programa Mais Médicos, configurando-se como as segundas situações de observação apontadas pelas autoras. Por exemplo, na instituição de ensino que acolhe o PMM, os contatos ocorreram principalmente com o grupo de supervisores, com os tutores acadêmicos e com os médicos participantes do programa. A relação com membros do Ministério da Saúde, integrantes da gestão estadual e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, teve como espaço predominante a sede da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, mas também ocorreu em reuniões na universidade ou em alguns municípios. Com os médicos, o contato ocorria mais nas unidades de saúde onde trabalhavam, mas também houve encontros nas secretarias municipais de saúde e na universidade. Nas unidades de saúde, também interagi com outros trabalhadores da saúde (enfermeiros, recepcionistas, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, auxiliares de saúde bucal, profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf²⁷) e com os usuários dos serviços, além de alguns gestores municipais.

Beaud e Weber (2007) comentam que é difícil saber o momento exato de começar e terminar a observação no campo, e ainda que é importante sinalizar para o leitor o que estamos observando – dar um nome ao evento. Outro desafio foi não transparecer uma posição de controlador ou avaliador, o que em alguns momentos foi difícil por causa de papel de supervisor que tinha. Para isso, foi importante viver as interações estando engajado no momento do evento, e desligado na hora de tomar notas graças à capacidade da escrita de “objetivar”, de “distanciar” após o fato (BEAUD; WEBER, 2007, p. 109). Isso dialoga com a discussão feita por Oliveira (1996), ao explicar que o pesquisador deve olhar com um prisma investigativo, diferente de ver o que está passando na frente. O autor explica que também é importante saber ouvir o campo de maneira especial, encontrando os elementos que se constituem como parte do objeto de pesquisa e os que não. Esse olhar e esse ouvir são

²⁷ Equipe composta por diversos profissionais da saúde (fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, etc.) que trabalham apoiando a ação da equipe mínima (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde) no cuidado às pessoas (BRASIL, 2008).

materializados no escrever quando se distancia do campo de pesquisa, permitindo “textualizar os fenômenos socioculturais observados” (OLIVEIRA, 1996, p. 23).

A terceira situação representa o processo de observação de lugares e objetos, o que para mim são análogos às unidades de saúde, aos locais destinados para reuniões e oficinas, às estruturas de gestão no Estado e municípios. Esses espaços serviram para a contextualização das cerimônias e das interações, e também foram espaços da minha ação no campo, como pesquisador e como participante direto no Mais Médicos. São espaços que carregam vestígios de uma história que, através deles, se impõe aos participantes (BEAUD; WEBER, 2007, p. 111).

Para dar conta de guardar o que consegui captar, foi preciso estabelecer rotineiramente a tarefa de observar, memorizar e registrar. O registro teve lugar em um diário de campo que ganhava corpo após cada evento observado. Ao passo que fazia a descrição do que observava, já realizava a associação com os sentidos vividos nos encontros da pesquisa. É importante mencionar que o processo de elaboração do diário de campo foi diverso: na maioria das situações, especialmente observando as relações entre os atores nas visitas ou reuniões, eu fazia alguns apontamentos no momento que o fenômeno ocorria e após, mais distanciado, elaborava o registro do que havia observado; quando a observação era de um evento ou reunião que eu não estava implicado diretamente, ia fazendo o registro no decorrer da observação. No momento dos registros, eu tentava deixar sinalizado os elementos que chamaram atenção. Foram esses elementos que puderam ser transformados em categorias para o processo analítico do trabalho de campo.

Após registrar todo o material construído, cuja composição seguiu a cronologias dos acontecimentos, procedi ao agrupamento por categorias temáticas que serviram de base para o tratamento analítico. As categorias foram definidas da seguinte maneira: 1 - funcionamento do programa (relação entre aspectos normativos e realidade observada); 2 - papel dos atores envolvidos no PMM (supervisores, médicos, tutores, membros da Comissão Coordenadora Estadual, representantes do Ministério da Saúde, coordenadores do programa nos municípios, gestores); 3 - relações entre profissionais de saúde (relação entre médicos brasileiros e estrangeiros, relação entre médicos do programa e equipe de saúde, relação entre médicos do programa e “especialistas focais”²⁸); 4 - relações entre gestores e médicos do PMM; 5 -

²⁸ Por especialista focal designamos o profissional da medicina que fez formação para lidar com doenças específicas ou determinadas partes do corpo ou determinadas faixas etárias da população, por exemplo: reumatologistas, cardiologistas, pediatras. Esses profissionais geralmente recebem os pacientes que são encaminhados por médicos da Atenção Básica para seguimento do cuidado (ANDERSON; GUSSO; FILHO, 2005).

relações entre supervisores e gestores; 6 - relações entre supervisores e médicos do programa; 7 - perfil dos médicos vinculados ao programa; 8 - relação entre médicos do Mais Médicos e usuários; 9 - condições de trabalho na atenção básica (infraestrutura, disponibilidade de materiais, capacidade de realização de atendimento da Atenção Básica); 10 - gestão da saúde, especificamente da Atenção Básica; 11 - formação e profissão médica; 12 - necessidade de médicos nas equipes de saúde; 13 - profissionalismo; 14 - competência clínica; 15 - trabalho médico na Atenção Básica; 16 - médicos cubanos.

As categorias não foram tratadas analiticamente de maneira isolada, no sentido de dedicar uma parte do texto para cada uma delas, pois elas se interconectam. A categorização foi importante para ter ideia do conjunto de elementos que surgiram no campo. Como já mencionado, o processo da pesquisa percorreu as relações entre pontos de interseção, em que pude observar o desenvolvimento de várias dessas categorias. Ou seja, em uma visita a um município, a observação da relação médicos-equipe de saúde apontava para aspectos do funcionamento do programa (1), papel dos atores (2), relação entre profissionais de saúde (3) e condições de trabalho na atenção básica (9), por exemplo. Como o leitor verá, essas categorias serão discutidas nos diversos capítulos desta tese.

O processo de reflexão e análise seguia de forma concomitante. Não era possível deixar para o final da pesquisa o momento de construção teórica e analítica, a partir das categorias identificadas. Após algumas visitas ou reuniões que participei, foi possível perceber alguns fenômenos semelhantes, como as impressões de alguns trabalhadores das equipes de saúde quanto aos médicos do PMM, por isso que o processo analítico já começou desde o início do campo. Becker (1993) explica que partes importantes da pesquisa são realizadas enquanto o pesquisador está coletando seus dados, assim se constrói um modelo teórico para dar conta do caso específico, com a intenção de refiná-lo à luz de descobertas subsequentes (BECKER, 1993).

Mesmo entendendo que a pesquisa de campo permite uma análise minuciosa dos fatos sociais acompanhados, percebi que, para a cartografia, ainda era preciso mais, especialmente após a identificação dos processos e relações sociais registrados no diário de campo. Dessa forma, outra estratégia utilizada foi a participação na criação (cocriação) e aplicação de um questionário, chamado Mais Médicos - Formulário de Avaliação. O questionário foi idealizado para tutoria²⁹ do PMM para a região litoral do Estado da Paraíba, sendo

²⁹ No Programa Mais Médicos, o tutor é representado por um docente de uma Universidade Federal ou Secretaria Estadual de Saúde ou Escola Estadual de Saúde Pública ou Hospital de Referência, que tem como função orientar o trabalho dos supervisores e compor o grupo coordenador do PMM no Estado. Na Paraíba,

posteriormente aplicado em todo o estado mediante discussão realizada pela Comissão Coordenadora Estadual do programa.

O questionário elaborado tornou-se instrumento de avaliação, na medida em que tutores e supervisores do município de João Pessoa identificaram problemas que chegavam a inviabilizar o trabalho dos médicos nas Unidades Básicas de Saúde. O objetivo do grupo de tutores/supervisores foi identificar as condições de funcionamento da Atenção Básica e suas consequências para o trabalho médico, como estratégia de pressão no Ministério da Saúde ou em outros órgãos fiscalizadores para melhoria das condições de trabalho na AB.

A primeira versão do questionário foi elaborada pelo tutor da região litoral do estado, tendo o formulário passado por diversas revisões tanto no grupo de supervisores quanto na CCE; sendo validado por um grupo de médicos brasileiros e estrangeiros. Considerando meu papel como supervisor, participei de todo o processo de confecção e validação do questionário, bem como de sua aplicação nos médicos, que ocorreu mediante link eletrônico, para preenchimento online.

Apesar de ter sido criado a partir das problemáticas surgidas em João Pessoa, os atores envolvidos na sua elaboração, tutor e supervisores, em conjunto com a CCE, tiveram a ideia de realizar a aplicação aos profissionais de todo o estado. Após visualização do questionário, membros da Comissão Coordenadora Estadual e supervisores de outras regiões da Paraíba perceberam a aplicação do instrumento como uma oportunidade de ter uma dimensão mais ampla da situação do trabalho na Atenção Básica para além da capital. A partir dessa ideia, surgiu a intenção de vincular o questionário ao projeto de pesquisa (como aditivo) que deu origem a esta tese, que tramitava no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPB.

O questionário conta com 121 questões organizadas a partir dos seguintes tópicos: identificação do médico; formação profissional e experiência do médico; identificação do programa de provimento; identificação da Unidade de Saúde da Família (USF); avaliação da estrutura física; avaliação de equipamentos, insumos e medicamentos para atendimento clínico; avaliação de recursos humanos; avaliação do processo de trabalho; rede de saúde; avaliação da supervisão; avaliação da satisfação do médico e informações finais (ver Apêndice A).

considerando o recorte temporal do segundo semestre de 2016, existem quatro tutores que dividem o Estado para melhor acompanhamento.

Com as respostas, foi possível a composição de um banco de dados extenso. Responderam ao questionário 187 médicos vinculados ao Mais Médicos, de uma média³⁰ de 300 profissionais ativos, sendo que 5 responderam duas vezes. Quinze profissionais não consentiram no uso das informações para a pesquisa. Assim, restaram 167 questionários preenchidos que pude utilizar e que foram respondidos no período de dezembro de 2015 a setembro de 2016.

A análise das informações provenientes do questionário, para mim, foi utilizada para a criação de um perfil geral dos profissionais, unidades de saúde e funcionamento do programa, importantes elementos para a cartografia. Essas informações contribuirão para compor partes de diversos capítulos desta tese, especialmente no que diz respeito ao contexto local, aos atores e aos impactos da política.

Duas outras estratégias foram adotadas para conseguir ampliar o entendimento do fenômeno estudado. A primeira foi a realização de nove entrevistas semiestruturadas com alguns atores vinculados às instituições componentes da CCE, que ocupam posições diferentes no PMM. Entrevistei duas profissionais que são referências descentralizadas (RD) do Ministério da Saúde, uma responsável pela região do litoral e outra que acompanha o sertão da Paraíba. Elas foram identificadas e convidadas para entrevista pelo fato de serem de áreas diferentes e poderem dar uma visão geral do Programa no estado. Outra entrevista foi feita com o primeiro tutor acadêmico do Estado, docente vinculado à UFCG, que esteve à frente do processo de adesão da universidade ao Mais Médicos. Além desse tutor, pude entrevistar um dos tutores responsáveis pelo litoral norte do estado e o tutor do Programa que ocupou cargo de coordenador nacional do PMM³¹. Como representantes dos gestores, realizei entrevistas com a coordenadora de Atenção Básica da SES-PB e com a presidente do Cosems-PB. Por fim, foram entrevistados a RD do Ministério da Educação e um membro do grupo de supervisores que também ocupava o cargo de coordenadora do Provac.

As entrevistas ocorreram em momentos diferentes de 2015 a 2017 e foram agendadas conforme disponibilidade dos atores mediante contato via mensagem de celular. Como já

³⁰ Havia certa oscilação no número de médicos “ativos”, que são aqueles que estão atuando nos municípios. Em julho de 2015 havia 280 médicos “ativos”, e em julho de 2016 eram 319 profissionais. Por isso coloquei “média de 300 profissionais” no texto.

³¹ Refiro-me ao professor Felipe Proença de Oliveira, que foi cedido pela UFPB para assumir o cargo de coordenador nacional do Programa Mais Médicos estando, portanto, envolvido em toda a formulação da política e em sua implementação até a mudança de governo em 2016. Do ponto de vista institucional, e para esta pesquisa, esse interlocutor representa o ator mais próximo, e um dos mais importantes, do processo de formulação do PMM no governo federal. Vale salientar que só foi possível acessá-lo, já que entrevistar um funcionário de alto escalão do Ministério da Saúde não é algo simples, através da minha relação direta de trabalho com o ele no mesmo departamento da UFPB.

conhecia todos esses atores, o contato foi fácil. Em 2015, entrevistei na sede da SES-PB a “referência descentralizada” do MEC e a presidente do COSEMS-PB. No ano de 2016, realizei apenas uma entrevista, com uma RD do Ministério da Saúde, que ocorreu na UFPB. O restante das entrevistas foi feito em 2017. Com a “referência descentralizada” que atua no sertão do estado, o contato foi via virtual, através de aplicativo de chamada de vídeo. Na sede da SES-PB, entrevistei um dos tutores, o primeiro está no programa desde o início, e também a coordenadora de Atenção Básica do estado da Paraíba. Para entrevistar um dos tutores, marcamos na UFPB, após uma de suas aulas. O outro tutor, assim como a coordenadora do Provac foram entrevistados em suas residências, após agenda prévia dependendo da disponibilidade deles. Cada encontro durou cerca de uma hora. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foi feita a gravação da entrevista para transcrição e análise posterior.

As seguintes questões foram utilizadas como norteadoras das entrevistas: Qual é e como está organizada sua inserção no Programa Mais Médicos? Como vem ocorrendo o processo de implementação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba? Como está a relação entre o processo de implementação e a proposição normativa? Quais as questões locais e suas implicações na implantação da estratégia? Como tem repercutido sobre as instituições? Quais as implicações para o ensino e formação na medicina? Como tem sido a relação com as gestões municipais? Existe alguma diferença entre equipes que incorporaram um profissional brasileiro e equipes que incorporaram um estrangeiro?

As respostas foram analisadas e estão dispostas em diferentes capítulos desta tese, conforme o que ali se discute.

A segunda estratégia foi a aplicação de outro questionário (Apêndice B), desta vez nos gestores, com o objetivo de construir o perfil desse grupo de interlocutores. A ideia da elaboração do questionário para os gestores municipais surgiu durante a entrevista com a presidente do Cosems-PB, pelo fato de ela ter mencionado que não conseguia dimensionar como estava o PMM no estado. A gestora comentou que sabia “que os secretários de saúde, em sua maioria, apoiam o Mais Médicos”, mas não tinha ideia de como os médicos estavam distribuídos pelas localidades e nem como os gestores estavam percebendo o trabalho dos profissionais de maneira sistemática. Assim, traçar um perfil desses gestores pareceu importante para a pesquisa.

O questionário foi elaborado contemplando aspectos que permitiram: configurar o perfil dos gestores quanto ao tempo no cargo, profissão, experiência de gestão; conhecer características da organização da Atenção Básica nos municípios, como número de equipes de

saúde, equipes com médicos do PMM, equipes em zona urbana ou rural; e compreender como o PMM foi sendo incorporado no sistema de saúde local. A proposta de questionário foi apresentada à representação do Cosems e em seguida foi encaminhado por meio eletrônico (link online) para os gestores. De pouco mais de 120 municípios vinculados ao MM, 48 responderam. As informações analisadas integram toda a tese e a figura abaixo permite visualizar a distribuição espacial dos municípios cujos gestores responderam o questionário, evidenciando a participação de localidades de todo o estado.

Figura 1 – Distribuição dos municípios que responderam ao questionário sobre a implantação do PMM na Paraíba



Fonte: Elaborado pelo autor

Para aprofundar os fenômenos observados, organizei as ideias para o texto considerando a trajetória que vinha desenvolvendo, com a chegada ao município inaugurando os resultados do processo de observação. Nessa chegada, como uma parada na viagem que estive fazendo durante a pesquisa, os primeiros elementos evidentes decorreram da relação com os trabalhadores das secretarias de saúde e com os gestores da saúde, como secretários ou secretárias de saúde, coordenadores municipais da Atenção Básica, digitadores do e-SUS; assessores; coordenadores do PMAQ; secretários administrativos da secretaria de saúde. Na maioria das localidades, iniciei o contato assumindo a identidade do *eu supervisor*. Essa aproximação era ao mesmo tempo tranquila e conflituosa. A aproximação com o gestor principal (secretário ou secretária de saúde) foi relativamente fácil, especialmente nos

municípios menores, havendo alguém destinado a me aguardar quando chegava à secretaria de saúde. A partir da apresentação inicial, tive o cuidado de falar sobre minha outra identidade, a do *eu pesquisador*, mostrando o projeto de pesquisa e os demais documentos encaminhados ou provenientes do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB. Assim, foi tranquilo ter acesso ao campo. O conflito aparecia quando havia necessidade de exercer um dos papéis de supervisão, o de fiscalização do trabalho dos médicos ou a observação das atribuições dos municípios.

2.4.2 As paisagens encontradas pelo caminho

No tópico anterior minha intenção foi explicar como foram construídos os caminhos da pesquisa, que ferramentas ou estratégias foram utilizadas para conseguir construir a cartografia do Programa Mais Médicos, ou que bagagens transporte por toda a trajetória. Por questão de organização textual, apresento neste tópico os lugares, os pontos de interseção com os atores, as paisagens que vi durante o caminho.

Durante o período de fevereiro de 2014 a dezembro de 2016, foram acompanhadas nove ações ou atividades distintas relacionadas aos *programas de provimento* – assim chamados pelo Ministério da Saúde – Mais Médicos e Provab³². Essas ações consistiram em: visitas de supervisão do Mais Médicos e do Provab, Oficinas Locorregionais do Projeto Mais Médicos³³, Reuniões da Comissão Coordenadora Estadual do PMM na Paraíba, Seminário do Programa Mais Médicos, Reuniões com supervisores do Mais Médicos e do Provab, Reuniões com médicos do Provab e do Mais Médicos, Reuniões com Gestores, Reunião sobre o Provab na Paraíba e entrevistas com alguns atores vinculados ao Mais Médicos. Para sistematizar melhor, compus o quadro abaixo com as principais informações sobre as ações acompanhadas.

³² Apesar de o Provab já ter sido encerrado, o seu acompanhamento foi considerado aqui como processo da pesquisa, pelo fato de funcionar como elemento contextual do campo e de minha atuação no campo, mas principalmente porque ele foi adicionado ao escopo do Programa Mais Médicos a partir de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015a).

³³ Como já dito antes, o Projeto Mais Médicos corresponde à parte do Programa Mais Médicos referente à alocação de médicos nas unidades de saúde, tanto brasileiros quanto estrangeiros, caracterizando o provimento emergencial (BRASIL, 2013c).

Quadro 1 - Sistematização das ações acompanhadas durante a pesquisa

Atividade	Público presente/local	Número de ações acompanhadas/período
1. Visitas de supervisão do Mais Médicos	Médicos, outros profissionais da equipe de Atenção Básica, gestores locais/ Unidades Básicas de Saúde ou Sedes das Secretarias de Saúde dos municípios de Mamanguape, Riachão, Cruz do Espírito Santo, Caldas Brandão, João Pessoa, Cabedelo, Mogeiro e Pilar	55 visitas Fevereiro de 2014 a novembro de 2016
2. Visitas de supervisão do PROVAB	Médicos, outros profissionais da equipe de Atenção Básica, gestores locais/ Unidades Básicas de Saúde de João Pessoa	20 visitas Março de 2014 a setembro de 2015
3. Oficinas Locorregionais do Projeto Mais Médicos	Tutores acadêmicos do PMM, Representantes do Ministério da Saúde e da Educação, Supervisores do PMM, secretários de saúde ou representantes das secretarias municipais de saúde, médicos atuantes no programa/UFCG em Campina Grande e UFPB em João Pessoa	8 oficinas Março de 2014 a junho de 2016
4. Reuniões da Comissão Coordenadora Estadual do PMM na Paraíba	Tutor acadêmico do Mais Médicos, Coordenação do PROVAB, Representante da SES-PB, Representantes do Ministério da Saúde e da Educação, Representante do COSEMS-PB/SES-PB em João Pessoa	12 reuniões Abril de 2014 a abril de 2016
5. Seminário do Programa Mais Médicos	Ministro da Saúde, Deputado Federal Rogério Carvalho, Secretário Estadual de Saúde, Secretário de Saúde de João Pessoa, Secretarias de saúde de alguns municípios paraibanos, Tutor acadêmico do PMM, Coordenação do Mais Médicos, Membros da Associação Cultural José Martí, Médicos vinculados ao Mais Médicos/João Pessoa	1 seminário 10 de junho de 2014
6. Reuniões com supervisores do Mais Médicos e do PROVAB	Tutores acadêmicos do PMM, Coordenação do PROVAB, Representantes do Ministério da Saúde e da Educação, Supervisores dos programas Mais Médicos e PROVAB/UFPB em João Pessoa	9 reuniões Junho de 2014 a dezembro de 2016
7. Reuniões com médicos do PROVAB	Médicos atuantes no PROVAB em João Pessoa	2 reuniões 24 de setembro de 2014 e 21 de maio de 2015
8. Reuniões com Gestores	Secretários de saúde, coordenadores da Atenção Básica/ Sedes das secretarias de Saúde de Mamanguape, Cruz do Espírito Santo e João Pessoa	4 reuniões Abril de 2015 a Junho de 2016
9. Reunião sobre o PROVAB na Paraíba	Médicos, supervisores, Coordenação do programa, gestores, representantes da SES-PB, representantes do MS, representantes do MEC	2 reuniões 9 de outubro de 2014 e 12 de julho de 2015

Fonte: Informações do autor.

Aqui apresento os cenários a partir de uma visão geral, buscando fornecer elementos que contribuam para o entendimento do *locus* de observação, valorizando a cerimônia, as interações e os lugares e coisas (BEAUD; WEBER, 2007). Especificamente, caracterizo essa observação da seguinte forma:

1. Visita aos médicos do Projeto Mais Médicos: Foram realizadas 55 visitas, sendo 9 no Município de Mamanguape, 1 em Riachão, 12 em Cruz do Espírito Santo, 15 no Município de Caldas Brandão, 12 em João Pessoa, 1 em Cabedelo, 4 no Município de Mogeiro e 1 no Município de Pilar. Quase todas essas visitas, exceto uma em Mamanguape, uma em Cruz do Espírito Santo, uma Cabedelo, duas em João Pessoa e uma no Município de Mogeiro. Essas visitas eram parte da atividade de supervisão dos médicos que atuavam ou atuam nas localidades mencionadas, e parte da observação de campo da pesquisa. Destas, 6 foram feitas exclusivamente para observação de elementos da pesquisa, com o intuito de construir informações que não haviam ficado claras em outras ocasiões. Foram 4170 quilômetros de território necessários para execução das observações.

Os municípios visitados, incluindo João Pessoa, além do número representativo de médicos no estado da Paraíba, foram definidos em parceria com a tutoria acadêmica³⁴ para a realização das visitas de supervisão. Como a coordenação estadual do Mais Médicos tem sede na Secretaria de Estado da Saúde, que fica na capital, nossa vinculação com essas localidades ocorreu também para conseguir acompanhar mais processos – visitas e reuniões da CCE –, o que seria difícil se as distâncias percorridas tivessem que ser maiores.

Durante as visitas, o contato preferencial era com o profissional médico que atua ou atuava na Unidade Básica de Saúde definida pelo Município, porém interagi com outros profissionais das equipes de saúde (enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, profissionais do NASF), coordenadores da Atenção Básica, coordenadores do PMM no Municípios, Secretários de Saúde e usuários. Nesse sentido, foi possível identificar pontos de vista diferentes sobre a implementação do Programa Mais Médicos dos vários atores envolvidos no âmbito municipal.

Cada visita durava cerca de 2 a 3 horas, o que permitia realizar mais de uma, mas apenas dentro do mesmo município. Assim, em geral, cada município era percorrido em um turno do dia. Na maioria das vezes, mantinha contato com os médicos e com as referências locais do Programa no município (que variam de acordo com a localidade, podendo ser o coordenador de Atenção Básica, coordenador local do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB³⁵, secretário de saúde adjunto ou

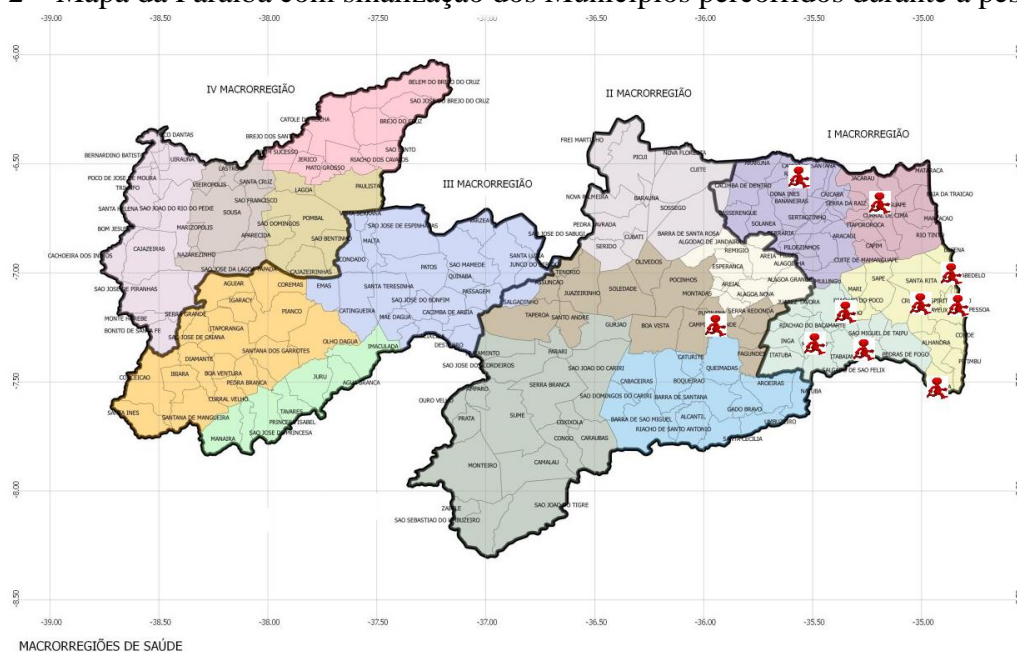
³⁴ Ênfase que a tutoria acadêmica, desde o início, acompanhou a intenção e o desenvolvimento da pesquisa.

³⁵ PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho

secretário de saúde) para comunicar o dia e horário em que estaríamos ali. Porém, algumas vezes cheguei a ir ao município sem aviso prévio, para observar a dinâmica de forma espontânea, não preparada para a minha presença, o que rendeu elementos.

A figura abaixo representa o mapa da Paraíba dividido por Regiões de Saúde³⁶ onde estão sinalizadas (em vermelho) as localidades percorridas. Note-se que das 16 Regiões de Saúde sinalizadas por cores diferentes no mapa do estado, estive em 5, sendo as da Região de João Pessoa (Região 1) e de Campina Grande (Região 2) as maiores em termos populacionais.

Figura 2 – Mapa da Paraíba com sinalização dos Municípios percorridos durante a pesquisa.



Fonte: COSEMS-PB, modificado pelo autor.

Em cada visita aconteceu algo diferente da anterior. Em geral, as ações realizadas ou observadas foram: observação de consultas dos médicos, observação do fluxo de pessoas na Unidade de Saúde, observação da organização dos documentos na USF, do horário de funcionamento, das reuniões de equipe, da interação interprofissional, de atividades com grupos de pacientes, de visitas domiciliares, discussão sobre problemas na unidade.

das equipes de saúde e eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes (BRASIL, 2015b).

³⁶ A Paraíba tem 16 Regiões de Saúde. “As Regiões de Saúde são instituídas pelo Estado em articulação com os Municípios e devem garantir, pelo menos, os seguintes serviços: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde” (BRASIL, 2011f).

2. Visita aos médicos do Provab: foram realizadas, com papel de supervisor, 20 visitas no município de João Pessoa, nas Unidades de Saúde do Bessa, Bairro São José, Castelo Branco I, Castelo Branco III, Bancários, no território do Distrito Sanitário³⁷ V; Unidades Verdes Mares (Mangabeira), Nova União (Mangabeira) no Distrito Sanitário III; Unidade de Saúde Integrando Vidas (comunidade Citex no Geisel), no Distrito II; e as unidades Cidade Verde (Bairro das Indústrias), Indústrias II e Bairro dos Novais Integrada no Distrito Sanitário I.

As visitas às unidades de saúde, distribuídas em quatro dos cinco Distritos Sanitários da cidade, permitiram construir uma visão ampliada da Atenção Básica em João Pessoa, reforçada pela atuação do pesquisador como docente em algumas outras USF. Além disso, como o Mais Médicos e o Provab foram integrados, essas visitas serviram para ampliar as reflexões sobre o papel da supervisão nos chamados programas de provimento, e também contribuíram com elementos para entender as relações entre os programas e a gestão municipal.

Cada visita durou cerca de 2 ou 3 horas, sendo possível visitar mais de uma unidade de saúde no mesmo turno. No início, 2014, as visitas eram sempre agendadas com os médicos, porém foi possível perceber, através do diálogo com outros atores (membros das equipes e usuários), que havia uma atuação diferente do dia em que eu não estava por perto. Dessa forma, passei a ir às unidades sem informe antecipado, o que permitiu maior espontaneidade dos atores. As ações desenvolvidas ou observadas nas visitas foram semelhantes às citadas para o Mais Médicos.

3. Oficina Locorregional do Projeto Mais Médicos: Foram realizadas 8 oficinas, sendo 1 em Campina Grande e 7 em João Pessoa. As oficinas ocorreram nas respectivas universidades federais de Campina Grande e da Paraíba. As Oficinas Locorregionais são eventos previstos normativamente para o Projeto Mais Médicos e acontecem com periodicidade trimestral, exigindo a participação de supervisores e médicos vinculados ao programa, e abertas à participação dos gestores, de forma facultativa. No início, em 2014, havia participação de alguns gestores, especialmente coordenadores de Atenção Básica dos municípios, mas sem muita expressividade (3 ou 4 municípios, dos mais de 100, eram representados). Com o tempo, os gestores passaram a não frequentar as oficinas, exceto quando havia um convite

³⁷ A cidade de João Pessoa é dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), designados pelos números I, II, III, IV e V. Cada DS possui um conjunto de Unidades de Saúde da Família. Durante a pesquisa, apenas o Distrito Sanitário IV não foi visitado, por causa da distribuição dos médicos.

formal. Como a maioria das oficinas ocorreram em João Pessoa, representantes da gestão local mantiveram a participação assídua.

Nas oficinas das quais participei, foram discutidos temas variados, desde organização das ações nas unidades de saúde até debates sobre temas clínicos. Em geral, os temas das oficinas eram definidos nas reuniões de supervisores, sob a orientação do tutor acadêmico, e ocorriam um mês antes da data marcada para a oficina. Mais recentemente, a escolha dos temas passou a contar com a opinião dos médicos de forma mais direta.

4. Reunião da Comissão Coordenadora Estadual da Paraíba: Foram 12 reuniões, todas na Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Consideramos a CCE o elemento central de implementação da política de saúde no estado da Paraíba pelo fato de ser composta por representação de todos os atores institucionais vinculados ao Mais Médicos. Os membros participantes da comissão são: os representantes ou chamados RD do Ministério da Saúde; coordenadora³⁸ e técnicos da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde; as universidades federais através dos tutores do Projeto Mais Médicos (docentes da UFCG e da UFPB); a coordenação do Provac, também docente da UFPB; RD do Ministério da Educação e representantes do Cosems-PB.

As reuniões tiveram periodicidade variável, em geral a cada 15 dias, e os temas para debate foram levados pelos membros participantes, como, por exemplo: discussão sobre o uso do recurso financeiro destinado às CCE e organização dos processos administrativos da comissão; problemas identificados nos municípios como o não pagamento dos auxílios aos médicos ou dificuldades de adaptação dos profissionais nas localidades; elaboração dos fluxos administrativos de denúncias ocorridas nos municípios; análise dos processos de remanejamento de médicos de um local para outro; construção de eventos dos programas de provimento; estabelecimento de medidas disciplinares para médicos ou supervisores que não cumprem as funções estabelecidas pelo Programa.

5. Seminário intitulado Mais Médicos para o Brasil, Mais Saúde para os brasileiros: o seminário foi promovido pelo MS e realizado, no estado da Paraíba, na Estação Cabo Branco, em João Pessoa, no dia 10 de junho de 2014. O evento contou com a presença do Ministro da Saúde Arthur Chioro; do Deputado Federal pelo estado de Sergipe Rogério Carvalho, relator da Lei do Mais Médicos; do Secretário Estadual de Saúde; do Secretário de Saúde de João

³⁸ A coordenadora da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde ocupava o cargo de coordenadora da CCE.

Pessoa; do representante do conselho de secretários municipais de saúde, de representantes da associação cultural José Martí; e do Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

O público alvo foi composto por médicos vinculados do PMM (brasileiros e estrangeiros), gestores municipais e estaduais, supervisores e membros de meios de comunicação. O evento teve duração de uma tarde e integrou um conjunto de ações de divulgação do Programa no país.

De maneira geral, todos os membros falaram sobre a importância do programa para o país e sobre a intenção da resolução do problema da falta de médicos nas UBS. Especificamente, o Deputado Federal Rogério Carvalho e o Ministro Arthur Chioro comentaram sobre os embates políticos que o PMM suscitou, principalmente com as entidades médicas, em razão da disputa por mudanças na formação médica no Brasil.

6. Reunião entre Supervisores: Foram 9 reuniões, sendo 2 do Provab e 7 do PMM. As reuniões do Mais Médicos e a do Provab ocorreram na UFPB, no Centro de Ciências Médicas. Uma outra reunião do Provab teve lugar na sede da Associação Médica em Campina Grande. As reuniões eram planejadas com antecedência, algumas vezes, de até trinta dias, e foram coordenadas pelo tutor, no caso do Mais Médicos, ou pela coordenadora do Provab.

As reuniões tinham objetivos planejados antecipadamente e visavam discutir o andamento do Programa, as dificuldades encontradas pelos supervisores, elementos para a implementação da política, elaboração de fluxos para processos administrativos, tais como: licença dos profissionais; denúncias de má conduta profissional ou clínica. Ou seja, esses encontros permitiram ampliar a visão do processo de supervisão em termos de estratégias de práticas profissionais. Nesse sentido, essas reuniões serviram para o meu processo de objetivação durante a pesquisa, o que me fez sair do papel de supervisor e assumir o de pesquisador.

7. Reunião com médicos do Provab: acompanhei 2 reuniões para discussão de temas e situações específicas. As reuniões foram propostas pelos profissionais ligados ao Provab, em razão das precárias condições das unidades de saúde que comprometiam o trabalho na Atenção Básica. Essas reuniões ocorreram na UFPB, particularmente no Centro de Ciências Médicas e duraram cerca de quatro horas.

8. Reuniões com gestores: Foram realizadas 4 reuniões, sendo 2 em João Pessoa, 1 em Mamanguape e 1 no Município de Cruz do Espírito Santo. Cada encontro durou quatro horas.

Em João Pessoa, elas aconteceram no Centro de Ciências Médicas da UFPB e tiveram como objetivos a discussão de problemas ocasionados por alguns médicos; a necessidade, identificada por supervisores e médicos, de melhorias de infraestrutura e disponibilidade de materiais e medicamentos e, principalmente, a quantidade de habitantes vinculados a uma equipe de saúde, considerada excessiva por muitos profissionais e supervisores.

Em Mamanguape, o evento organizado pela coordenação de Atenção Básica teve o objetivo de discutir um protocolo para encaminhamentos³⁹ de pacientes para a especialidade de endocrinologia, com o intuito de estabelecer algumas rotinas de encaminhamento dentro do município. Participaram da reunião a coordenação de atenção básica, a coordenação do laboratório da cidade, todas as enfermeiras das unidades de saúde, uma técnica de enfermagem e seis médicos do total de dezenove.

A reunião em Cruz do Espírito Santo foi planejada pela coordenação de Atenção Básica e contou com a presença de todas as enfermeiras, de profissionais do NASF, da Secretária de Saúde e 5 dos 6 médicos do município. O tema da reunião foi discutir o acesso das pessoas às unidades de saúde, através do acolhimento. O encontro durou quatro horas.

9. Reuniões sobre o Provac: duas reuniões com objetivos diferentes. Uma dedicada à apresentação do Programa aos médicos que ingressaram no Programa. O encontro foi planejado pela CCE e teve como objetivo a apresentação das normativas do programa e dos membros coordenadores para criação de uma referência para os médicos. A reunião ocorreu no auditório do Centro de Formação de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde e contou com aproximadamente 45 profissionais médicos além da coordenação do programa, alguns supervisores, membros do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

A segunda reunião que acompanhei ocorreu no auditório do Conselho Regional de Odontologia da Paraíba e teve como objetivo apresentar uma avaliação do Programa para médicos, gestores e supervisores do Município de João Pessoa. Participaram da reunião, durante todo o dia, cerca de 30 médicos, diretores dos Distritos Sanitários, Coordenação de Atenção Básica, alguns supervisores, coordenação do programa e RDs do Ministério da Saúde.

³⁹ Essas reuniões para discussão de protocolo de encaminhamento são realizadas quando a equipe de Atenção Básica identifica um problema que requer a avaliação de profissionais especialistas focais. Nesse caso, os profissionais médicos, e, às vezes, enfermeiros elaboram um relatório das condições de saúde da pessoa atendida e uma consulta com o especialista é agendada para continuidade do cuidado.

Como dito antes, minha intenção com essas descrições é possibilitar ao leitor compreender o percurso realizado durante a pesquisa. As informações das situações observadas/vivenciadas estão dispostas de maneira geral, caracterizando um momento ideal ocorrido, já que cada encontro foi diferente do outro. A partir dessa visão geral, é possível perceber o conjunto de elementos utilizados para a construção da cartografia. Em cada encontro, em cada experiência, em cada passo dado na cartografia, foi possível olhar a realidade de maneira diferente, permitindo a construção das informações necessárias para o processo analítico da política pública que é o Programa Mais Médicos.

3 SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E O CAMPO DA MEDICINA

3.1 Pensando as relações entre Estado e sociedade

Como já foi dito a partir dos argumentos de Cortes e Lima (2012), estudar as políticas públicas sociologicamente é discutir as relações entre Estado e sociedade. Assim, é importante compreender alguns conceitos que apoiam as trajetórias feitas durante esta investigação.

Souza (2006) escreve, a partir da revisão da produção acadêmica, sobre como as políticas públicas se constituíram como área do conhecimento. Com essa revisão, a autora explica que o estudo das políticas públicas contou com quatro grandes “pais” fundadores provenientes do campo disciplinar das ciências políticas nos Estados Unidos: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. De acordo com a autora, o marco histórico de surgimento dos estudos das políticas públicas nas ciências sociais adveio das análises das ciências políticas ocorridas no início do século XX (SOUZA, 2006).

A autora traz elementos históricos referindo que o termo *policy analysis* (análise de política pública) foi introduzido por Laswell no final dos anos 1930, com o propósito de conciliar o conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos, ou seja, o autor defendia que as ações governamentais poderiam e deveriam ser objeto de estudos científicos. Dessa forma, o pressuposto analítico que regeu a constituição e a consolidação dos estudos sobre políticas públicas, a partir da década de 1930 até o final dos anos 1960, nos Estados Unidos, é o de que aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes que estão fora dos governos (SOUZA, 2007).

Observando esse contexto histórico, especialmente após a II Guerra Mundial na Europa, a ação do Estado se materializou de maneira profunda na organização de diversas políticas sociais que tinham o objetivo de garantir melhorias nas condições de vida da população. Essas políticas compuseram o chamado Estado de Bem-Estar Social, e tinham como foco o enfrentamento das condições de saúde, educação e social das pessoas. Nesse contexto europeu, a análise de políticas públicas enfatizava, portanto, a ação do Estado, o que ampliava a sua caracterização como disciplina acadêmica em uma área de conhecimento relacionada às ciências políticas e sociais. Por exemplo, nesse período, surgiu na Grã-Bretanha, em 1948, o Sistema Nacional de Saúde, com sigla proveniente do inglês National

Health Service (NHS), um símbolo do Estado de Bem-Estar Social em uma Europa destruída pela guerra. A partir da criação do NHS, diversos estudos contribuíram para a análise dos impactos, para reformas e revisão das ações do sistema (TANAKA, OLIVEIRA, 2007; WARREN, 2000).

Chrispino (2016), contextualizando o seu surgimento, explica que:

A política pública enquanto área do conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos Estados Unidos, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisa nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado – o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas. No EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (CHRISPINO, 2016, p. 17).

Como o autor aponta, a diferença inicial entre os estudos europeus e as análises estadunidenses é um elemento contextual da construção do campo disciplinar da análise das políticas. Nesse sentido, ele argumenta que os estudos europeus eram mais focados nas definições dos papéis do Estado e caracterização das instituições estatais, a exemplo da criação do Sistema Nacional de Saúde inglês que teve como base a ideia de um Estado provedor de serviços de saúde (Estado Social); já as análises estadunidenses, vinculadas a um Estado Liberal, abordavam principalmente os resultados e impactos do que era produzido por propostas governamentais.

Outro elemento importante na construção do campo disciplinar das políticas públicas é a diferenciação entre as análises políticas e os estudos políticos. A primeira tende a focar na avaliação formal dos efeitos ou impactos diretos e indiretos das políticas, utilizando, geralmente, técnicas quantitativas de pesquisa com inferência estatística. Já os segundos, os estudos políticos, enfatizam, além dos impactos e efeitos, os processos de composição das políticas públicas (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Assim, os estudos políticos remetem menos a uma visão normativa e descritiva da política pública e mais a uma análise das relações de poder entre os grupos e instituições que as compõem e como se expressam na orientação do Estado. Considerando essa diferenciação, é possível dizer que, nesta pesquisa sobre o Programa Mais Médicos, houve maior

aproximação com o conceito de estudo político, já que o elemento central da investigação foi a implantação do Programa. Certamente, os aspectos normativos e procedimentais do Programa Mais Médicos precisam ser observados e refletidos, mas foram mais observados os processos e atores envolvidos na construção e implantação da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 69).

No campo da sociologia, a partir da revisão feita por Cortes e Lima (2012), os estudos das políticas públicas têm se desenvolvido desde a análise das relações entre os atores envolvidos na formulação e implantação da política, dos aspectos cognitivos e normativos, e da estrutura e instituições sociais implicadas com determinada política. Nesse sentido, as autoras dão um acréscimo significativo para a análise de políticas públicas, uma vez que apresentam as linhas que permitem uma visão geral dos fenômenos componentes das políticas e também por apontarem esses fenômenos como base para a compreensão da relação entre o Estado e a sociedade.

Sob essa perspectiva, falar de política pública é falar do Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação. No caso desta tese, o setor é o da saúde, mais especificamente o da Atenção Básica do SUS.

Segundo Chrispino (2016, p. 19), uma política pública corresponde à ação intencional de governo que vise atender à necessidade da coletividade e cuja efetivação se faz pelo uso do aparelho do Estado. Nesse sentido, a formulação, disputas e implantação do Programa Mais Médicos pode representar uma ação concreta de governo em face de uma problemática persistente no Sistema de Saúde brasileiro: a escassez de médicos principalmente em áreas distantes, remotas e de difícil acesso. Enquanto problema social e político, a escassez de profissionais foi alvo de outras políticas ao longo da história do país, formuladas e implementadas por outros governos, fato que será apresentado mais adiante.

Ainda no âmbito da definição das políticas públicas, Nirenberg (2013, p. 13) refere que:

As políticas públicas constituem o conjunto de objetivos, decisões e ações que leva a cabo um governo para solucionar os problemas que, em determinado momento histórico, os cidadãos e o próprio governo consideram prioritários. São estratégias

intencionais, dirigidas a objetivos que se deve alcançar, fazendo convergir uma visão e uma ação de longo prazo, mas com efeitos também em curto e médio prazos.

A autora sinaliza aspectos conceituais importantes sobre políticas públicas correlacionados com o problema em tela: 1. Falar de objetivos, decisões e ações caracteriza um movimento, o trânsito pelas linhas entre pontos de interseção no campo da política e no campo de pesquisa, movimento importante para a realização da cartografia; 2. Há relação da política com o momento histórico, que no caso do Programa Mais Médicos é a relação com o período de um governo que não está mais conduzindo a política; 3. Os problemas foco da política são considerados importantes para governo e população, o que permite sua entrada na agenda política, o que ocorreu após as manifestações sociais de 2013; 4. As estratégias das políticas visam objetivos a curto, médio e longo prazo, o que pode ser caracterizado, na política foco, pela existência de um eixo de provimento emergencial (curto e médio prazos) e de um eixo de formação para o SUS (longo prazo).

Observando por esse lado, percebe-se uma linha conceitual das políticas públicas de modo positivo, ou seja, como uma ação intencional que visa resolver algo considerado problema para o governo e a população. Essa ação se constitui a partir de uma decisão política. No entanto, há um limite nessa abordagem conceitual, caso não seja considerado um outro lado, o da decisão de não ação, de omissão, de não fazer, que também é uma ação política relacionada à manutenção do *status quo* (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Ou seja, a política pública traduz não só as possibilidades, mas também os limites da ação estatal que dependem da inter-relação de forças no campo político (AUGUSTO, 1989). Nesse campo, os atores representantes do Estado não são uniformes, havendo interesses políticos e ideológicos distintos. Considerando ainda os níveis federal, estadual e municipal do Estado brasileiro, multiplicam-se ainda mais esses interesses. Além disso, também não há homogeneidade nos posicionamentos da sociedade. No caso do posicionamento das entidades médicas sobre o PMM, por exemplo, a resistência à vinda de médicos estrangeiros não era unanimidade entre todos os médicos do Brasil.

A formulação de determinada política pública depende, então, da visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, o que vai levar ou não à proposição de políticas públicas, e também varia de acordo com a natureza do regime social e as mudanças na economia. Além disso, a atuação de grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) interfere na chamada

arena política, seja na demanda, seja na proposição e integração de uma política pública (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Nesse contexto, diante dessa multiplicidade de grupos sociais envolvidos nos processos de elaboração e implantação de políticas públicas, um importante elemento a ser considerado nos estudos políticos é como se percebe o papel do Estado, pois o objeto prioritário da interferência estatal são as questões definidas institucionalmente como estando ligadas ao interesse geral da população ou público. Como explica Augusto (1989, p. 107),

o âmbito do que se qualifica como público, ligado ao interesse geral, não é delimitado de maneira isenta, uma vez que o Estado é um lugar de domínio e de conflitos, contraditório em sua natureza, e não um espaço de neutralidade, situado além e acima das diferenças constitutivas do social.

Nesse espaço contraditório de interesses, é mais comum prevalecer o argumento dos atores com maior *capital social* e que, conseqüentemente, tendem a definir e nortear as políticas públicas para um determinado setor. Bourdieu (1980) explica que o volume do *capital social* que um determinado agente social possui depende da extensão da rede de conexões à qual ele está ligado e do volume de capital (econômico, cultural ou simbólico) que cada integrante dessa rede possui. Assim, grupos com grande volume de capital social, a exemplo dos médicos, têm possibilidade de direcionar parte dos elementos de uma política para satisfação própria.

Nesse sentido, não basta apenas o problema ser relevante ou ter repercussão social para entrar na agenda de formulação de uma política pública. Kingdon (2014) explica que um tema surge como prioritário apenas em determinadas circunstâncias, após uma maturação do processo político e em uma situação específica, observados os interesses dos envolvidos. Essa maturação corresponde ao processo de disputas no campo político e na sociedade. Estão em jogo os interesses dos sujeitos envolvidos com o campo foco da política, uma disputa na qual os atores possuem *capitais* diferentes.

É como comenta Augusto (1989, p. 107, grifo da autora):

[...] ainda que a atuação estatal exprima a capacidade de atender a uma multiplicidade heterogênea de interesses através de políticas que possuam caráter geral e universalizante, o sentido assumido por esta ação revela certa forma de hierarquizá-los – nem sempre apreensível de imediato – numa direção que *privilegia alguns desses sujeitos*, conforme seus interesses, posições e lugares.

Ao caracterizar a atuação estatal como ação de interesse geral e universalizante, o Estado tenta atender a multiplicidade de interesses que o pressionam na proposição de uma política pública. A autora reforça que a análise de uma ação política permite uma apreensão da forma hierarquizada e privilegiada como “alguns sujeitos são atendidos, conforme seus interesses posições e lugares” (AUGUSTO, 1989, p. 107). Nesse sentido, os atores sociais podem estar em posições distintas na arena política, visando reproduzir e acumular poder, como assinalam Montagner e Montagner (2010).

Na área da saúde, por exemplo, as políticas se “referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde”, mas também “abrangem questões relativas ao poder em saúde” (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Diante disso, é possível dizer que o Programa Mais Médicos, por um lado, foi criado para a resolução de um problema de interesse geral das pessoas que não tinham acesso ou tinham acesso limitado à assistência médica, e, por outro, atendeu de maneira significativa interesses de gestores municipais (prefeitos) que passaram a garantir, mesmo que indiretamente⁴⁰, a presença mais constante do médico na localidade. Acrescente-se que outro grupo de sujeitos interessados são o coletivo de médicos, na medida em que passam a receber diversos incentivos para a sua atuação, tal como uma remuneração em forma de bolsa⁴¹ e formação continuada. Para os primeiros atores (prefeitos), o programa interessava principalmente por sua dimensão política, não aquela dimensão relacionada ao acesso da população às ações de saúde ou às mudanças na formação médica; já para os segundos atores (médicos), o PMM interessava em razão do ingresso no mercado de trabalho com uma remuneração expressiva, da segurança de manutenção no trabalho e pagamento em dia e das facilidades quanto ao acesso a cursos de especialização.

Nota-se que alguns atores, quando da elaboração da política, foram mais valorizados do que outros. Outro exemplo interessante na formulação do Programa Mais Médicos que demonstra isso foi a ausência do governo do estado nos primeiros documentos da política. A relação estabelecida era direta entre o nível federal e o municipal. Na arena política, por pressão dos estados, esse ator passou a integrar o PMM, recebendo a função de coordenação da Comissão Coordenadora Estadual.

Apropriando-me ainda da ideia de que uma política pública corresponde a uma ação estatal voltada para o coletivo, o objeto de estudo desta tese pode ser tratado como uma

⁴⁰ Pelo fato de não contratarem diretamente o médico, o que reduz a carga orçamentária local.

⁴¹ Durante a pesquisa, observei que os profissionais achavam interessante essa modalidade de pagamento pelo fato de ser recebido um valor “líquido” sem “taxação de impostos”.

política social. Cohen e Franco (2013) apontam que o princípio orientador e inalienável da política social é a procura da equidade, o que implica a satisfação das necessidades básicas da população, priorizando-as segundo seus graus de urgência relativa, que no caso do meu objeto de estudo – o PMM – tem como base a desigualdade no acesso ao cuidado em saúde, pela inexistência de profissional da medicina em muitas Unidades Básicas de Saúde do Brasil.

Ainda sobre esse conceito de política social, Augusto (1989) explica que as ações estatais a ela (política social) vinculada têm caráter compensatório e redistributivo e, tendo o Estado como seu agente definidor, podem ser vistas como importante instrumento de controle dos antagonismos sociais⁴², a exemplo do Programa Bolsa Família ou das cotas universitárias.

Retomando o PMM como uma política pública, é consenso que os estudos políticos apontam para os seguintes aspectos: a) a ideia de que o estudo das políticas públicas é multidisciplinar, envolvendo diferentes ciências, tais como direito, sociologia, economia, antropologia e história (VIANA; BAPTISTA, 2012); b) a não limitação à busca dos registros oficiais da tomada de decisão governamental que se encontram nas leis, nos atos, nas regulamentações e nos relatórios oficiais, ou seja, aos aspectos normativos das políticas; c) a ideia de que os estudos das políticas públicas as observam como processos inter-relacionados, que vão desde a identificação dos problemas e formulação da política até sua implantação e identificação dos resultados (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Percebe-se, então, que o processo dos estudos políticos é complexo do ponto de vista metodológico, possibilitando diversas maneiras de investigação. No entanto, dentre as teorias para análise de políticas públicas, dois eixos de análise têm sido muito utilizados: uma forma que centra o processo decisório na sociedade (*society-centred*) e outra que centra a análise no papel exercido pelo Estado (*state-centred*) (VIANA; BAPTISTA, 2012). A primeira forma considera o Estado como algo sem ação, servindo como um *locus* de disputas entre os agentes da sociedade, que também são identificados como corporações. Já a segunda abordagem se baseia na ideia de que o Estado determina e conforma a estrutura do funcionamento social.

No entanto, tais modalidades investigativas estabelecem uma dicotomia Estado-sociedade que não permite, no âmbito analítico, a observação das diferentes esferas envolvidas na compreensão das políticas públicas. Mais recentemente, os esforços teóricos estão voltados no sentido de mesclar essas duas visões, salientando que entre Estado e sociedade existem as instituições que moldam o comportamento dos atores, demandam

⁴² Esta investigação não tem como foco discutir as desigualdades no acesso à saúde, mas, sim, uma política pública que visa aumentar o número de médicos no país. Assim, como se encontra na literatura os conceitos sendo expressos juntos – políticas públicas e políticas sociais –, achei importante fazer esse esclarecimento. Nesse sentido, o foco desta pesquisa é uma política pública de saúde.

políticas e legitimam a ação do Estado. Por isso, neste estudo, adoto um modelo múltiplo, que se desenha pela cartografia e que pretende contemplar desde as relações entre os atores envolvidos na política até a estrutura e organização das instituições vinculadas à determinada política pública, como esclareceram Cortes e Lima (2012).

Outra vertente que se tornou bastante popular para o estudo das políticas públicas tem base na desconstrução do processo de uma política em fases ou estágios, sendo essas fases integrantes do chamado *ciclo da política*, também denominado de *ciclo político-administrativo* por Howlett, Ramesh e Perl (2013). Sobre esse ciclo, Viana e Baptista (2012) explicam que:

O estudo de uma política compreende cinco grandes fases: o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política; a definição de propostas de soluções, que corresponde à fase de formulação da política; a escolha de uma solução, que corresponde à fase de tomada de decisão; o momento de por uma solução em andamento, o que equivale à fase de implementação; e, finalmente, o monitoramento de resultados ou fase de avaliação da política. (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 74).

As autoras reportam essa modalidade de análise das políticas públicas, mas não se pode considerá-las como ocorrendo separadas de maneira linear. No caso do PMM, por exemplo, muitos processos foram sendo decididos após o início do programa, o que seria fase de implementação, e ainda hoje algumas decisões são tomadas no processo de discussão política. Sobre a implementação, especificamente, dedico uma parte no texto desta pesquisa para maior detalhamento, já que foi o recorte feito para execução do trabalho de campo.

Trabalhar a partir da consideração do *ciclo da política* garante uma forma de sistematização de algo complexo. Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 16),

O modelo do ciclo político-administrativo tem como a vantagem mais significativa o fato de facilitar o entendimento de um processo multidimensional por meio da desagregação da complexidade do processo em um número indeterminado de estágios e subestágios, em que cada um deles pode ser investigado isoladamente ou em termos de sua relação com cada um ou com todos os demais estágios do ciclo. Isso auxilia a construção teórica, por permitir que se faça uma síntese dos resultados de inúmeros estudos de caso e estudos comparativos de diferentes estágios. Em segundo lugar, a abordagem pode ser usada em todos os níveis sócio jurídicos ou espaciais, desde os dos governos locais até aqueles que operam na esfera internacional.

Observa-se que a literatura sobre políticas públicas, em sua maioria proveniente das ciências políticas, aproxima-se muito da lógica da administração, ou seja, tem centrado seu olhar na perspectiva do agente político do Estado, aquele que precisa avaliar as políticas e demonstrar resultados. A separação taxonômica⁴³ no ciclo da política fragmenta o olhar sobre a política pública. Por isso, a ideia nesta pesquisa não foi utilizar uma modelagem pré-concebida para a compreensão do Programa Mais Médicos, então busquei uma perspectiva sociológica de compreensão do PMM em suas múltiplas dimensões: de política pública (relações entre Estado e sociedade), de institucionalização de práticas (exercício das práticas de saúde), de institucionalização de práticas democráticas de participação; de conflitos e interesses, de relações entre profissionais e usuários do sistema de saúde, de reações da categoria profissional médica.

Essas dimensões se encontram em constante formulação e reformulação durante o processo de implementação da política pública o qual compreende o esforço, os conhecimentos e os recursos empregados para traduzir as decisões políticas em ação. Esses esforços, conhecimentos e recursos não são poucos. Viana e Baptista (2012) argumentam que

[...] o momento de implementação é de intensa negociação; nele se vê realmente onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é uma ocasião de grandes consensos, em que tudo é possível, é no momento de implementação que se descobre a real potencialidade de uma política. Estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação direta de serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes de transformação da política; tem início um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 79).

Esse novo conjunto de processos que ocorre na implementação da política define a complexidade própria do fenômeno e a delicadeza desse momento, motivos que me fizeram focar no acompanhamento do Programa Mais Médicos sendo colocado em prática. Estava diante de uma política recém-formulada que seria posta em ação em todo o território brasileiro, o que colocou esta pesquisa na linha de largada do processo de implementação. Essa riqueza vem sendo vista através do fato de que muitas decisões são tomadas durante o

⁴³ O termo taxonomia provém da biologia, que significa a ordenação e classificação dos seres vivos. Aqui, utilizamos o termo pelo fato de representar o que ocorre na vertente de análise do *ciclo da política*, que classifica cada fase.

processo de implantação, e não haveria outra opção, pois muitas definições da política envolvem negociações, rearranjos, novos compromissos e pactos, debates de interesses antagônicos. No PMM, estão envolvidos os médicos, gestores, equipes de saúde, população, supervisores, universidades, secretarias de saúde, comissão estadual, estudantes, ou seja, uma multiplicidade de atores que em algum momento da política atuam também como implementadores.

Jenkins (1978), citado por Parsons (1995), traduz o processo de acompanhar a implementação da política como um estudo sobre a mudança: como a mudança ocorre, como pode ser induzida. O autor explica também que:

É também um estudo sobre a microestrutura da vida política; sobre como organizações de fora e de dentro do sistema político conduzem os seus assuntos e interagem umas com as outras; sobre o que as motiva a agirem da maneira que o fazem; e sobre o que pode motivá-las a agir diferentemente (PARSONS, 1995, p. 481).

Diante disso, enfatizo que minha intenção foi compreender esse fenômeno social de implementação do Mais Médicos à luz dos elementos expostos por Cortes e Lima (2012), ou seja, captar e dar visibilidade às mudanças ocorridas na Paraíba com o funcionamento do Programa Mais Médicos. Contudo, não falo em mudanças no sentido de um antes e um depois, como uma análise de impacto ou consequências da política, apesar de algumas vezes isso aparecer durante a pesquisa, mas as mudanças percebidas no decorrer da implementação.

A implementação representa algo dinâmico, vivo, com desfechos inesperados, em virtude do arcabouço normativo da formulação, mas imprevisíveis, pois, ao longo do processo prospectivo da pesquisa, a formulação da política foi sendo testada, retestada, apoiada, criticada, reformulada, transformada. Visualizo a implementação do PMM como processo de construção e de desconstrução da política, de disputas permanentes e de expectativas presentes nas ideias de todos os atores envolvidos.

A multiplicidade de atores, a dinamicidade de acontecimentos, as mudanças que foram ocorrendo ao longo da implementação da política só puderam ser acompanhadas estando em *movimento*, transitando *entre* esses elementos, conforme aponta Deleuze (1992). Assim, reforça-se a utilização da cartografia como instrumento metodológico para esta pesquisa.

Foi possível perceber, a partir do que venho expondo até o momento, que as estratégias adotadas para construção e efetivação das políticas públicas representam uma arena política. Nesse sentido, e considerando que o foco do Programa Mais Médicos é

aumentar a quantidade de médicos no Brasil, seja trazendo profissionais de outros países, seja formando um número maior, torna-se fundamental compreender esse processo dentro da medicina. Como a implementação é repleta de disputas e fenômenos (in)esperados, outro conceito que também cabe aqui utilizar é o de *campo*, especialmente considerando o *campo* da medicina.

3.2 O *campo* da medicina

Como já dito, as maiores resistências ao Programa Mais Médicos foram protagonizadas pelo movimento médico oficial e por outros atores sociais vinculados à medicina (estudantes de graduação, docentes e alguns profissionais da área da saúde), assim, para poder compreender esse processo de resistência, é importante levar em consideração alguns elementos que constituem o campo profissional médico.

Antes de discutir esses elementos característicos da profissão médica, é importante situar que utilizo nesta tese o conceito de *campo* a partir de Bourdieu. Uma das primeiras vezes que o autor utilizou o conceito de *campo* foi em sua análise sobre o *campo intelectual* (BOURDIEU, 1968). Naquela análise, Bourdieu, comparando o *campo intelectual* com o campo magnético, explica que ele é composto por linhas de força, no sentido de que os agentes ou sistemas que o compõem podem ser descritos como forças que conferem sua estrutura específica num dado momento do tempo.

Na constituição do *campo intelectual*, encontram-se elementos que Bourdieu (1968) situa em esferas. Há a esfera da legitimidade, composta por instâncias sociais de legitimação reconhecidas por unificarem valores do campo e que têm pretensões à universalidade; há a esfera do arbitrário, na qual as instâncias de legitimação não são reconhecidas socialmente e permanecem como uma legitimidade segmentária; e há a esfera do legitimável, que mescla algumas características das outras.

Falando da ideia de forças e de legitimação, Bourdieu sinaliza para relações de poder entre agentes de determinado campo, alguns possuidores de legitimidade socialmente reconhecida (dominantes) e outros que seguem o que está definido como legítimo para permanecerem no campo (dominados).

Fica mais claro pensar essas relações de poder a partir da discussão que Bourdieu (2007) faz sobre o *campo religioso*. O autor argumenta que

[...] a igreja visa conquistar ou preservar um monopólio mais ou menos total de um *capital de graça institucional ou sacramental* (do qual é depositária por delegação e que constitui um objeto de troca com os leigos e um instrumento de poder sobre os mesmos) pelo controle do acesso aos meios de produção, de reprodução e de distribuição dos bens de salvação (ou seja, assegurando a manutenção da ordem no interior do corpo de especialistas) e pela delegação do corpo de sacerdotes (funcionários do culto do ponto de vista do capital religioso) do monopólio da distribuição institucional ou sacramental e, ao mesmo tempo, de uma *autoridade* (ou uma *graça*) de *função* (ou de instituição) (BOURDIEU, 2007, p. 58).

Notam-se alguns termos importantes que traduzem lutas entre os agentes de um determinado campo. O autor fala de “conquistar”, “monopólio”, “delegação”, “instrumentos de poder”, “controle do acesso aos meios”, “manutenção da ordem no interior do corpo de especialistas”. É possível perceber que no conceito de *campo* aparece a ideia de um “campo de forças” e de um “campo de lutas”. No campo, quem tem a legitimidade delegada tem o poder de definir como se mantém o campo, como os agentes devem se portar nele e o que se deve fazer para nele entrar.

Como se verá, todos esses elementos fazem parte da constituição do *campo* médico, mas é quando o autor discute o *campo científico* que podemos melhor compreender a medicina como *campo*. Nessa discussão, Bourdieu (1983) utiliza as ideias de lutas, monopólio e legitimidade para explicar a constituição do *campo*. Ele argumenta que

O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, p. 122).

No sentido dado pelo autor, é necessário o reconhecimento social da competência técnica para se adquirir o monopólio das definições do que é ou não ciência. A partir desse reconhecimento, quem está no campo ou quem pretende entrar nele precisa seguir o que está definido como legítimo. Assim, são considerados dominantes no campo aqueles que conseguem impor uma definição da ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem (BOURDIEU, 1983). Ou seja, as relações

imediatamente visíveis entre os agentes envolvidos no campo disfarçam aspectos objetivos entre as posições ocupadas por esses agentes, os quais determinam a forma de tais interações. Essa diferença de posições possibilita as “lutas concorrenciais” entre os agentes sociais, caracterizadas por um conjunto de estratégias que visam o aumento de poder (BOURDIEU, 2009).

É possível correlacionar essas argumentações de Bourdieu sobre o campo científico com a constituição do campo médico por duas razões principais: a primeira é o fato de a medicina moderna se constituir enquanto “científica”. Foucault (2011), em sua análise sobre o nascimento da clínica, comenta que

O gesto precioso, mas sem medida, que abre para o olhar a plenitude das coisas concretas, com o esquadrinhamento minucioso de suas qualidades, funda uma *objetividade mais científica*, para nós, do que as medições instrumentais da quantidade. As formas da racionalidade médica penetram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como *face primeira da verdade*, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência (FOUCAULT, 2011, p. 12, grifo nosso).

Para o autor, o ato de olhar minuciosamente, semelhante ao que se utilizava na biologia, na classificação taxionômica, configura o caráter científico capaz de definir o que é ou não “verdade”. No caso da medicina, a ideia é definir o que é ou não doença.

Para Luz (2004, p. 129),

[...] as disciplinas naturais, como a física, a fisiologia, a química, a botânica, a história natural – e depois a biologia – oferecem à medicina moderna os elementos teórico-conceituais e os métodos de observação que, juntos aos da anatomia, da patologia e da cirurgia, constituirão o núcleo predominante do saber médico como disciplina das doenças, e a clínica como antatomo-clínica, isto é, como prática de localização e eliminação de doenças.

Percebe-se, a partir do que menciona a autora, que a medicina moderna – científica – constituiu-se como a ciência das doenças. A consolidação disso foi elemento central para a constituição do campo médico, no sentido de ter se construído a competência técnica para se definir o que é ou não doença e como tratá-la.

A segunda razão que complementa o argumento de constituição do *campo* médico é a definição da medicina como profissão. Para as ciências sociais, falar em profissão significa se

remeter a uma ocupação com grande grau de autonomia e um longo treinamento (QUEIROZ, 1991).

Machado (1995) e Lampert (2009) analisam que a profissão detém elevado grau de saber sistematizado que deve ser direcionado para a resolução de problemas da clientela com grande autonomia, ou seja, sem interferência de atores externos à profissão, em virtude do monopólio adquirido. Para a aquisição desse saber, o processo de treinamento deve ser exaustivo e voltado não apenas ao conhecimento do que se adquire nas leituras sobre práticas e procedimentos médicos. O processo de profissionalização corresponde a uma forma de socialização característica da modernidade, com a passagem, segundo os termos de Dubar (2005, p. 169), de uma “socialização principalmente comunitária”, em que o *status* era herdado, a uma “socialização essencialmente societária”, em que o *status* social depende das tarefas efetuadas e dos critérios racionais de competência e especialização. Nesse sentido, além do conhecimento técnico, aparece o ideal de competência e de especialização.

A autonomia parece ser um elemento central para caracterizar uma profissão. De acordo com Machado (1997, p. 21),

[...] uma profissão é uma ocupação autorregulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à coletividade, norteadas por princípios ético-profissionais definidos por ela mesma. [...] A auto regulação e a autonomia prevalecem nesta relação, e são estes dois elementos que permitem que a profissão tenha a 'autonomia' para recriar realidades.

Essa autonomia e essa autorregulação mencionadas pela autora constituem-se também, além do componente do saber, como uma característica institucional do poder da profissão. Poder pelo fato de que praticamente nenhuma outra profissão detém tão fortemente essas características, com elevado e complexo corpo de conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho (MACHADO, 1997).

Nesse sentido, Freidson (1995) e Sassi (2012) argumentam que a profissão médica corresponde a uma ocupação que emprega um corpo de conhecimentos especializados; o controle ocupacional da prática desses conhecimentos, garantindo que apenas membros credenciados possam executar as tarefas profissionais; a permissão para o desempenho na profissão ocorre após treinamento que se dá fora do mercado de trabalho; e a jurisdição sobre a utilização dos conhecimentos específicos é elaborada pela própria profissão.

Ainda sob essa ótica, quando se analisa a medicina como profissão, além da autonomia em relação a outras ocupações e da autorregulação do saber, há também o fenômeno que materializa o poder profissional, que é a “legitimidade” garantida pelo Estado. Essa legitimidade é materializada em um conjunto de instituições no Brasil, especialmente o Conselho Federal de Medicina, uma entidade autárquica do Estado brasileiro. Assim, é possível dizer que a medicina tem um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é saúde e doença e de como tratá-la (FREIDSON, 2009).

A partir desse monopólio, a medicina se configura, segundo Freidson (2009), como uma “profissão de consulta”, que significa ser a referência para o Estado, para outras ocupações e para os pacientes/clientes, referência de um conhecimento autorizado e definitivo. É o que Becker e colaboradores (2007) querem dizer quando mencionam que “uma profissão não deixa o cliente decidir exatamente o serviço que ele quer, pois só a profissão pode definir as suas necessidades. [...] Só os profissionais podem definir as necessidades médicas.” (BECKER et al., 2007, p. 13).

Esse grau de autonomia e poder da profissão médica garante também um poder de ordem econômica (mercado de trabalho), no sentido do controle sobre seu processo de trabalho. A medicina, segundo Machado (1997), significa um projeto profissional bem-sucedido, no qual, ao longo de sua história, fez uma notável aliança com o Estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (definido o valor do seu trabalho).

Com esse poder, a profissão médica realiza um fechamento, termo discutido por Weber⁴⁴ para indicar o processo pelo qual coletividades sociais procuram maximizar seus ganhos pela restrição do acesso a recursos e oportunidades, geralmente de natureza econômica, a um círculo limitado de elegíveis que procuram monopolizá-los (DINIZ, 2001).

Para garantir esse processo de fechamento, a profissão, com respaldo do Estado, emite credenciais que correspondem à autorização para o exercício profissional, ou seja, para entrar no *campo*. Esse credencialismo é feito através da emissão do número de registro no Conselho Regional de Medicina após o término da graduação. Sem as credenciais, a prática é considerada ato ilícito ou exercício ilegal da medicina (DINIZ, 2001).

Percebe-se, a partir dessa pequena reflexão sobre as características da profissão médica, que há um conjunto de elementos que garantem o poder profissional perante o Estado

⁴⁴ Ver Weber (1999) em *Economia e Sociedade*.

e a sociedade. A autonomia, a autorregulação, o fechamento e o credencialismo se configuram como dispositivos do controle profissional.

Mas, para além disso, é esperado daqueles que deseja ingressar na profissão, e mais ainda de quem já é profissional, que reproduza essa ideologia durante o exercício da carreira. Ou seja, há uma construção ideológica do poder profissional tanto para fora (Estado e sociedade) quanto para dentro (estudantes e profissionais credenciados) da profissão. É a constituição dos corpos dóceis, como sinaliza Foucault (1999).

A partir da compreensão da constituição da medicina como *campo* e dos elementos que a caracterizam como uma profissão, é possível entender as reações advindas das entidades médicas em relação à criação de uma política pública que tem em sua formulação dois elementos que confrontam o monopólio do *campo*: o credenciamento e a definição de como deve ser a formação de novos profissionais.

4 PROGRAMA MAIS MÉDICOS: SEUS CONTEXTOS E NORMAS

Até o momento, já foram apresentados os passos que trilhei para a realização de uma cartografia do Programa Mais Médicos e também algumas das abordagens sobre políticas públicas para situar meu lugar de fala em relação ao Programa. A partir de agora, busca-se contextualizar histórica e politicamente o que permitiu a criação do PMM e que está relacionado ao processo de implementação.

4.1 A construção de um problema: do debate internacional à situação do Brasil

A atenção à saúde das pessoas é uma preocupação global. O discurso oficial e normativo da área da saúde segue a ideia de que garantir atendimento às populações na forma de acesso facilitado é um dos objetivos principais de praticamente todos os países do mundo, em especial daqueles que possuem sistemas de saúde públicos e universais. Pode-se perceber isso pelo fato de existir na literatura e também em recomendações institucionais um conjunto de estratégias que objetivam superar o problema da escassez de médicos, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso.

Ao longo dos anos, muitos países vêm estruturando a atenção à saúde através da Atenção Primária. De acordo com Harzheim e Mendonça (2014), com a ampliação da cobertura dos serviços desse nível de atenção, percebeu-se melhoria das condições de saúde da população. No entanto, há uma problemática mundial que acompanha esse aumento da oferta de serviços, que é a falta de força de trabalho, em especial do profissional médico, para ocupar os postos de trabalho criados. Com o aumento populacional e o aumento consequente da carga de doenças que a população apresenta, a necessidade de maior número de recursos humanos na saúde é tida como evidente. O problema é maior nos países ditos em desenvolvimento, mas mesmo em países desenvolvidos algumas populações sofrem com a escassez de médicos (BRASIL, 2012a).

Campos, Machado e Girard (2009), quando discutem a fixação de profissionais de saúde em regiões necessitadas, tomando como dados a situação em vários países do mundo, apontam que,

[...] de fato, os médicos costumam se concentrar nas cidades maiores deixando desassistidas as cidades pequenas, as áreas rurais, as comunidades mais remotas e as regiões mais pobres das grandes cidades. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os mais atingidos por esta situação de insegurança assistencial em saúde e a ela muitas vezes se somam problemas de insegurança pública, alimentar, econômica e social, que agravam a situação de privação essencial a que tais populações são submetidas (CAMPOS; MACHADO; GIRARD, 2009, p. 14).

Corroborando o que é apontado pelos autores, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) falam na impressionante cifra de um bilhão de habitantes do mundo que não conhecerão um profissional médico em toda a vida (BUCHAN et al., 2013).

Para exemplificar esse fenômeno, é possível encontrar diversos estudos da área da saúde que demonstram a desigualdade do acesso da população ao cuidado médico. Na China, por exemplo, de acordo com Anand et al. (2008), no ano de 2008, mais de 70% da população rural não tinha acesso a recursos de saúde. Uma realidade que não era e nem é diferente de outros países como o Canadá, que, no mesmo ano, tinha menos de 10% dos médicos atuando em áreas rurais, onde moravam mais de 20% da população do país (PONG, 2008).

As áreas rurais da Austrália contam com menos da metade da proporção de médicos por habitantes do que nos centros urbanos, como aponta a análise de Viscomi, Larkins e Gupta (2013). Até países menores, como a Noruega, passam por dificuldades de fixação de médicos em áreas consideradas de difícil acesso, como foi visto no estudo de Straume e Shaw (2010), que analisaram as estratégias de retenção de profissionais no Nordeste daquele país.

Considerando esse contexto, os países têm desenvolvido um conjunto de estratégias para o enfrentamento do problema da escassez de médicos. Na Austrália, por exemplo, existem os programas Overseas Trained Doctors (OTD) e o Rural Clinical Training and Support (RCTS) desde a década de 1990. Esses programas estão estruturados em um conjunto de ações, dentre as quais se destacam o treinamento de médicos na zona rural, inclusive com estágios obrigatórios durante a graduação, a contratação de médicos estrangeiros para atuação em áreas remotas e a inserção de estudantes provenientes de áreas rurais nas escolas de medicina, como uma espécie de cota (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2013).

China, Tailândia, Lao, Sri Lanka e Vietnam têm elaborado políticas para fixação de profissionais em áreas remotas e de difícil acesso através da formação à distância, via telemedicina; oferta de prêmio de melhor médico rural do ano; seleção de estudantes de áreas remotas para curso de medicina; cotas para estudantes de áreas remotas; prestação de serviço

compulsório por períodos variáveis; oferecimento de subsídios para atuação em áreas rurais após a graduação; atuação de outros profissionais de saúde exercendo funções anteriormente apenas desenvolvidas por médicos; oferta de salários diferenciados (CHEN, 2010).

Nos Estados Unidos, desde 1972, o National Health Service Corps (NHSC) oferece bolsas de estudos e programas de pagamento da dívida do financiamento estudantil para profissionais de saúde que estejam dispostos a prestar serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes. Outro programa, o Conrad 30 Program, permite que médicos estrangeiros com visto para treinamento atuem em áreas carentes por um período (UNITED STATES DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY, 2014).

As estratégias adotadas na África do Sul seguem a mesma linha de recrutamento de profissionais para zonas rurais, com oferecimento de recursos diferenciados para serviços nas áreas remotas; desenvolvimento de plano nacional de recursos humanos. Nos países do Leste Europeu, o enfrentamento da escassez de médicos ocorre através de treinamento de competências para atuar em áreas remotas; cotas para estudantes de áreas remotas ou rurais nos cursos de medicina; formação de outros profissionais para áreas rurais; financiamento da atuação dos graduandos para trabalho em áreas remotas; apoio à moradia e estudos (CHEN, 2010).

As ações de telemedicina foram a opção pensada para tentar fixar médicos em áreas rurais na Grécia, conforme Zocco et al. (2003). Prestação de serviço médico compulsório; seleção de estudantes residentes em áreas remotas para a graduação em medicina; redesenho das profissões de saúde para que outros profissionais assumam ações antes apenas desenvolvidas por médicos; formação de médicos no mesmo local de atuação e oferta de pós-graduação em áreas remotas e rurais também são estratégias adotadas por algumas nações (FREHYWOT et al., 2010; WILSON et al., 2009; FORDE, O'CONNOR, 2009; DOLEA et al., 2009).

As estratégias mencionadas focam em duas categorias de delimitação do problema da escassez de médicos nos diversos países: o déficit e a má distribuição de profissionais. Parece não ser possível separar esses elementos, pois em praticamente todas as experiências encontradas na literatura há o relato de concentração de médicos em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico⁴⁵, e também, dependendo da forma organizativa do sistema de saúde, a falta real desses profissionais para atender a população.

⁴⁵ De acordo com o documento Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, 2013).

Como se percebe, os argumentos encontrados na literatura da área da saúde associam, principalmente, área remota com as zonas rurais dos países. Nesse sentido, pensando a realidade brasileira, a problemática da distribuição de médicos não está associada apenas à distância ou à zona rural. Por exemplo, observando o município de João Pessoa, capital do estado e localidade com cerca de 800 mil habitantes, nota-se a dificuldade de manter médicos em algumas unidades de saúde da periferia, que distam pouco mais de 15 quilômetros da orla da cidade⁴⁶. Assim, se em uma cidade como João Pessoa, com distâncias curtas entre uma localidade e outra, há dificuldades para fixação de médicos em algumas UBS, observar todo o Brasil permite dizer que o elemento distância não consegue explicar a distribuição de profissionais.

Considerando esse contexto, Campos, Machado e Girard (2009) refletem que as estratégias das políticas de ampliação do número de profissionais da saúde devem ser múltiplas. Os autores argumentam que:

Estudos recentes em países africanos denotam que o incremento salarial, a partir de certo nível, perde potência e atratividade – ainda que se aumente muito o salário não se consegue motivar profissionais a se deslocarem a regiões distantes e ali se fixarem por períodos necessários para a formação de vínculos mais estáveis com as equipes e, sobretudo com as comunidades. Há, neste caso, um típico caso de perda da utilidade marginal da variável salário. A adoção simultânea de programas de incentivos não financeiros, a exemplo da oferta de educação permanente, da telemedicina, da melhoria das condições de moradia ou incentivos aos estudos dos filhos, a garantia de ascensão funcional, condições diferenciadas de concorrência à residência médica ou cargos públicos, desde que cumprido um período em regiões remotas, podem aumentar a eficácia das políticas (CAMPOS; MACHADO; GIRARD, 2009, p. 21).

Ou seja, para os autores, deve-se levar em consideração a infraestrutura das cidades menores, o acesso a bens e serviços, a disponibilidade de acesso à formação continuada, a segurança pública e a forma de vinculação profissional.

Voltando-se para o Brasil, é importante discutir que a escassez de médicos está relacionada neste texto ao *deficit* de cuidado e apresenta pelo menos três níveis de complexidade: 1. Estrutura da sociedade brasileira, com grandes desigualdades

⁴⁶ Durante o trabalho de campo, observei que alguns dirigentes da Secretaria de Saúde de João Pessoa mencionavam a dificuldade constante de alocar médicos para UBS no bairro de Paratibe, Zona Sul da capital, enquanto nunca havia ocorrido essa dificuldade nas UBS do bairro do Altiplano. Essas localidades distam pouco mais de 14 quilômetros uma da outra.

socioeconômicas e concentração de renda em algumas poucas áreas do país, características de um sistema produtivo centralizado; 2. As características do campo estruturado da saúde, com a disputa e a relação entre o público e o privado que ampliam as desigualdades de acesso ao cuidado médico, e com a constante dificuldade de financiamento para o setor; 3. O campo médico, com ênfase na especialização e no trabalho em grandes centros com alta tecnologia, além do “ideal liberal”, no sentido de Machado (1995), da profissão.

A partir disso, observa-se que há um debate, na área da saúde coletiva, sobre se há escassez de médicos ou se o problema é apenas a má distribuição desses profissionais, especialmente quando a interlocução se dá com representantes das entidades médicas e dos setores do governo.

Maciel Filho (2007) e Maciel Filho e Branco (2008), no final da primeira década dos anos 2000, destacaram que a situação de deficiência de assistência médica era observada a partir da análise de que o problema não se resumia apenas à quantidade de médicos formados, mas também ao modo como eram distribuídos heterogeneamente pelo território nacional, pois já era notória a concentração de médicos nos grandes centros urbanos em detrimento das regiões do interior do país. Mas essa problemática não surgiu apenas nessa década, pois na Conferência Nacional de Saúde em 1980 já se falava da falta de médicos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

Em 2011, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina de São Paulo construíram o primeiro documento sobre a Demografia Médica no Brasil. O documento coincidiu cronologicamente com a elaboração de algumas estratégias, que vinham sendo adotadas pelo Governo Federal para o enfrentamento da falta de médicos. Tal elaboração foi uma produção das entidades médicas para fazer um contraponto ao que vinha sendo formulado pelo Governo Federal.

Ao disponibilizar dados e tendências da demografia médica, pretendemos chamar a atenção para a necessidade de melhor embasamento de algumas soluções que vem sendo apresentadas, a nosso ver equivocadas, como a estipulação de metas de médicos por habitantes baseadas em taxas de países que pouco tem a ver com Brasil, o aumento desmedido do número de vagas e cursos de medicina, a implantação do serviço civil voluntário para médicos recém-formados tendo como contrapartida vantagens para o ingresso nos programas de Residência Médica e flexibilização da

revalidação de diplomas daqueles que se formaram no exterior⁴⁷ (SCHEFFER, 2011, p. 9).

Nota-se que o documento dos conselhos critica medidas do Governo Federal argumentando a partir da distribuição de médicos, e não da escassez. Além disso, fica claro o posicionamento de defesa do *campo* da medicina quando mencionam o aumento das vagas de graduação e mudanças no acesso à Residência Médica.

Por parte do Ministério da Saúde, difundia-se outro elemento no processo discursivo sobre a escassez de médicos: a necessidade de ampliação da quantidade de serviços de saúde. Como já dito, além da necessidade de ocupação dos postos de trabalho existentes, e considerando que a cobertura de serviços ainda não atingia a totalidade da população, também se discutia a necessidade de ampliação da quantidade de profissionais para atuarem em novos serviços (BRASIL, 2012a).

Considerando o outro lado do discurso, o da quantidade de médicos, os Conselhos encontraram na pesquisa a proporção de 1,95 médicos por 1000 habitantes como dado geral no país. É importante considerar que a literatura da área da saúde não sugere uma proporção ideal na relação médico/habitantes, e é recomendado que não se utilize essa relação como norma para os países, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2003).

Essa proporção foi encontrada, segundo o estudo Demografia Médica, dividindo-se o número de total de registros médicos⁴⁸ pela população brasileira. Chama atenção, no documento, o fato de as Regiões Norte e Nordeste terem proporções bem mais baixas, 0,98 e 1,19 médicos por mil habitantes, respectivamente, demonstrando a distribuição desigual dos profissionais no território nacional, já que nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste a proporção é maior. Se observarmos por Unidade da Federação, apenas seis Estados (DF, SP, RJ, ES, MG, RS) apresentam relação médico/1000 habitantes maior que a média nacional, sendo no Maranhão a pior relação. Analisando os dados publicados, naquele relatório, sobre as capitais, ocorre o inverso: apenas seis delas apresentam uma relação menor que a média

⁴⁷ À época de sua divulgação, os argumentos do documento vão de encontro ao Provac, ao processo de Revalidação de Diplomas, ao aumento do financiamento de bolsas de residência médica e ao aumento do número de vagas de graduação em medicina, ou seja, ações que vinham sendo estabelecidas pelo Governo Federal à época.

⁴⁸ Os registros médicos são a forma de certificação do médico por parte dos conselhos profissionais, como o elemento autorizativo para exercício da profissão. Na pesquisa dos conselhos, o numerador foi o número total de registros médicos, considerando, inclusive, duplicidade de médicos que possuíam dois registros, que totalizam mais de dezoito mil médicos no país. Se forem excluídas as duplicidades e o indicador for construído com número absoluto de médicos contados individualmente, a relação de médicos por habitantes fica 1,8 médicos/1000 habitantes (BRASIL, s/d).

nacional, sendo cinco na região Norte e uma na região Centro Oeste, o que reforça a concentração.

O Ministério da Saúde difunde o número de 1,8 médicos por mil habitantes como a relação mais adequada. Aparentemente, essa proporção não é tão diferente da de 1,95/mil apresentada nos documentos dos conselhos médicos. O fato é que ambos são considerados índices baixos quando comparados com diversos países do mundo. As diferentes posições políticas polarizadas aqui foram importantes para o debate durante o processo de formulação do Programa Mais Médicos e para a compreensão das configurações dos atores no campo da saúde e da medicina.

Outro indicador expressivo no estudo é a relação de médicos por mil habitantes no setor privado, que foi de 7,6 médicos/1000 habitantes, muito maior que a relação no setor público, que é a mesma geral: 1,95/1000. De forma contextualizada, a grande maioria da população brasileira depende do Sistema Único de Saúde e tem pior acesso à assistência médica que a menor parte que acessa o setor privado. Esse dado demonstra, como já dito, a desigualdade e traz para a reflexão a definição dos postos de trabalho médico pela lógica do mercado.

A partir das análises, a conclusão dos Conselhos é que não faltam médicos de forma generalizada no Brasil, porém a concentração é desigual, determinada pelo mercado, pela concentração de renda, pelas disparidades regionais e pela distribuição das especialidades médicas. Essa distribuição desigual é atribuída, pelas entidades, à ausência de uma carreira médica de Estado⁴⁹, à prática de baixos salários, honorários vis e péssimas condições de trabalho (SCHEFFER, 2011).

A distribuição desigual dos médicos pelo território nacional parece ser consenso entre os documentos elaborados pelos Conselhos Médicos e órgãos do Governo Federal. No entanto, permanece a diferença quando o fato é o número de profissionais, ou melhor, a falta ou escassez de médicos. Pelo fato de essa disputa entre entidades médicas e governo estar diretamente ligada ao contexto de formulação do Programa Mais Médicos, o que se correlaciona com a discussão da constituição do *campo* da medicina e da arena de construção da política pública, achei necessário trazer neste texto os dados que são usados para embasá-

⁴⁹ Em 2009 foi elaborada uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) estabelecendo diretrizes para a organização da carreira de médico de Estado. Pela PEC, o médico trabalharia em dedicação exclusiva e ascenderia na carreira mediante merecimento e antiguidade, além de receber um piso salarial fixado por lei que iniciaria em R\$ 15187,00 (quinze mil e cento e oitenta e sete reais). Como justificativa para a Proposta, os Deputados autores colocam a atuação médica como função social do Estado, o desprestígio que o médico vem passando e os baixos salários que os médicos recebem. Quanto ao salário, a PEC traz informação dos valores dos procedimentos médicos pagos na tabela do SUS (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2009).

la. Aqui, observam-se duas razões: as internas ao governo, ligadas à oferta de cuidado e ao SUS; e as razões ligadas ao *campo* da medicina, o que implica na agência de instituições profissionais, tais como: conselhos, sindicatos, associações etc.

Comparando a proporção de médicos por mil habitantes no Brasil com a de outros países, o estudo do Cremesp e do CFM (2011) encontrou que ela era de 2,36/1000 hab. no Canadá; 2,64/1000 hab. no Reino Unido; 2,76/1000 hab. nos Estados Unidos; 2,99/1000 na Austrália; 3,28/1000 hab. na França; 3,71/1000 na Espanha; 4,02/1000 na Noruega; 6,39/1000 hab. em Cuba. Esses números evidenciam uma proporção de médicos por mil habitantes maior que a do Brasil. Considerando que, desde 1988, a Constituição Federal estabelece um Sistema Único de Saúde universal e igualitário, a quantidade de profissionais de saúde em geral e de médicos em particular é estratégica para sua efetividade. Mesmo havendo diferenças socioeconômicas, históricas, culturais e de organização das profissões de saúde, considerar um país com a dimensão e tamanho populacional do Brasil com uma relação de médicos por mil habitantes tão menor que a do Reino Unido, por exemplo, configura-se aspecto preocupante para a efetivação da política de saúde. O Brasil é o único país do mundo com mais de cem milhões de habitantes que possui um sistema de saúde universal. A comparação com o Reino Unido foi proposital pelo fato de que esse país também possui um sistema de saúde universal público. A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para o número de médicos foi 2,7 por mil habitantes, no intuito de equiparar-se à proporção britânica atual (BRASIL, s/d).

Os países mencionados anteriormente, que apresentam índice de médicos por mil habitantes maior que o do Brasil, contam com um Sistema de Saúde organizado através da Atenção Primária em Saúde, à exceção dos Estados Unidos. De acordo com Starfield (2002), a organização pela APS garante melhores indicadores de saúde, maior acesso e menos gastos para a população e para o país, mesmo em locais com grandes desigualdades sociais. Além desse índice, esses países com sistemas voltados para a APS, utilizam uma proporção de médicos por habitantes vinculados, ou seja, um número de pessoas que um profissional deverá acompanhar ao longo do tempo. A legislação brasileira, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apresenta uma relação de 4 mil pessoas vinculadas a uma equipe de saúde com um médico, com possibilidade de financiamento para abertura de novas equipes com proporção de uma equipe para 2000 habitantes⁵⁰ (BRASIL, 2012b).

⁵⁰ A Política Nacional de Atenção Básica quando dimensiona a relação de habitantes por equipe de saúde da família coloca que cada equipe deverá acompanhar no máximo 4000 pessoas. Para abertura de novas equipes, o MS utilizava como parâmetro uma equipe para cada 2400 habitantes, o que direcionava o financiamento. Em

Essa relação entre número de pessoas e equipes de saúde constitui-se, no discurso da saúde, especialmente entre os atores mais próximos da Atenção Básica, como um outro índice a se considerar no que diz respeito à escassez de médicos. Nesse sentido, não é apenas a relação entre médicos e mil habitantes que conta, mas também o número de pessoas cadastradas em uma equipe de saúde.

Ao contrário do que ocorre em outros países, que fixaram esse limite em 2 mil pessoas, caso de Portugal (PISCO, 2008) e da Espanha (GÉRVAS, 2005), ou em menos do que isso, caso de Cuba, onde o máximo são 400 pessoas (GOLDBERG, 2000), o Brasil mantém uma relação considerada alta de pessoas por equipe de saúde na Atenção Básica.

Um dado empírico bastante observado no trabalho de campo desta pesquisa, considerando o processo de acompanhamento dos médicos em alguns municípios da Paraíba, e explicitado pelos profissionais da Atenção Básica, foi a sensação de sobrecarga com a responsabilidade de prestar cuidados a um número muito grande de pessoas (até 4 mil pessoas).

É importante levar em conta o fato de que não se pode discutir esse fenômeno da quantidade e distribuição de médicos apenas pela lógica quantitativa, ou seja, pensando na proporção de profissionais por habitantes ou número de pessoas cadastradas em uma equipe de saúde. No Brasil, realizaram-se vários estudos no intuito de compreender esse fenômeno. Um trabalho importante foi o conduzido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no ano de 2010. Esse trabalho resultou na construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Para caracterizar o problema, além da quantidade de médicos nos municípios, foi necessário trabalhar com a carga-horária de trabalho dos profissionais na Atenção Básica (profissionais 40 horas por mil habitantes, diferente da proporção direta de médico por mil habitantes), com a situação socioeconômica do município e com as taxas de mortalidade infantil. O conjunto de indicadores serviu para discutir a escassez contextualizada pela situação de vulnerabilidade das localidades brasileiras (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, 2010; GIRARD et al., 2011).

2013, o parâmetro foi fixado em uma equipe para 2000 pessoas com possibilidade de solicitação de financiamento para novas equipes, no entanto se manteve o texto normativo de uma equipe de saúde para 4000 pessoas, que foi atualizado para 3500 pessoas em 2017. Ou seja, o número menor serve como parâmetro para autorização de envio de recursos e não como norma para os municípios seguirem. Como os municípios devem arcar com o maior custo das equipes, especialmente com contrato de profissionais, há uma tendência em manter a relação mais para cima. Isso contribui para explicar o fato de que há no Brasil uma ampliação lenta da cobertura de equipes de saúde (menor que 60%, como já dito), no sentido da garantia do acesso universal ao SUS (BRASIL, 2012b, 2016a, 2017b).

Segundo a análise da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA), 1280 municípios brasileiros encontravam-se em situação de escassez de médicos para trabalho na Atenção Básica, sendo a maioria nos Estados do Nordeste, seguido pelo Norte do país. Muitos desses municípios não tinham um médico trabalhando 40 horas por semana para uma população de mais de 3 mil habitantes. De acordo com o estudo,

[...] o número de municípios qualificados com escassez de médicos em atenção primária aumenta quando indicadores de altas necessidades sociais e de saúde como a mortalidade infantil e o nível de pobreza são levados em conta comparativamente à utilização isolada da razão de população por horas de trabalho médico (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, 2009, p. 40).

Essa perspectiva supera o argumento da distância como elemento que impede a fixação de médicos e sinaliza para uma distribuição desigual que parece ser regulada pelo mercado de trabalho e pela diferente distribuição de renda e riqueza no país. Isso corresponde, portanto, a um problema importante para a consolidação dos princípios que regem o SUS, particularmente no que diz respeito à universalização, à equidade e à descentralização do cuidado em saúde.

Outro fator que, segundo Maciel Filho (2007), também influencia a concentração de médicos em determinada região é o número de escolas médicas e de vagas de residência médica, que correspondem a um dos eixos do Mais Médicos. Assim, fala-se de outros indicadores utilizados para analisar a oferta de força de trabalho médico em um país, que são a quantidade de vagas de graduação em medicina e o número de postos de formação em residência médica. Segundo o Ministério da Saúde, essas medidas contribuem para a compreensão da necessidade de mais profissionais para atender a população em um Sistema de Saúde universal como o SUS.

Em relação à graduação, o indicador utilizado para comparação entre países é a quantidade de egressos das Instituições de Ensino Superior por 100 mil habitantes. Dados de 2011 da Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) estimaram que a proporção de formandos por 100 mil habitantes era em média de 10,6 entre os países membros. Se observarmos os países que já havíamos mencionado quanto à relação de médicos por mil habitantes, vemos as seguintes relações: Canadá - 7,4/100000; Reino Unido - 11,7/100000; Estados Unidos - 6,6/100000; Austrália - 12,1/100000; França - 6,0/100000;

Espanha – 9,0/100000; Noruega – 11,5/100000 (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2013).

No Brasil, segundo informações do estudo Demografia Médica no Brasil, essa relação foi de 10,2 egressos por 100 mil habitantes, pouco abaixo da média da OECD (SCHEFFER, 2015). Observando esse dado, as entidades médicas questionam a intenção do Governo Federal de ampliar o número de vagas nos cursos de medicina, como definido no eixo formação para o SUS do Programa Mais Médicos, já que a relação é pouco menor que a do Reino Unido e maior que a da Espanha, por exemplo. No entanto, o discurso do governo brasileiro aponta para a ideia de que, mesmo com essa média de egressos, a quantidade de profissionais se mantém insuficiente, justificando a ampliação do número de estudantes.

Os conselhos de medicina, no entanto, advogam que o aumento da taxa ou número de egressos não reduzirá as desigualdades entre regiões e entre os setores público e privado da saúde, caso não sejam adotadas novas políticas de atração e fixação de médicos, e não ocorram mudanças substantivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro (SCHEFFER, 2013).

Assim, parece que o questionamento está sempre presente, o que caracteriza o objetivo de disputa no *campo*. É realmente preciso mais médicos? Ou são necessárias medidas para mudar a forma de distribuição dos profissionais existentes? Os questionamentos de Feuerwerker (2013) possibilitam uma ampliação do olhar:

Faltam médicos no Brasil? Sim! E a situação atual é uma coprodução da omissão dos governos e da atuação ativa da corporação médica e dos agentes de mercado na saúde. De quantos médicos precisamos? Depende do modelo de atenção, dos arranjos tecnológicos do trabalho, da aposta ou não na produção de redes vivas, de espaços de encontro e diálogo entre trabalhadores etc. Mas, muito além do número, é preciso discutir quanto a que médicos precisamos. Não apenas se serão generalistas ou especialistas. Está em questão a base da formação: orientada ao biológico ou às necessidades dos usuários, centrada em procedimentos ou na produção do cuidado, produzida para subordinar/enquadrar/ controlar ou para ampliar possibilidades de produção da vida? Essas definições são importantes para os médicos (e trabalhadores da saúde em geral), independentemente da especialidade e local de trabalho (FEUERWERKER, 2013, p. 930).

Ou seja, para discutir a escassez de profissionais médicos no Brasil é preciso não apenas trabalhar com os dados quantitativos de médicos por habitantes ou de egressos dos cursos de medicina por habitantes, mas enfatizar o Sistema de Saúde e como ele deve estar

organizado. E quando se trata do Sistema, é necessário considerar a formação em si mesma, o tipo de cuidado a ser ofertado.

É importante salientar que todo o discurso que dá visibilidade à polarização entre as razões do governo e do movimento médico organizado está baseado na relação *quantitativa* entre médicos e habitantes. Basta lembrar os termos – nativos – utilizados para perceber esse fato: taxa, índice, indicador, escassez, relação, proporção, *deficit*, distribuição. Nesse sentido, o argumento para criação da política está baseado na relação entre quantidade de médicos e assistência. Quando se observam as estratégias utilizadas também por outros países e sistematizadas pela OMS, percebe-se ainda mais a presença desse argumento, com quase todas as ações voltadas praticamente para uma categoria profissional, os médicos.

4.2 Políticas de ampliação da oferta de cuidado médico: para uma contextualização histórica do Programa Mais Médicos

A atenção à saúde no Brasil é acompanhada por mudanças ao longo da história, as quais são influenciadas, principalmente, pelo cenário histórico-político, pela economia e pelas disputas entre o técnico, representado especialmente pela profissão médica, e o político, através das ações de governos e sociedade. Na história dos últimos 50 anos, o setor da saúde esteve estruturado a partir de uma hipervalorização do mercado privado, com foco quase exclusivamente hospitalar, centrado no médico, passando por estratégias que visavam substituir a prática predominante no hospital e ampliar o acesso para todas as pessoas através do trabalho multiprofissional, o que possibilitou a base para o movimento de uma reforma sanitária brasileira⁵¹ e consequente criação do Sistema Único de Saúde (ESCOREL, 2012).

Tendo como base esse cenário, a década de 1990 foi marcada pela criação do Programa Saúde da Família, como forma de ampliar o acesso à saúde de populações mais pobres. O PSF foi ampliado e reestruturado através da política de Atenção Básica, que busca realizar ações em saúde através da promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e redução de danos. Teve como objetivo oferecer atenção integral para o

⁵¹ O movimento de reforma sanitária foi o movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (ESCOREL, 1999, 2012).

indivíduo e para o coletivo, de forma a garantir a saúde e autonomia das pessoas e impactar significativamente na vida delas (BRASIL, 2012b).

Deixando de ser caracterizada como programa, a partir da criação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), a saúde da família passou a compor o principal elemento de garantia da universalidade de acesso da população ao SUS, caracterizando-se como uma ação para dirimir as desigualdades no acesso à saúde e sendo a porta de entrada preferencial para os serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2011h). Desde então, a quantidade de equipes vem crescendo, chegando a pouco mais de 40 mil no final de 2016 (BRASIL, 2012b, 2016a).

O Brasil tem enfrentado essa desigualdade no acesso ao cuidado médico, ao longo dos anos, a partir de diferentes estratégias que objetivavam assegurar a presença dos médicos nas regiões mais remotas, de difícil acesso e pobres. Algumas das políticas de saúde implantadas tiveram notoriedade e foram importantes, porém não foram suficientes para se tornarem instrumentos permanentes de resolução do problema. Algumas foram fugazes e sequer chegaram a ser postas em prática. Essas políticas públicas de saúde foram influenciadas diretamente pelo período político pelo qual passava o país.

A intenção nesta tese não é detalhar de forma pormenorizada todas as políticas criadas na tentativa de oferecer assistência médica através de propostas de realocação de médicos pelo país, mas contextualizar historicamente essas estratégias para uma melhor compreensão da elaboração do Programa Mais Médicos. Conforme Maciel Filho e Branco (2008), nos últimos 40 anos foram formuladas as seguintes políticas públicas⁵²: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Mais recentemente, em 2011, surgiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Para facilitar a explicação de cada política descrita a seguir, o quadro abaixo sistematiza o conjunto de informações gerais de cada uma.

⁵² Os autores incluíram no conjunto de políticas de alocação de profissionais o Projeto Rondon que tinha como objetivos: promover ou participar de programas de desenvolvimento comunitário com as populações interioranas; promover, com os estágios de universitários, o conhecimento das condições do interior do país, abrindo perspectivas para a interiorização e fixação de técnicos de nível superior; promover a interiorização de técnicos em áreas menos desenvolvidas do território nacional; contribuir para a promoção, coordenação e realização de pesquisas voltadas para o conhecimento da realidade nacional; contribuir para a preparação dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento (BRASIL, 1975). Criado em 1968, o Projeto foi a primeira ação de extensão universitária de grande notoriedade e abrangência no território nacional tendo, portanto, o enfoque da formação (BRASIL, 1968), o que não o caracteriza como uma política pública voltada para assistência médica e redução do déficit de médicos no país. Assim, nesta tese, não considere o Projeto Rondon como exemplo de uma política como o PMM.

Quadro 2 – Estratégias para a ampliação do acesso ao cuidado médico no Brasil

Nome da política	Ano de Criação	Características Gerais
PIASS	1976	Construção de postos de saúde; melhoria do saneamento básico; desenvolvimento local
PISUS	1993	Criação de subprogramas como: Agente comunitário de saúde, Interiorização do médico, Interiorização do enfermeiro, Unidade de Pronto Atendimento
PITS	2001	Ampliar a cobertura das ações e serviços do SUS; impulsionar a reorganização da Atenção Básica de saúde no país; fortalecer o Programa de Saúde da Família; estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço.
PROVAB	2011	Alocação de médicos em locais distantes e de difícil acesso; pagamento de bolsa federal; pontuação adicional para ingresso na residência médica como fator de atração do médico; especialização e supervisão presencial.

Fonte: Construído pelo autor.

4.2.1 Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)

Constituído através do Decreto nº 78.307, tinha a intenção de estender e instalar uma estrutura de saúde pública em populações rurais com até 20 mil habitantes, tentando descentralizar as ações em saúde no Brasil. O Piass foi estruturado a partir da construção de postos de saúde, sendo uma unidade básica operada por um auxiliar de saúde de nível elementar, que seria treinado para trabalhar com operações em saúde consideradas básicas. Os postos receberiam suporte de um Centro de Saúde, instalado na sede do município, que contava com atendimento médico, laboratório e um supervisor. Além disso, o programa tinha a intenção de melhorar as instalações de saneamento básico, bem como realizar atividades para o desenvolvimento socioeconômico local (BRASIL, 1976; MACIEL FILHO, BRANCO, 2008).

As diretrizes básicas do Piass eram: ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados; disseminação de unidades de saúde de tipo miniposto⁵³, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; ampla participação popular (BRASIL, 1976).

O programa conseguiu atingir grandes massas e fazer importantes ações de saneamento básico, abastecimento de água, o que, direta ou indiretamente, trouxe melhor qualidade de vida para as pessoas residentes nos municípios onde esteve funcionando. Houve aumento de 1255% da rede ambulatorial (MENDES, 1993).

No entanto, considerando a assistência, não conseguiu ampliar o acesso ao atendimento médico nos locais onde foi implantado. Apesar do foco do Piass não ter sido a alocação de médicos em áreas remotas ou rurais, o fato de pensar em modificar a estrutura de atendimento em algumas localidades do interior pode mantê-lo no grupo das políticas de ampliação ao acesso ao cuidado médico.

Em 1980, aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos”, conforme os Anais da referida conferência (1980). Na conferência, o Ministério da Saúde, ao apresentar suas diretrizes, definiu os serviços básicos de saúde como “núcleo axial e ordenador” de suas ações e propôs a elaboração de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), de caráter interministerial, que deveria orientar os demais programas e atividades do Ministério. Segundo essas diretrizes, o Piass passaria a se constituir como uma fase inicial do Prev-Saúde, devendo a ele se integrar “como componente rural e de pequenos centros”. Porém, o Prev-Saúde nunca chegou a sair do papel e o Piass não teve continuidade (PEREIRA, 2013).

4.2.2 Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus)

Após cinco anos da criação do SUS, em 1993, foi formulada a política que daria corpo ao Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), objetivando possibilitar a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e equidade dispostos na legislação do

⁵³ Caracterizado por uma estrutura de saúde simples, geralmente apenas com consultórios para enfermeiros e médicos e sem disponibilidade tecnológica para realização de exames.

novo sistema de saúde brasileiro. A saúde seguia por um processo de franca municipalização, com divisão da atribuição das três esferas do governo e com ênfase na participação popular. Portanto, a criação de um programa como o Písis, para a interiorização do trabalho médico, ampliaria a assistência à saúde.

O discurso na época era de que para o processo de interiorização da saúde ter êxito, a presença apenas do médico não era a solução, apesar de ser um fator decisivo. Era fundamental a existência de uma equipe e de uma estrutura mínima que desse suporte. O Ministério da Saúde, na proposta do Písis, definia que:

Não estamos defendendo apenas a interiorização do profissional médico, mas sim de uma equipe mínima de saúde, com suporte através de uma pequena unidade de saúde com instalações mínimas e equipamentos essenciais. Não será a simples presença de um médico que fará a interiorização da saúde. Entretanto a história de nosso país mostra que foi a presença do médico por primeiro, quem garantiu, na maioria dos municípios brasileiros a interiorização de outros profissionais de saúde. A partir do médico foram surgindo outras necessidades e respostas: a unidade de saúde, os profissionais de apoio, os demais profissionais, até se constituir uma equipe completa (BRASIL, 1993, p. 4-5).

Nesse sentido, foram criados alguns subprogramas, como: Agente comunitário de saúde, Interiorização do médico, Interiorização do enfermeiro, Unidade de Pronto Atendimento. A intenção era que o médico conseguisse se fixar e residir na própria cidade onde iria trabalhar. Além disso, as unidades de pronto atendimento deveriam existir em cada município e ter em sua estrutura consultório médico, imunização, sala de enfermagem, sala de parto, sala de emergência, pelo menos dois leitos de observação e salas de apoio (MACIEL FILHO, 2007).

O projeto seria implantado inicialmente na Região Norte e, caso tivesse sucesso, seria estendido. Porém, o fato de ter sido proposto no último ano do governo Itamar Franco resultou em sua não realização. Com as eleições, em 1994, o novo governo não adotou o Písis como estratégia política de intervenção na saúde.

4.2.3 Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)

Em 2001, através do Decreto nº 3745 de 5 de fevereiro, foi criado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), cujo objetivo era incentivar a alocação de

profissionais de saúde de nível superior em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários (BRASIL, 2001a).

Constituíram objetivos do PITS: ampliar a cobertura das ações e serviços do SUS; impulsionar a reorganização da Atenção Básica de saúde no país; fortalecer o Programa de Saúde da Família; estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço (BRASIL, 2001b).

Para garantir os objetivos do programa, várias estratégias foram definidas, dentre elas: remuneração feita por bolsa do Ministério da Saúde; curso de especialização; tutoria; moradia e transporte gratuitos para os profissionais; variedade extensa de lugares disponíveis no território nacional (BRASIL, 2001c).

Maciel Filho (2007) analisou profundamente o PITS e constatou que, em um primeiro momento, de acordo com o número de inscritos no programa, o fator que mais atraía os médicos era a remuneração. Entretanto, esse não foi o fator mais importante relatado pelos médicos que atuaram efetivamente no interior do país, mostrando que a remuneração não é por si só capaz de fixar o profissional de saúde no interior⁵⁴. O pesquisador percebeu que, para os profissionais, o curso de especialização foi o que promoveu maior atração para participar do programa, tendo sido os profissionais sem pós-graduação os que renovaram por mais um ano a permanência nos municípios. Outros fatores que facilitaram a fixação foram o fato de eles habitarem o mesmo local onde se formaram e a atuação nas comunidades carentes (MACIEL FILHO, 2007; MACIEL FILHO, BRANCO, 2008).

Quanto às principais dificuldades vivenciadas pelos médicos durante as ações do PITS e que contribuíram para a não fixação duradoura dos profissionais, Maciel Filho (2007) encontrou predominância de dificuldade na adaptação às condições socioeconômicas e culturais da localidade, conflitos com os gestores municipais, desorganização administrativa do programa, problemas pessoais e familiares, atrasos ou falta de pagamento e falta de condições para trabalhar.

Além disso, os médicos que se dedicaram ao programa manifestaram constante desvalorização do título de especialização em saúde da família que receberam, pois não havia diferença entre os que tinham ou não a formação nessa área quanto ao acesso às vagas de emprego ou melhorias das condições salariais. Outra reclamação foi a falta de direitos trabalhistas e de um plano de carreira, já que a remuneração era feita através de bolsas.

⁵⁴ Lembrar dos estudos de Campos, Machado e Girard (2009).

Do ponto de vista administrativo, ocorreram problemas em relação à coordenação nacional do programa, tais como: o processo de supervisão, o funcionamento do curso de especialização, a tutoria, a conectividade com internet para a realização do curso de especialização. Segundo Maciel Filho (2007), foi observada uma dificuldade de comunicação entre os profissionais e a gestão dos municípios, com conflitos de responsabilidades. Isso ocorreu pelo fato de que, como foi a coordenação nacional que formulou o projeto, ficou a cargo dos estados e municípios a realização das ações administrativas e operacionais, havendo uma intensa verticalização da gestão.

Apesar dos inúmeros problemas, foram também observados pontos positivos nos municípios onde houve ações do PITS, tais como: grande receptividade da comunidade em relação ao programa; melhoria da qualidade de assistência à saúde; contribuição na organização dos serviços locais de saúde; melhora na cobertura vacinal, puericultura, assistência pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e no controle da hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis; melhoria dos indicadores de saúde e dos sistemas de informação (BRASIL, 2002a).

Surge, pela primeira vez, um aspecto que ainda não havia sido pensado na formulação das políticas de alocação de profissionais em áreas remotas e de difícil acesso do país: a associação entre maior permanência dos profissionais nas localidades próximas de onde fizeram o curso de medicina. Esse elemento foi utilizado posteriormente no conjunto daqueles que compuseram o Programa Mais Médicos e será aprofundado no tópico sobre o PMM.

Outro aspecto que não é inédito, mas que a partir do PITS pode ter contribuído para a maior visibilidade do problema da escassez de médicos, especialmente nos serviços de Atenção Básica, é a situação de trabalho dos profissionais para garantia de fixação nos municípios. Visibilidade dada pelos debates sobre a necessidade de regulamentação do trabalho em saúde, a precarização do trabalho em saúde, a falta de garantia de direitos trabalhistas do profissional de saúde, o descumprimento e desrespeito aos princípios do SUS (MACIEL FILHO, 2007; MACIEL FILHO, BRANCO, 2008).

4.2.4 Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)

Com o término do PITS, em 2003, apenas oito anos mais tarde foi criado um novo programa focando o provimento e a fixação dos profissionais, especialmente de médicos, nos municípios. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, o Provab, criado através da Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, surgiu com o objetivo

de estimular e valorizar o profissional de saúde que atuava em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família com atividades para melhorar as ações e os serviços de saúde em regiões de difícil acesso e com população de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011a).

O Provab, no entanto, não foi formulado isolado de outras estratégias que pensadas em 2011 e que objetivavam atrair e reter profissionais para o Sistema Único de Saúde, especialmente para a Atenção Básica. Carvalho (2013) destaca que as principais medidas adotadas nesse sentido foram: 1. Benefícios para médicos que atuassem na Atenção Básica em regiões prioritárias para o SUS, concedendo abatimento de 1% do saldo de dívidas do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e direito à carência estendida; 2. O Revalida, com o objetivo de formalização do processo de revalidação de diplomas estrangeiros no Brasil; 3. A ampliação da oferta de vagas em cursos de medicina em locais necessários, com rede de atenção estruturada e projeto pedagógico voltado para atender à integralidade do cuidado e as redes de atenção à saúde; 4. O Provab, que objetivando prover e incentivar profissionais a atuarem na Atenção Básica, mediante estratégias de educação à distância e supervisão pedagógica articulada ao bônus de 10% nas provas de residência médica para aqueles que tiverem interesse em ingressar nos programas de residência; 5. Educação permanente para os trabalhadores do SUS, principalmente através de ações de telemedicina; 6. Ampliação de programas de Residência Médica.

Essas estratégias não perfaziam uma única política pública, apesar de haver um objetivo comum com esse conjunto de medidas: reduzir a escassez de profissionais médicos no Brasil. Pode-se perceber ações voltadas para o problema da falta de médicos a curto, médio e longo prazos. O provimento mais imediato, com a alocação de profissionais em locais remotos e de difícil acesso do país, caracterizado pelo Provab, corresponde a uma tentativa mais imediata de enfrentamento do *deficit* assistencial. Medidas como o desconto no FIES, o processo de revalidação de diplomas e as atividades de qualificação dos profissionais com apoio às decisões técnicas através das tele consultorias podem se configurar como de médio prazo. E a ampliação das vagas de graduação e de residência médica, considerando o tempo de duração da formação profissional, corresponde a ações de longo prazo. Dentre essas ações, o Provab se destaca pela colocação direta de médicos nas equipes de saúde, como estratégia focalizada e emergencial de enfrentamento do problema da falta de médicos na Atenção Básica (CARVALHO, 2013).

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica tornou-se relevante por três motivos: primeiramente, ele foi incorporado ao Programa Mais Médicos a partir de 2015

e esteve vigente até final de 2016; grande parte das estratégias elaboradas para as médicas e médicos vinculados ao Provab foi utilizada como base para a formulação das ações de acompanhamento dos médicos que atuam no PMM; e, finalmente, foi pelo Provab que me inseri no campo, através da realização de um processo de consultoria pedagógica como docente convidado para produção de documentos de supervisão e avaliação dos médicos, como já mencionado anteriormente.

Em seu desenho inicial, normatizado pela Portaria nº 2087/2011, o Provab foi destinado a profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que deveriam ser contratados pelos municípios que aderissem ao programa através de editais específicos, recebendo uma supervisão acadêmica de instituições de ensino superior, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com capacidade de ensino, além de realizarem um curso de especialização *lato sensu* à distância. Quanto aos profissionais, qualquer médico, dentista ou enfermeiro poderia se inscrever no programa, bastando estar regular com o respectivo conselho profissional. Mas, em relação aos municípios, havia uma predefinição de quais poderiam ser contemplados, conforme identificação de vulnerabilidade populacional, como se pode ver no texto da portaria:

Art. 2º Para os fins do disposto no Programa de que trata esta Portaria, serão contemplados:

I - profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que já tenham concluído sua graduação na respectiva área e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe; e

II - Municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a).

Esses municípios mencionados na Portaria correspondem ao conjunto de localidades definidas pelo Ministério da Saúde para alocação dos profissionais que fariam jus ao desconto no pagamento da dívida do FIES, os quais poderiam atuar vinculados às equipes de saúde da família dos municípios selecionados ou ingressarem em programa de especialização considerado prioritário. Conforme a Portaria nº 1377 de 13 de junho de 2011, os critérios para definição dos perfis dos municípios são:

Art. 2º As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo

Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre os seguintes:

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita;

II - população sem cobertura de planos de saúde;

III - percentual da população residente na área rural;

IV - percentual da população em extrema pobreza;

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família;

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes;

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

A partir desses critérios, e conforme Portaria Conjunta nº 2 de 15 de agosto de 2011, 2570 municípios brasileiros de todas as regiões do país foram considerados com dificuldade de retenção de médicos nas unidades de saúde da família. Desse conjunto, 198 localizam-se no Estado da Paraíba, o que corresponde a 89% dos municípios paraibanos (BRASIL, 2011c).

Considerando as caracterizações definidas pelas portarias mencionadas, os municípios brasileiros foram categorizados em seis perfis⁵⁵: Perfil I: Capital ou região metropolitana; Perfil II: Município com população maior que 100 mil habitantes; Perfil III: Grupo Intermediário; Perfil IV: População rural e pobreza intermediária; Perfil V: População rural e pobreza elevada; e Perfil VI: Populações quilombola, indígena e dos assentamentos rurais. Essas categorias foram utilizadas para o estabelecimento da estratégia de seleção e alocação dos profissionais contratados.

A primeira versão do Provac começou a funcionar nos municípios no início de 2012, após 38 cidades paraibanas aderirem ao Edital de convocação nº 8 de 7 de dezembro de 2011. Apesar de ter sido definida uma relação de municípios prioritários, o edital não restringiu a possibilidade de entrada no Provac aos da portaria conjunta de agosto de 2011, ou seja, todos os municípios brasileiros poderiam aderir ao Programa. A relação de localidades mais vulneráveis serviu para estabelecer os critérios de seleção dos médicos, os quais serão mais detalhados adiante. A adesão municipal ocorria mediante assinatura de um termo de compromisso com o Ministério da Saúde, pelo qual a gestão municipal firmava pacto para

⁵⁵ Esses perfis também foram utilizados nos editais do Programa Mais Médicos, para seleção e alocação dos médicos nos municípios.

efetivar a permanência dos profissionais das equipes de saúde. Dentre as exigências feitas ao município, destacam-se a de contratar por, no mínimo, um ano os profissionais de forma semelhante ao que já era aplicado para trabalhadores ativos da localidade, garantir estrutura adequada para o trabalho durante 40 horas semanais, fornecer transporte, alimentação e água potável aos profissionais e apoiar o processo de supervisão (BRASIL, 2011d).

Para os médicos, além dos elementos explicitados como exigências para cumprimento por parte dos municípios, um aspecto inovador na formulação das políticas que objetivam prover e fixar esses profissionais no Brasil constituiu-se como uma importante estratégia de atração: a possibilidade de transformar o tempo de atuação no Provac em pontuação adicional nos processos seletivos para programas de residência médica. Normativamente, isso estava definido pela adição de 10% à nota final do candidato nas seleções para residência médica, caso fosse cumprida a carga-horária de um ano e os requisitos esperados para o trabalho na Atenção Básica, e de 20% se o médico permanecesse por dois anos vinculado ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (BRASIL, 2011e).

Essa medida foi alvo de bastante resistência por parte de setores relacionados à profissão e formação médicas. Historicamente, o acesso às residências médicas ocorre através de seleção no formato de prova – com algumas variações, como prova teórica, prova prática, entrevistas, análise de currículo – e definida pela instituição coordenadora do programa de residência. O número de vagas e as áreas de especialidades ofertadas pelas residências também sempre foram definidas pelas instituições coordenadoras dos programas, portanto pela profissão, com o Estado interferindo pouco na regulação da oferta, restringindo-se ao financiamento das bolsas e avaliação normativa dos programas. A oferta praticamente foi regulada pelo mercado, o que contribuiu para uma distribuição não uniforme das vagas pelo país, com concentração no Sudeste e Sul e escassez no Nordeste (RIBEIRO, 2011).

Sobre essa resistência, Carvalho e Souza (2013) explicam que as tensões e os conflitos no processo de implementação do Provac revelam-se por intermédio da resistência de setores da medicina, que exercem, em alguns momentos, força maior que o aparato estatal e isso, contraditoriamente, dentro da própria estrutura do Estado através da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)⁵⁶.

⁵⁶ A Comissão Nacional de Residência Médica foi criada em 1977, através do Decreto Nº 80.281 de 5 de setembro daquele ano. A estrutura da CNRM foi instituída dentro do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura à época. A composição inicial da CNRM continha dez membros: Direção Geral do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação, Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Forças Armadas, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira das Escolas Médicas, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Associação Nacional dos Médicos Residentes (BRASIL, 1977).

Entretanto, a pontuação adicional nos processos seletivos para os programas de residência não seria automática, apenas pela participação dos médicos no Provac, mas dependeria de um processo de acompanhamento supervisionado e avaliação do profissional que precisava ser considerado apto ao final do programa. Esse acompanhamento e avaliação ficou sob a responsabilidade dos supervisores, geralmente professores médicos de Instituições de Ensino Superior ou profissionais médicos com reconhecida experiência de trabalho na Atenção Básica (BRASIL, 2011a; CARVALHO, 2013).

Foi esse elemento da política que contou com minha colaboração em processo de consultoria que se iniciou em março de 2012. O contexto para esse apoio ocorreu a partir da aproximação que eu mantinha com outro professor do mesmo Departamento da UFPB que já participava de processos de formulação de políticas de educação permanente no Ministério da Saúde, o qual sugeriu que, pela aproximação que eu tinha com o desenvolvimento de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa, fizesse parte da equipe que elaboraria os instrumentos de supervisão e avaliação dos médicos vinculados ao Provac. Os instrumentos de supervisão correspondem ao que atualmente se chama de Relatórios de Supervisão, documentos utilizados pelos supervisores com o objetivo de descrever as ações realizadas durante o acompanhamento dos médicos, além de outros utilizados pelos médicos para cumprimento de algumas exigências do programa, como Relatório de Primeiras Impressões⁵⁷ e Projeto de Intervenção⁵⁸. Para a avaliação do médico, a ideia foi desenvolver um processo que contemplasse a avaliação do supervisor, uma auto avaliação e a avaliação dos gestores e equipe de saúde. A partir do processo de avaliação é que o profissional pode, caso obtenha conceito satisfatório (nota maior do que 7,0), receber a pontuação adicional para ingresso na Residência Médica.

O discurso da resistência a esse item do Provac exprimia uma inversão do mérito, ou seja, quem participava do programa trabalhando na Atenção Básica, por pelo menos 12 meses, e obtinha uma avaliação satisfatória iria superar aquele candidato à residência que

Em 1985, o Decreto nº 91.364, de 21 de junho, modificou essa composição, substituindo a Direção de Assuntos Universitários pela Secretaria de Educação Superior, e retirando as Forças Armadas (BRASIL, 1985). A partir do Decreto nº 7562 de 15 de setembro de 2011, a composição da CNRM passou a contar com membro do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Federação Brasileira de Academias de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, além da Associação Brasileira de Educação Médica, Conselho Federal de Medicina e Ministérios da Saúde e Educação (BRASIL, 2011f).

⁵⁷ O Relatório de Primeiras Impressões é preenchido pelo médico logo no primeiro mês de trabalho no Provac, e contém um conjunto de informações sobre a unidade de saúde e sobre a população atendida.

⁵⁸ O Projeto de Intervenção é uma proposta que o médico deve elaborar para atuação em face de um ou mais problemas encontrados no decorrer do trabalho na unidade de saúde ou com as pessoas vinculadas à equipe na qual ele está trabalhando.

estudou muito durante todo ano para passar na Residência Médica. Quanto a isso, Carvalho e Souza (2013) argumentam que o conflito girou em torno do conceito de mérito, este entendido

[...] exclusivamente como resultado do esforço individual em armazenar um conjunto de saberes científicos abordados por meio de um processo seletivo de livre concorrência. A visão de meritocracia predominante corrobora com a lógica atual de formação dos especialistas no país, o que difere da visão de alguns segmentos que acreditam na vivência como aprendizagem contribuindo para uma visão mais ampliada do profissional em relação à Atenção Básica (CARVALHO; SOUZA, 2013, p. 920).

Esse discurso, que é proveniente de membros da corporação médica, representa o fechamento da profissão e a disputa pelo monopólio na determinação de como devem acessar novos membros.

A partir de 2014, em razão da permanência do conflito sobre a pontuação adicional para as seleções da Residência Médica ofertada para os profissionais participantes do Provac, houve modificação da Resolução da CNRM, extinguindo a bonificação de 20% caso o médico atuasse dois anos na Atenção Básica, e definindo que a pontuação de 10% só poderia ser utilizada para efetivação da matrícula em um único Programa de Residência Médica (BRASIL, 2014a).

Em sua fase inicial, segundo Carvalho e Souza (2013) que analisaram a implantação do Provac, houve 4671 profissionais selecionados, sendo 1460 médicos, 1889 enfermeiros e 1322 dentistas. Desses, em 2012, foram contratados 381 médicos, 126 enfermeiros e 110 dentistas. Apenas cinco médicos atuaram na Paraíba naquele ano. Conforme as autoras,

[...] este baixo percentual de retenção de médicos pode ter várias explicações, algumas delas estão relacionadas a problemas de comunicação, instabilidade contratual por meio dos municípios e mobilizações de segmentos da medicina e algumas instituições de ensino na tentativa de desestabilizar o programa. [...]. Muitos municípios, por sua vez, desconheciam as regras estabelecidas em edital e quais as responsabilidades dos gestores frente ao programa, mais especificamente no tocante à contratação de profissionais. Alguns profissionais tinham a expectativa de vantagens acima dos valores de mercado local e acordos contratuais de jornada parcial de trabalho. Além disso, alguns profissionais, segundo relatos, depararam-se com situações insalubres para o exercício da profissão. Outros decidiram por ingressar nos programas de residência, após a publicação dos resultados das provas.

Somado a tudo isso, os atrasos nas contratações geraram instabilidade por parte dos profissionais, mais especificamente médicos, que tinham como expectativa o cumprimento de um ano para realização das provas de residência no final do ano (CARVALHO; SOUZA, 2013, p. 918).

Em relação aos profissionais da enfermagem e da odontologia, a baixa contratação foi analisada como um elemento decorrente do mercado, pelo fato de os municípios não manifestarem escassez desses trabalhadores na conformação das equipes de saúde. Isso fez com que o Ministério da Saúde, a partir de abril de 2012, decidisse vincular tais profissionais aos municípios, mediante pagamento de Bolsa Federal, atrelada a um curso de Especialização à Distância (BRASIL, 2012c). No caso dos médicos, o curso de Especialização não foi obrigatório no primeiro ano do Provac, passando a ser integrado como critério de avaliação a partir da segunda versão do programa.

Além da adesão dos municípios ao Provac e da seleção dos profissionais, os editais do Ministério da Saúde também selecionaram Instituições Supervisoras que poderiam ser Instituição de Ensino/Hospital de Ensino/Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual/Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. A supervisão constituiu um elemento central do Provac, o que também ocorreu no Programa Mais Médicos. Os supervisores tinham como atribuições:

- a) em parceria com o Núcleo de Telessaúde Brasil Redes⁵⁹, promover a supervisão à distância de pelo menos 10 (dez) profissionais participantes do PROVAB, tornando-se responsável pelo acompanhamento e monitoramento do processo;
- b) realizar 2 (duas) supervisões mensais presenciais junto a seus supervisionados; e
- c) manter contato com a coordenação do PROVAB oferecendo dados referentes aos instrumentos de acompanhamento e monitoramento do programa (BRASIL, 2011g).

Como somente cinco médicos atuaram no Provac no ano de 2012, na Paraíba, havia apenas um supervisor vinculado à Instituição Supervisora que aderiu ao edital, a Universidade Federal da Paraíba. Esse elemento configurou o lado educacional do programa, ou seja, o fato de o Provac ter uma dupla função: alocar médicos, enfermeiros e dentistas em equipes de

⁵⁹ O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica é um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, tem como perspectiva a melhoria da qualidade do atendimento, a ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica, a partir do desenvolvimento de ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2012d).

Atenção Básica por um período mínimo de um ano, e também garantir uma formação para qualificar esses profissionais.

A partir do Provac 2, como denominado pelo Ministério da Saúde, em 2013, o programa passou a vincular apenas profissionais médicos, com a participação de enfermeiros e dentistas sendo finalizada em julho de 2013. Nesse ano, o curso de especialização passou a ser obrigatório, como já mencionado. Além dessas mudanças, o ingresso no Provac, a partir de 2013, garantiu aos médicos o recebimento de bolsa federal, e não mais a vinculação contratual com os municípios, ou seja, houve um movimento de centralização da política, com o Ministério da Saúde assumindo o papel de contratante (BRASIL, 2013g).

O Provac 2, no que diz respeito às ações fins – alocação dos médicos nos municípios, processo de supervisão e especialização – não foi muito modificado, exceto ser pela obrigatoriedade da especialização. Porém, os elementos normativos se desenvolveram para garantir a execução do programa considerando a centralidade do custeio no Ministério da Saúde. Nesse sentido, normatizações sobre absenteísmo, licenças, penalidades com subtração das bolsas, remanejamento dos profissionais para municípios diferentes, ajuste de recursos a serem repassados aos municípios por parte do MS foram elaboradas. A partir de 2015, com a incorporação do Provac ao Programa Mais Médicos, esse aparato normativo passou a subsidiar o processo de implementação da política.

4.2.5 Uma breve sistematização do conjunto das políticas anteriores ao PMM

A fim de sistematizar para o leitor o conjunto de informações descritas nas diversas políticas, construí o quadro a seguir indicando elementos relevantes das políticas públicas anteriores ao PMM chamando atenção, dentre outras coisas, para aqueles que aparecem no processo de formulação do Mais Médicos e que o PMM agregou como estratégias que ainda não tinham sido pensadas.

Quadro 3 – Elementos comparativos entre o PMM e outras políticas destinadas à ampliação do cuidado médico no Brasil.

Nome da Política	Problemas identificados	Elementos da política presentes no PMM
PIASS	Utilização de pessoal leigo, ações simples, trabalhadores de saúde menos qualificados que não garantiam resolubilidade aos problemas de saúde das pessoas.	Construção de postos de saúde e criação de uma estrutura de saúde
PISUS	Não chegou a ser implantado por questões políticas da mudança de governo.	Auxílio-moradia para os profissionais
PITS	Pouca duração; Dificuldade na adaptação às condições socioeconômicas e culturais da localidade; conflitos com os gestores municipais (passaram a ser contratados pelos municípios); falta de condições para trabalhar; problema na conectividade da internet; falta de supervisão presencial.	Remuneração feita por bolsa do Ministério da Saúde; curso de especialização; tutoria; auxílio moradia para os profissionais; variedade extensa de lugares disponíveis no território nacional.
PROVAB	Pouca duração; pagamento por contrato municipal no Ano 1; Início com incorporação de enfermeiros e dentistas que não continuou; disputas quanto a pontuação adicional de 20%.	Remuneração por bolsa do Ministério da Saúde; Pontuação adicional de 10% para ingresso aos programas de residência; especialização e formação continuada; supervisão presencial.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observando o quadro, é possível perceber que, a partir do PITS, as estratégias adotadas começam a ser mais familiares quando comparadas ao que ocorre no PMM, como no caso do pagamento da bolsa federal pelo Ministério da Saúde, o processo de especialização e formação à distância e a presença de uma supervisão do profissional. Além disso, é explicitamente colocada a ideia da alocação de profissionais em locais do interior, em áreas remotas e de difícil acesso.

Do ponto de vista normativo, o Mais Médicos traz elementos que não haviam sido contemplados nas propostas anteriores, tais como: maior tempo de permanência dos profissionais nas localidades, qualificação da estrutura das unidades de saúde, aumento de vagas na graduação de medicina e nos programas de residência médica, e mudanças na formação médica.

4.3 O Programa Mais Médicos: normas e contexto sócio-político

Os elementos constitutivos, de contexto sócio-político e normativos, do Programa Mais Médicos aparecem de maneira estruturada no ano de 2013. Porém, como foi possível perceber, o delineamento do que viria a ser o PMM já vinha ocorrendo pelo menos desde 2011, início do primeiro mandato do governo Dilma Rousseff⁶⁰. Neste capítulo, a ideia é discutir como o contexto influenciou a formulação do Mais Médicos, o que será fundamentalmente apresentado a partir de base documental do programa.

4.3.1 – Programa Mais Médicos: formulação e regulamentação da política

A partir do discurso oficial do Governo Federal, o Mais Médicos surgiu como política de enfrentamento da problemática da escassez de profissionais médicos no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde, esse problema já existe há tempos no país⁶¹, mas vinha se agravando nos últimos anos, uma vez que a quantidade e a concentração dos médicos se tornava cada vez mais um empecilho à expansão e ao funcionamento dos serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 2015c).

No âmbito da demanda crescente por médicos, a Atenção Básica é um nível exemplar da expansão do serviço público, na medida em que houve um aumento de mais de 60% do número de equipes de saúde da família, segundo informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Outro aspecto relevante diz respeito à diversificação da oferta de cuidados nesse sentido, além das equipes de saúde da família, a Atenção Básica se diversificou a partir da Política Nacional de Atenção Básica, se constituindo em diferentes frentes de abertura de postos de trabalho, tais como: equipes de Consultório na Rua, que atendem pessoas em situação de rua; as equipes de Atenção Domiciliar; equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); equipes de saúde da família fluviais e de atendimento a populações ribeirinhas (BRASIL, 2012a).

É interessante perceber que o marco normativo inicial do Mais Médicos, a Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013, apresenta como estratégia central para a resolução da problemática da falta de médicos o processo de reordenação da formação profissional no

⁶⁰ O governo mencionado teve início em janeiro de 2011, tendo como Ministro da Saúde o médico Alexandre Padilha.

⁶¹ Em 2008, pesquisa feita pela Fundação Getúlio Vargas demonstrava que os médicos integravam uma das profissões que lideravam o *ranking* de escassez quando se tratava de indicadores trabalhistas, tais como: taxa de ocupação em postos de trabalho, salário e jornada de trabalho (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2008).

Brasil, e não a provisão emergencial de profissionais para as equipes incompletas. O objeto central da política se direciona para a aproximação da formação com a Atenção Básica e trabalho em unidades de atendimento do SUS. Pela MP, os objetivos do Programa Mais Médicos dispostos no primeiro artigo são:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013a).

Para que esses objetivos sejam alcançados, três estratégias foram sugeridas pelo texto normativo da MP: 1. reordenação da oferta de cursos de medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas de médicos por habitante; 2. estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e 3. aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante “integração ensino-serviço”, inclusive por meio de “intercâmbio internacional”⁶² (BRASIL, 2013a).

Percebe-se que duas das três ações correspondem a propostas de mudança na formação de médicos na graduação e na pós-graduação, tanto no quantitativo de profissionais formados quanto no conteúdo do processo formativo, ampliando a atuação na Atenção Básica⁶³. É interessante perceber que o marco normativo inicial do Mais Médicos apresenta como estratégia predominante para a resolução da problemática da falta de médicos o processo de

⁶² Essa integração ensino-serviço corresponde ao eixo provimento emergencial de alocação de médicos – brasileiros ou estrangeiros – nas unidades de saúde da Atenção Básica.

⁶³ Essa maior inserção de estudantes na Atenção Básica vem se desenhando nos espaços de formação médica no país desde 2001, com as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina (BRASIL, 2001d). A diferença, com a MP, é que a Atenção Básica parece receber mais ênfase no processo formativo de novos profissionais médicos.

reordenação da formação profissional no Brasil, e não a “provisão emergencial” de profissionais para as equipes incompletas⁶⁴. Esse fenômeno é importante por três razões: 1. O que mais foi difundido sobre o PMM foram as ações do eixo provimento emergencial e não do eixo formação para o SUS; 2. Representa um recurso discursivo do governo diante da relação com a profissão médica; 3. Demonstra a intencionalidade dos formuladores da política.

Em relação ao aumento de vagas de medicina e residência médica, segundo a normativa, haveria implantação em áreas com as redes de atenção do SUS⁶⁵ estruturadas e após estabelecimento de critérios que levam em consideração o número de estudantes por habitantes (BRASIL, 2013h). Quanto às mudanças na formação médica, a medida provisória apresenta a expansão da duração dos cursos de graduação em medicina no Brasil, através da criação de um “segundo ciclo” durante a formação, caracterizado como treinamento em serviço, exclusivamente na Atenção Básica à saúde no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos e com o recebimento de uma bolsa de estudos pelos estudantes. (BRASIL, 2013a).

Como o leitor verá, a proposta do segundo ciclo foi bastante disputada durante as votações da Lei do Mais Médicos, e também foi duramente criticada no meio acadêmico, por estudantes e docentes, e no meio profissional, cujos discursos sinalizavam uma visão de medida impositiva e antidemocrática por parte do Governo Federal.

Em relação ao chamado “intercâmbio internacional”, terceira estratégia para alcançar os objetivos do Programa Mais Médicos, cria-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil, parte do PMM que normatiza a inserção de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, sendo esses brasileiros ou estrangeiros. O texto da MP define, no primeiro parágrafo do art. 7º, que os médicos que poderão atuar no PMM são:

- I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País;
- II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e

⁶⁴ Pela PNAB, a equipe de Saúde da Família é composta por Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico (a) em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, podendo fazer parte o Agente de Combate a Endemias e os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017b).

⁶⁵ A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As redes definidas como estratégicas para o SUS foram: Urgência e Emergência, atenção psicossocial, atenção às doenças crônicas, atenção às pessoas com deficiência e atenção materna e infantil, considerando os níveis de atenção primária, secundária e terciária e os serviços de vigilância da saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior⁶⁶
(BRASIL, 2013a).

Para os médicos estrangeiros, a MP apresenta a exigência do conhecimento da língua portuguesa. Além disso, pelo fato de não terem o diploma revalidado no Brasil, há a ênfase na atuação exclusiva no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nas Unidades Básicas de Saúde.

Para os chamados médicos “intercambistas individuais” ou “cooperados”, que não possuem diploma revalidado no Brasil, a Medida Provisória previa que os Conselhos Regionais de Medicina fariam um registro provisório, para atuação exclusiva no âmbito do Projeto Mais Médicos. Esse elemento de abertura para o trabalho de profissionais sem a revalidação do diploma também recebeu grandes críticas de setores do movimento médico oficial, com a alegação de serem profissionais que não passaram pela validação de competências definidas pela profissão no Brasil, ou seja, não possuem as credenciais necessárias para a atuação profissional.

Dando seguimento à instituição do Programa Mais Médicos, uma sequência de decretos e portarias materializaram a formulação dessa política pública. O Decreto nº 8040/2013 define a composição do Comitê Gestor do Programa Mais Médicos: I - Ministério da Saúde, que o coordenará; II - Ministério da Educação; III - Casa Civil da Presidência da República; e IV - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2013i).

Essa composição traduz uma política de grande magnitude, envolvendo quatro ministérios e proximidade da Presidência da República. Como a coordenação do Programa fica abrigada no Ministério da Saúde, outras instituições ou órgãos, vinculados à formação e profissão médicas ou à formulação e análise de políticas públicas no Brasil seriam consultados para aspectos relativos ao desenvolvimento do Programa, tais como: I - o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass; II - o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems; III - a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - Andifes; IV - a Associação Brasileira de Educação Médica - Abem; e V - as entidades associativas nacionais médicas e de estudantes de medicina (BRASIL, 2013i).

Pouco mais de um mês do primeiro decreto do PMM, uma parte dele foi modificada para adicionar que a Advocacia Geral da União (AGU) faria a representação judicial ou

⁶⁶ Lembrando que os médicos do item I são chamados “CRM Brasil”, os do item II são os “intercambistas individuais” e os do item III são “intercambistas individuais” ou “cooperados”, sendo esses últimos os médicos cubanos.

extrajudicial de tutores e supervisores vinculados ao Programa (BRASIL, 2013j). Essa modificação ocorreu com o objetivo de garantir apoio a esses atores diante das pressões que vinham sendo feitas pelos Conselhos Regionais e Federal de Medicina, sendo importante para o grupo de supervisores, por definir posição perante os Conselhos Regionais de Medicina.

Os Advogados da União foram inseridos na composição da coordenação do programa pelo fato de os CRM em todo o Brasil terem feito convocação para os supervisores e tutores prestarem esclarecimentos sobre a participação no Programa, além de solicitarem a relação dos médicos supervisionados por cada supervisor. Como se verá, o CRM, na Paraíba, chegou a manifestar posicionamento segundo o qual qualquer problema ou erro cometido por médico vinculado ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, especialmente intercambistas, seria responsabilidade dos tutores e supervisores. O discurso do Conselho carrega a ideia de que os médicos estrangeiros não são realmente médicos.

Dessa forma, pode-se dizer que a inserção da AGU na coordenação do PMM teve dois desdobramentos: 1. Garantir apoio aos supervisores e tutores diante da pressão exercida pelos conselhos de medicina que impunham uma responsabilização sobre esses atores; 2. Garantir a efetivação do Programa, já que os supervisores e tutores são atores chave para a implementação.

Pensando no conceito de *campo* de Bourdieu (1983), essa composição de forças representa o *campo* funcionando, ou seja, observam-se os atores estabelecendo lutas concorrenciais nas quais se tem, por um lado, a profissão médica buscando manter o monopólio da autoridade para determinar a ação profissional, e, por outro, o Governo tentando redefinir alguns elementos dessa ação.

Para iniciar a operacionalização do Programa, os Ministérios da Saúde e da Educação emitiram a Portaria nº 1639 de 8 de julho de 2013, que versa sobre o funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, definindo, no art. 3º, os objetivos do projeto:

- I - aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;
- II - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e

V - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2013d).

A partir desses objetivos, ressaltam-se alguns pontos que haviam sido delineados na Medida Provisória, a saber, a formação médica e a maior aproximação dos médicos com o Sistema Único de Saúde, especialmente com a Atenção Básica. O texto da Portaria traduz uma ideia da política de melhorar a formação profissional para garantir melhor cuidado. Os itens II e V são os mais direcionados nesse sentido.

Nota-se que mesmo o Projeto Mais Médicos sendo o elemento representativo do eixo provimento emergencial do PMM, a norma estabelece como diretrizes principais processos de mudança na formação médica.

Outro elemento explicitado como direcionador da política é a atuação de médicos em áreas de difícil acesso e áreas de difícil provimento de profissionais nos diversos municípios do país. De acordo com o art. 4º da normatização, essas áreas são definidas como:

III - regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011⁶⁷, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- a) ter no Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;
- b) estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou
- d) estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2013d).

Apesar de não apresentar uma definição clara do que são áreas de difícil acesso ou de difícil provimento, percebe-se, com a leitura desse instrumento normativo, um argumento

⁶⁷ A Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, foi alterada pela Portaria nº 203/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2013, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico. É a norma que define como o MS denomina área remota ou área de difícil acesso e que, como já dito, configura os perfis dos municípios para alocação de médicos.

voltado para a equidade⁶⁸, no que se refere à alocação dos profissionais médicos, já que a ideia é alocar médicos em áreas de maior vulnerabilidade, historicamente afetadas pela distribuição desigual e escassez desses profissionais.

Outro aspecto importante é a definição da atuação profissional, configurada como aperfeiçoamento na área de Atenção Básica à saúde em regiões prioritárias para o SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (2013d), o aperfeiçoamento se daria a partir de instrumentos de articulação interfederativa, ou seja, cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e mecanismos de integração ensino-serviço. Por exemplo, para a oferta do curso de especialização para os médicos do PMM atuantes no estado da Paraíba, o MS estabelece convênio com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para a oferta do curso.

Ou seja, essa configuração pretende caracterizar o Projeto como ação formativa e não de trabalho, já que os profissionais participantes não possuem vínculo empregatício, o que geraria a necessidade de outras adequações legislativas, considerando a legislação trabalhista internacional. No Brasil, para atuação dos médicos no mercado de trabalho, há necessidade de diploma emitido por universidade brasileira ou revalidado no Brasil, além da emissão de registro emitido pelos CRM. De acordo com o Ministério da Saúde, como os profissionais do Projeto Mais Médicos vinculam-se exclusivamente à Atenção Básica e durante a vigência do Projeto, não se poderia configurar como relação de emprego, especialmente no tocante aos médicos “intercambistas”, gerando a impossibilidade do acesso ao mercado de trabalho médico formal.

Além disso, no que diz respeito aos profissionais estrangeiros, ressalta-se que foi estipulada uma limitação normativa para definir de quais países os médicos poderiam vir para ingresso no Projeto. Essa delimitação aponta que o profissional estrangeiro deve ser habilitado para o exercício da medicina em país que apresente relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000 habitantes⁶⁹, conforme estatística da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2013d).

A partir da caracterização do Projeto Mais Médicos para o Brasil como ação formativa, participar dele significa estar vinculado a um processo de aperfeiçoamento em Atenção Básica estruturado em três eixos comuns a todos os profissionais vinculados: 1.

⁶⁸ Quando falamos de equidade, remetemo-nos ao princípio doutrinário do SUS que está relacionado à lógica de igualdade. A equidade corresponde ao processo de diminuição das desigualdades locais, regionais e nacionais quanto ao acesso aos serviços e aos recursos de saúde (BRASIL, 2007).

⁶⁹ Essa relação corresponde ao número de médicos por mil habitantes no Brasil, assim a portaria define que apenas profissionais formados ou atuantes em países com maior proporção de médicos por mil habitantes que a brasileira podem tentar ingresso no Projeto.

Curso de especialização em Atenção Básica; 2. Supervisão acadêmica; 3. Segundo ciclo formativo. Há um quarto eixo destinado aos profissionais “intercambistas individuais” e “cooperados”, que é Módulo de Acolhimento e Avaliação dos Médicos Intercambistas. Esse módulo tinha duração de 120 horas e é composto por aulas de língua portuguesa, legislação do SUS e programas de saúde do Brasil, em especial para a Atenção Básica. Para ingresso no Projeto, os médicos devem ser aprovados⁷⁰ no módulo de acolhimento e avaliação (BRASIL, 2013d).

Em 2014, uma nova portaria reestruturou o Módulo de Acolhimento e Avaliação configurado como primeiro momento formativo do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil com o objetivo de integrá-lo na atuação generalista na Atenção Básica, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), e de adequá-lo ao disposto na Lei do Mais Médicos. Essa reestruturação se deu com o aumento da carga-horária para 160 horas e com uma definição mais detalhada dos conteúdos constantes no módulo, que passaram a ser dividido em dois eixos. O Eixo de Língua portuguesa: I. Leitura; II. Compreensão Oral; III. Interação e Fluência; IV. Gramática, vocabulário e pronúncia; e V. Escrita. E o Eixo de Competências de Saúde: I - Conhecimento do Sistema Único de Saúde e da Política de Atenção Básica; II - Capacidade de realizar diagnóstico epidemiológico e socioeconômico da população adstrita e planejar ações de saúde; III - Desenvolvimento de Atitude proativa e cuidado humanizado; IV - Capacidade de realizar adequadamente anamnese e exame físico; V - Capacidade de realizar manejo clínico de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, com adequado gerenciamento do cuidado entre os níveis de Atenção; VI - Capacidade de realizar abordagem coletiva e educação em saúde (BRASIL, 2014b).

O primeiro eixo de aperfeiçoamento corresponde, como citado, ao desenvolvimento do Curso de Especialização em Atenção Básica, elemento condicionante para permanência do profissional no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Esse curso, realizado na modalidade à distância, é ofertado por Instituições de Ensino Superior vinculadas à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)⁷¹. No caso da Paraíba, os profissionais médicos atuantes no Projeto Mais

⁷⁰ A informação sobre a proporção de médicos reprovados e aprovados no módulo de acolhimento e avaliação não é pública, portanto não é possível explicitar nesta tese. Mas, tive a oportunidade de acompanhar duas turmas em formação no módulo, uma com 70 e outra com 50 médicos. Dessas turmas, todos os profissionais foram aprovados.

⁷¹ O Sistema Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS foi criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no SUS. O Sistema é composto por três elementos: a Rede colaborativa de instituições de ensino superior – que atualmente conta com 35 instituições de ensino superior, o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES e a Plataforma Arouca. Um dos objetivos da UNA-SUS é a educação permanente, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia dos serviços. Para isto, os cursos oferecidos pela Rede têm enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns (BRASIL, UNA-SUS, s/d).

Médicos para o Brasil ingressaram no Curso de Especialização ofertado pela Universidade Federal de Pernambuco. Esse curso da UFPE recebe uma subdenominação de Saúde das Famílias e das Comunidades e tem 360 horas/aula com dois momentos presenciais para realização de provas e defesa de um Trabalho de Conclusão de Curso⁷². É importante mencionar que o Curso de Especialização segue a legislação universitária, então os profissionais participantes são matriculados na Instituição de Ensino durante o período do curso. A universidade emite conceito mensal sobre o aproveitamento e frequência dos médicos nos cursos, o qual é consolidado pela UNA-SUS e enviado ao Ministério da Saúde para emissão de relatório sobre os profissionais.

O segundo eixo corresponde às ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas pela chamada supervisão acadêmica (BRASIL, 2013d). A supervisão é desenvolvida por docentes e/ou profissionais que podem ser selecionados pelas Instituições de Ensino Superior que aderiram ao Projeto. Os atores que participam desse processo de supervisão são chamados tutores e supervisores. Como funções, os tutores devem:

- I - coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;
- II - indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- III - monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- IV - integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço;
- V - relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado à ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição; e
- VI - apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no Projeto à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto (BRASIL, 2013d).

Como já relatado, na Paraíba, a instituição responsável pela tutoria acadêmica foi a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), atendendo à Portaria Normativa nº 14 de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013k). Na UFCG, após um mês da publicação dessa Portaria, estudantes de medicina buscaram debater com a reitoria da universidade, no intuito de solicitar cancelamento da adesão ao Projeto (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA

⁷² Informação disponível em: <http://sabertecnologias.com.br/?page_id=1356>. Acesso em: 10 fev. 2016.

GRANDE, 2013). Outro movimento de oposição ocorreu na UFPB, com a participação da reitora, fato que será comentado mais adiante.

Um fenômeno importante, ao considerar a adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, foi que a maior universidade do Estado da Paraíba, a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), não aderiu. Movimento intensos produzidos por estudantes de medicina, inclusive com participação de alunos de instituições privadas, e por docentes médicos levaram a uma reunião não oficial⁷³ com a reitoria da instituição, cuja deliberação foi de não adesão da UFPB ao Projeto. Mesmo diante da não adesão, grande parte do quadro de supervisores selecionados pela UFCG foi composta por docentes da UFPB, especialmente professores vinculados à Saúde Coletiva ou Medicina de Família e Comunidade. Um desses docentes, inclusive, foi convidado para dividir a tutoria do Projeto com o tutor da instituição de Campina Grande.

Para o exercício da supervisão, os chamados supervisores, que devem ser médicos, foram selecionados pelas instituições públicas de educação superior brasileiras, escolas de saúde pública e outras entidades privadas para atuar nas ações de aperfeiçoamento do Projeto, tendo, no mínimo, as seguintes atribuições:

- I - realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes;
- II - estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e "internet";
- III - aplicar instrumentos de avaliação; e
- IV - exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes, essenciais para o recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto (BRASIL, 2013d).

Ao longo do processo de implementação, além das atribuições regulamentadas, os supervisores passaram a desenvolver outras ações/atividades junto aos médicos e nos municípios. Quanto aos médicos, as ações desenvolvidas ocorreram no sentido de qualificar o que está escrito na norma, como, por exemplo, planejar o que será feito na “visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes”; e quanto aos municípios, o que não

⁷³ Menciono reunião não oficial pelo fato de não corresponder a nenhum órgão deliberativo da UFPB, como o Conselho Universitário (Consuni), o Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (Consepe) ou Conselho de Centro. O encontro ocorreu no dia 23 de julho de 2013 no auditório do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com a presença da reitora da UFPB e de cerca de 250 pessoas, sendo 121 médicos e os demais docentes e estudantes de medicina (SOUZA-MUÑOZ, 2013).

está explicitado na Portaria nº 1369 de 2013, surgiram ações de apoio às gestões como treinamentos para profissionais de saúde dados por alguns supervisores.

O terceiro eixo do processo de aperfeiçoamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil foi formulado somente em 2015, pela necessidade da manutenção das atividades acadêmicas dos médicos participantes que já tinham concluído o curso de especialização de 360 horas. Como o tempo de atuação de todos os médicos no Projeto foi definido em três anos, com possibilidade de prorrogação para mais três, no caso dos profissionais brasileiros, foi criado o Segundo Ciclo Formativo, caracterizado pela oferta de módulos educacionais, na modalidade à distância, disponíveis em Ambiente Virtual de Aprendizagem definido pela Coordenação Nacional do PMM (BRASIL, 2015d).

Outro aspecto importante definido pela Portaria do MS nº 1639, de 8 de julho de 2013, diz respeito à execução das ações do Projeto Mais Médicos para o Brasil nos Estados e Municípios. Para esta pesquisa, esse ponto é fundamental, uma vez que está diretamente relacionado ao processo de implantação, quando a política será colocada em prática nos níveis estadual e municipal. O elemento que surge no texto normativo é a criação das chamadas comissões estaduais⁷⁴, como instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do projeto no âmbito da respectiva unidade da federação (BRASIL, 2013d).

Essa modalidade de comissão estadual já havia sido normatizada desde abril de 2013, através da Portaria nº 568, que instituiu as Comissões de Coordenação Estaduais e do Distrito Federal do Provac. A comissão deveria ser composta por: I - Representação do Ministério da Saúde; II - Representação da Secretaria Estadual de Saúde; III - Conselho de Secretários Municipais de Saúde – Cosems; IV - Representação das Instituições Supervisoras (BRASIL, 2013l).

Os Estados da federação que já tinham criado as comissões estaduais para o Provac apenas acrescentaram uma representação da instituição supervisora do Projeto Mais Médicos para o Brasil na ocasião da publicação dos marcos legais do Mais Médicos (BRASIL, 2013m). Na Paraíba, quando da publicação da Portaria do Provac, não houve de imediato a instituição de uma comissão coordenadora. Membros da Secretaria de Estado da Saúde e da

⁷⁴ Cabe lembrar que durante o trabalho de campo, o acompanhamento da Comissão Coordenadora Estadual (CCE) na Paraíba foi central para a compreensão do processo de implementação do Programa.

Instituição Supervisora do Provac⁷⁵ mantinham encontros periódicos, mas sem configuração de uma institucionalidade.

Com a criação do Mais Médicos, a comissão estadual foi estruturada enquanto instituição, com a seguinte composição: I - 1 Representante do apoio institucional⁷⁶ do Ministério da Saúde para o PROVAB PB / PMMB PB; II - 1 Representante do apoio institucional do Ministério da Educação; III - 1 Representante da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; IV - 1 Representante da instituição Supervisora do Provac PB; V - 1 Representante da instituição Supervisora do PMMB PB; VI - 1 Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2015).

Mesmo com todo aparato normativo sendo produzido, caracterizando o processo de formulação do Programa Mais Médicos, o componente de maior expressão foi a criação da Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, publicada exatamente três meses depois da MP⁷⁷. Sob o aspecto legislativo, a lei se configura como dispositivo legal de maior força, quando comparada às medidas provisórias, portarias ou resoluções.

É possível perceber algumas mudanças entre o texto da Medida Provisória e a lei então publicada. Essas mudanças se deram em função dos embates provocados pela MP entre congressistas, Governo Federal via Ministério da Saúde, entidades médicas, Conselhos de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Saúde e de Educação.

De acordo com o Deputado Federal, relator do Projeto de Lei, Rogério Carvalho, o Programa é permanente por causa da Lei Federal. No seminário sobre o Programa, ocorrido em João Pessoa, em junho de 2014, o parlamentar explicou as disposições do Programa – vagas para cursos de medicina, residência médica etc., e expôs a ideia da residência de Medicina de Família e Comunidade como revolução da prática médica e como revolução da

⁷⁵ A instituição supervisora do Provac, desde o início, foi a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que iniciou as ações nesse Programa em 2012. Na época, provavelmente em razão do caráter apenas voltado para o trabalho de profissionais egressos dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, sem interferência na formação profissional e sem contrato com profissionais estrangeiros, não houve resistência à adesão da UFPB ao Programa, aparecendo apenas como mais um projeto de um dos Departamentos do Centro de Ciências Médicas, o de Promoção da Saúde, onde atuam professores das áreas da Saúde Coletiva, Medicina de Família, Doenças Infectocontagiosas, Dermatologia e Pneumologia.

⁷⁶ Os “apoiadores institucionais” do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação são profissionais selecionados e contratados por essas instituições para atuarem de maneira descentralizada na execução/implantação de uma política. Esses atores são os chamados referências descentralizadas, como já dito, e são elementos importantes da implantação da política, por atuarem como mediadores entre os demais atores vinculados ao PMM.

⁷⁷ A Constituição Federal define que a Medida Provisória é uma medida adotada pela Presidência da República em caso de “relevância e urgência”. A MP tem força de lei, mas requer aprovação no Congresso Nacional para se tornar lei oficialmente. A medida provisória deve ser aprovada pelo Congresso Nacional no prazo de 60 dias, com possibilidade de prorrogação desse prazo por tempo semelhante. Passado o prazo, em caso de não votação no legislativo, a MP perde o caráter de lei. Por isso, nota-se o tempo de três meses entre a MP do Mais Médicos e a Lei nº 12871 (BRASIL, 1988).

atenção primária. Além disso, procurou enfatizar o elemento político do PMM, quando o caracterizou como uma “coragem do governo em tomar a disputa da formação médica no Brasil como nunca havia ocorrido” (SEMINÁRIO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, MAIS SAÚDE PARA OS BRASILEIROS, 2014).

Em relação a essa disputa da formação médica, uma primeira mudança percebida no texto normativo foi a retirada, na lei, do que na MP constava como primeiro e segundo ciclo formativo na formação médica, com a atuação por dois anos na Atenção Básica como componente curricular obrigatório e emissão de diploma apenas após término do segundo ciclo. O que surgiu como alternativa foi a instituição de algumas modificações na estrutura curricular da graduação e ações no âmbito da pós-graduação, a exemplo da residência de Medicina Geral de Família e Comunidade⁷⁸, colocada como “revolução” pelo deputado no seminário em João Pessoa.

Essa revolução está associada, no discurso oficial do governo, ao fato de que cada egresso do curso de graduação em medicina teria uma vaga de residência médica e, para acessar alguns programas, haveria a necessidade de cursar um ou dois anos na Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Isso se constitui como mudança radical no processo de acesso à Residência no Brasil, já que, assumindo o papel de financiador de bolsas de residência, o Ministério da Saúde, através da Lei nº 12871, parece ter intenção de induzir alteração significativa nesse processo.

No entanto, não foi apenas no processo de formação médica que alterações foram feitas durante o debate político que ocorreu no intervalo de tempo entre a publicação da MP nº 621 de 2013 e a aprovação da Lei do Mais Médicos. No que diz respeito ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, em razão das resistências da classe médica ao PMM, o Ministério da Saúde passou a emitir registro de autorização para atuação dos profissionais estrangeiros (BRASIL, 2013n). Como vemos no texto da lei,

[...] § 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para

⁷⁸ A lei do Mais Médicos tratou como Medicina Geral de Família e Comunidade a especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC), que é reconhecida como especialidade médica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) desde 1981, quando o nome era Medicina Geral Comunitária (BRASIL, 1981a). Essa denominação de “geral” para a especialidade produziu uma série de críticas por parte de muitos médicos de família e comunidade do Brasil, com alguns passando a atuar contra o PMM, sob a organização da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Diante desse impasse político com a área da medicina mais próxima dos objetivos do Mais Médicos, o Ministério da Saúde publicou uma portaria definindo a equivalência entre as denominações de Medicina Geral de Família e Comunidade e Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2014c).

o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdiciona na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM (BRASIL, 2013c).

Esse procedimento de registro de médicos por instituição pública que não a de classe como os Conselhos Regionais de Medicina ocorreu pela primeira vez, desde a criação da autarquia na década de 1950⁷⁹. Assim, sob o discurso de que o MS estava assumindo o papel dos CRM de emitir a certificação de atuação profissional, muitas críticas foram feitas por parte da classe médica e especialmente pelo chamado movimento médico oficial. Em termos de uma leitura sobre o *campo* e a profissão médica, essa ação do Ministério da Saúde representa uma violação ao que Bourdieu designa por autonomia. No sentido de que, para o autor, essa autonomia está relacionada ao reconhecimento social obtido pelo campo, e o registro de médicos por instituição que não da profissão pode representar um impacto negativo nesse reconhecimento (BOURDIEU, 1983).

Outro aspecto também definido pela lei do Mais Médicos é a melhoria da estrutura física das unidades de saúde. Conforme o texto normativo, o SUS terá o prazo de cinco anos para dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, de modo a oferecer boas condições de trabalho aos profissionais (BRASIL, 2013c).

Percebe-se, no conjunto de documentos que normatizam a formulação do Programa Mais Médicos, que a definição das estratégias de efetivação da política vai se desenhando, como já mencionado, nos três eixos do Programa – eixo provimento emergencial, eixo formação para o SUS e eixo ampliação e melhoria da infraestrutura.

Em resumo, o conjunto de instrumentos normativos do PMM, mencionados neste tópico do capítulo, evidencia os interesses que embasam a formulação da política. Para

⁷⁹ O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira (BRASIL, 1957).

permitir uma visão geral desses instrumentos, foi elaborado o quadro abaixo considerando a ordem cronológica de cada um deles.

Quadro 4 – Caracterização dos instrumentos normativos que constituíram o Programa Mais Médicos.

Instrumento normativo	Escopo e estrutura	Conteúdo
Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011. Essa portaria foi modificada pela Portaria Nº 203 GM/MS, de 08 de fevereiro de 2013.	Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família. Construída com sete artigos.	Definição de “áreas prioritárias” consideradas com escassez de médicos; estabelecimento de critérios para desconto e extensão do prazo de carência do FIES; normativa para solicitação da ampliação dos benefícios referentes ao FIES por parte dos médicos.
Portaria Nº 568, de 5 de abril de 2013.	Criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Constituída por onze artigos e dois anexos (lista de recursos de financeiros por estado; termo de compromisso entre o estado e o MS)	Composição da Comissão de Coordenação Estadual; atribuição da Comissão; Definição do quantitativo de recursos financeiros para cada estado; regras para a obtenção desse recurso.
Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013.	Institui o Programa Mais Médicos. Contém cinco capítulos e compostos por 27 artigos.	Diretrizes gerais do Programa Mais Médicos; Processo de autorização de novos cursos de medicina; Mudanças na formação médica; características do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
Decreto Nº 8.040, de 8 de julho de 2013.	Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos. Composto por oito artigos.	Composição do Comitê Gestor e do Grupo Executivo do PMM; atribuição dos CRM de expedir registros provisórios para os “intercambistas individuais” e “cooperados”.
Portaria Nº 1639, de 8 de julho de 2013.	Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Construída com sete capítulos compostos por quarenta artigos.	Diretrizes gerais do Projeto Mais Médicos para o Brasil; Funcionamento do Projeto; Atribuições das instituições vinculadas (Estado e Instituições de Ensino); Atribuições dos atores (tutores e supervisores); Caracterização do Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos “intercambistas” e “cooperados”; processo de formação dos médicos vinculados ao PMM (especialização); Direitos e deveres dos médicos do programa; Trabalho dos médicos do PMM; Penalidades para os médicos que não cumprirem com as atribuições definidas pelo PMM.

(continua na próxima página)

Portaria normativa Nº 14 MEC, de 9 de julho de 2013	Dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federais de educação superior ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Configurada com seis artigos e um anexo que é o “Termo de Pré-Adesão ao Projeto Mais Médicos.	Definição das instituições que podem aderir ao Projeto; Atribuições das instituições de ensino diante do Projeto; atribuições dos tutores e supervisores.
Decreto Nº 8.081, de 23 de agosto de 2013.	Altera o Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013, que institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos. Composto por um artigo.	Define que tutores e supervisores poderão ser representados pela Advocacia Geral da União quanto aos aspectos relativos ao Projeto Mais Médicos.
Portaria Conjunta Nº 01 SGTES/MS/SESu/MEC, de 21 de janeiro de 2014.	Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e é composta por vinte e cinco artigos.	Define os objetivos e funcionamento do Módulo de Acolhimento e Avaliação dos “intercambistas” e “cooperados”; Duração do Módulo; Temas dos eixos do Módulo – língua portuguesa e “competências em saúde”; formação de avaliação dos médicos no Módulo.
Lei Federal Nº 12.871 de 22 de outubro de 2013	Organizada em cinco capítulos com trinta e seis artigos.	Diretrizes gerais do Programa Mais Médicos; autorização para abertura de vagas nos cursos de medicina; mudanças na formação médica; constituição do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (regulamenta a relação entre serviços de saúde e instituições de ensino); organização do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
Portaria conjunta nº 2 SGTES/MS/SESu/MEC, de 24 de janeiro de 2014	Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade	Define os termos equivalentes e cria grupo de trabalho para definir possibilidades de aumento das atividades na Atenção Básica para graduandos e ampliação da oferta de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no país.
Regimento Interno da Comissão Coordenadora Estadual dos Programas de Provimento do Ministério da Saúde PROVAB e Mais Médicos da Paraíba - CCE-PB, de 19 de maio de 2015.	Composto por 22 artigos.	Composição da CCE; atribuições dos membros da Comissão; funcionamento da Comissão; organização do trabalho dos membros da CCE; nomeação dos membros titulares e suplentes da Comissão.

Fonte: elaborado pelo autor.

A partir da familiarização do leitor com os elementos normativos do Programa Mais Médicos, acredito ser possível apresentar agora o contexto social e político durante o processo de formulação e início da implementação do PMM.

4.3.2 Contexto político-social e a criação do Programa Mais Médicos

Já foi discutido que o enfrentamento da problemática da escassez de profissionais médicos em algumas regiões, especialmente as mais pobres e do interior, configura-se como uma preocupação nacional e internacional. Considerando a opção da política de saúde brasileira, tendo a Atenção Básica como estratégia maior de expansão da cobertura assistencial e assim garantir a universalidade do SUS, a compreensão de que a quantidade de médicos é insuficiente já pode ser considerada um fato. E não é apenas na saúde da família que esse fato se manifesta. Percorrendo as trajetórias do Mais Médicos na Paraíba, foi possível encontrar vários serviços com a funcionalidade diminuída pela falta de médicos, como, por exemplo, um hospital, em um município do litoral norte da Paraíba, que foi inaugurado e durante vários meses não conseguiu prestar assistência com todo seu potencial (cirurgias, atendimento em pediatria, obstetrícia, clínica médica, ortopedia etc.) na maioria dos dias da semana – na pediatria, por exemplo, só havia plantonistas três dias na semana.

Em todos os municípios onde estive, mesmo com a implementação do PMM, os gestores locais mantinham a preocupação de que a escassez de médicos não seria revertida de maneira duradoura. Sempre havia uma ou outra equipe de saúde⁸⁰ cujo médico havia saído, segundo os gestores, ou por terem encontrado outro emprego ou por terem passado na residência médica. Assim, mesmo com a existência do Mais Médicos, era perceptível a apreensão dos municípios (gestores municipais), e também da população (já que se sabia que o Programa teria prazo definido para terminar), quanto à manutenção do *deficit* assistencial.

O período era o do início da primeira gestão da presidenta Dilma Rousseff que tinha como Ministro da Saúde o médico Alexandre Padilha. Uma das primeiras ações do ministério foi o Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade, que teve como objetivos:

[...] propiciar o aprofundamento do debate sobre o tema, e oferecer subsídios para a análise das iniciativas já existentes, lições aprendidas e para a construção de propostas com viabilidade técnica e política de enfrentamento do desafio de assegurar o acesso universal com qualidade e humanização aos serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

⁸⁰ Em um município, nem todas as equipes de saúde eram ocupadas pelos médicos do Mais Médicos. Em todos pelos quais passei, havia equipes compostas por médicos contratados. Eram esses profissionais que eventualmente deixavam a localidade. Essa definição de quais equipes seriam vinculadas ao PMM era feita pelo gestor local no momento da adesão ao Programa.

A partir desses objetivos, as estratégias pensadas apontaram para os seguintes aspectos: iniciativas educacionais para provimento e fixação no SUS; graduação e Residência Médica como fatores de fixação de médicos; carreira Multiprofissional ou Carreira Médica; Serviço Militar; Serviço Civil. Nesse sentido, surgiram as propostas de ampliação das vagas de graduação em medicina, de aumento das vagas de residência médica, de ampliação de ações de telemedicina através do Telessaúde, de apontamentos para a criação de Planos de Carreira, Cargos e Salários, e de serviço civil. Quanto a esse último item, foi realizada uma pesquisa com 1500 estudantes de medicina sobre elementos que poderiam motivar a realização de serviço civil voluntário em áreas remotas e de difícil acesso, cujas respostas, em ordem de frequência, foram: salário (624); assegurar vaga se já selecionado em programas de residência (522); pontuação para processos de seleção de residência médica e especialização (234); segurança (60); supervisão (49); moradia (11) (BRASIL, 2012a).

Esses elementos, no entanto, não são obra de um governo específico, mas refletem o pensamento de setores do Estado e da Sociedade quanto ao tema da escassez de médicos. Pode-se dizer isso pelo fato de, na década anterior a 2000, algumas ações semelhantes já terem sido definidas e, como avalia Da Ros (2013), não tiveram o impacto esperado. A autor comenta que:

As diretrizes curriculares nacionais (DCN), aprovadas em 2001⁸¹, pareciam ser a saída. Como elas, na prática, não se efetivaram, o governo, em 2002, lança o edital do Pró-Med⁸² para estimular as mudanças curriculares na direção das DCNs. Acreditando na sua eficácia, o governo amplia, no ano seguinte, e abre, para outros cursos da área da saúde, o Pró-saúde. É possível que tais políticas tenham tido algum grau de impacto (não mensurado adequadamente), mas, na prática, o problema continuava como se nenhuma medida tivesse sido tomada.

Acho importante essa história para o debate a fim de que se enfatizem as diversas tentativas - criação do PSF, salários consequentes, DCN, estímulo para mudanças curriculares, ampliação de vagas para residências em MFC (que não são preenchidas) e bolsas para preceptores-tutores nas UBSs (com o programa PET) - e como tudo isso parece não mexer com o imaginário dos médicos em relação às necessidades da população (DA ROS, 2013, p. 932).

⁸¹ Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001, chamada de “antigas diretrizes curriculares de medicina” após a publicação das Novas DCN em 2014.

⁸² Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – Promed (BRASIL, 2002b).

Ou seja, as medidas, segundo o autor, não foram suficientes para mudar a distribuição dos médicos ou a maneira como esses profissionais viam o sistema de saúde e os problemas de saúde das pessoas.

Retomando a problemática, em 2011 o contexto nacional era diferente e já havia as experiências da década de 2000 para subsidiar outras ações. E a que apareceu mais evidenciada após o seminário de 2011 foi o provimento de médicos em áreas distantes e de difícil acesso. Somando-se isso à pesquisa com os estudantes de medicina, é possível visualizar os elementos de constituição do Provab⁸³.

No final de 2012, como relatou o Ministro Arthur Chioro, no Seminário do Mais Médicos realizado em João Pessoa, uma comitiva brasileira esteve em Cuba para discutir possibilidade de cooperação, articulada com a Organização Pan-americana de Saúde para a Atenção Básica no Brasil.

Até 2013, no entanto, parecia haver certa fragmentação das propostas governamentais para o enfrentamento da escassez de profissionais médicos, tanto que, como já dito, as ações não tiveram grande impacto na mudança da realidade. Um fenômeno que corroborou isso foi o movimento proposto pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP)⁸⁴ chamado Cadê o médico?, que contou com uma petição online lançada em fevereiro de 2013 para solicitar do Governo Federal providências quanto ao problema (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2016a).

Outro fenômeno contextual que ocorreu em 2013 e que serviu como um gatilho para a formulação do Programa Mais Médicos foi o conjunto de manifestações de rua iniciadas em fevereiro daquele ano. No princípio, os movimentos surgiram por ações do Movimento Passe Livre contra o aumento das passagens do transporte público iniciado em São Paulo. O Movimento existe desde o início dos anos 2000 e tem como pautas os direitos do cidadão no que diz respeito à mobilidade urbana de uma forma geral, a qual deveria ser considerada como um direito fundamental, tal como o direito à educação, à saúde etc. (SCHERER-WARREN, 2014).

Os protestos foram ganhando novos atores e dimensões, alcançando seu auge no mês de junho de 2013, quando não era mais possível saber quantas pautas ou grupos faziam parte das aglomerações nas ruas. Pode-se perceber uma grande variedade de problemas que justificavam as manifestações, dentre eles as melhorias no sistema de saúde. Nas ruas, não

⁸³ Composto pelos elementos bolsa, pontuação para residência médica e supervisão, como levantados na pesquisa com os acadêmicos de medicina.

⁸⁴ Fundada em 1989, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) é a única entidade municipalista nacional dirigida exclusivamente por prefeitas e prefeitos em exercício dos seus mandatos. A FNP tem como foco de atuação os 658 municípios com mais de 50 mil habitantes. Esse recorte abrange 100% das capitais, 68% dos habitantes e 80% do Produto Interno Bruto (PIB) do país (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2016b).

estava claro o que se queria quanto às mudanças no sistema de saúde, pois rapidamente o processo de mobilização se configurou como manifestação geral contra o governo, especialmente o Governo Federal. Ou seja, não havia uma reivindicação clara para a saúde nos movimentos de rua de 2013.

Foi nesse contexto político-social que, no início de julho de 2013, o Governo Federal lançou o Pacto Nacional pela Saúde, com o *slogan* Mais Médicos para o Brasil, Mais Saúde para Você. O Pacto surgiu trazendo propostas de mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação (BRASIL, 2013o; BRASIL, 2013p). Concomitantemente, foi publicada a Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, instituindo o Programa Mais Médicos.

Kingdon (2014) explica que, para um problema ser passível de formulação política, são necessários dois elementos principais: os participantes ativos na formulação e os processos cujos itens ou alternativas da agenda recebem destaque. Assim, os passos históricos relatados correspondem a apenas um dos elementos – apesar do expressivo destaque nas ruas – que colocaram a pauta da escassez de médicos na agenda política brasileira com tamanha intensidade. Os outros são os atores envolvidos e dotados de capital político, no sentido de Bourdieu (1980), e os pontos escolhidos – destaques da agenda – como estratégias de ação política.

Isso é o que Cortes e Lima (2012) chamam de aspectos cognitivos e normativos da composição de uma política, passíveis de análise sociológica. As autoras explicam que

[...] atores da sociedade constroem determinadas problemáticas, formulam certas explicações e soluções para elas e apresentam-nas à esfera política com o objetivo de inserir esses problemas, e também as explicações e propostas de solução, na agenda governamental (CORTES; LIMA, 2012, p. 46).

Para isso, é preciso que esses atores detenham certa quantidade de “capital” nas disputas dentro do *campo* político. Considerando a FNP, por exemplo, a representação ocorre a partir dos maiores municípios brasileiros, os quais possuem, conseqüentemente, a maior riqueza e expressividade diante do Governo Federal. Alguns atores da área da saúde, como, por exemplo, acadêmicos ou profissionais dos serviços de saúde, estudiosos da saúde pública e saúde coletiva, atuantes na sociedade ou integrando o governo, também marcaram influência no *campo* político para inserção das ideias que levaram à formulação do Mais

Médicos. Ou seja, não basta uma ideia surgir para ser considerada como fonte de formulação política, é necessário um jogo de disputas que envolvem forças políticas estatais e societais.

Nesse sentido, tanto a construção dos problemas na esfera societal quanto a seleção daqueles que integrarão a agenda dos governos dependem dos valores, crenças, posições e interesses dos atores societais e governamentais (SABATIER; WEIBLE, 2007 apud CORTES; LIMA, 2012).

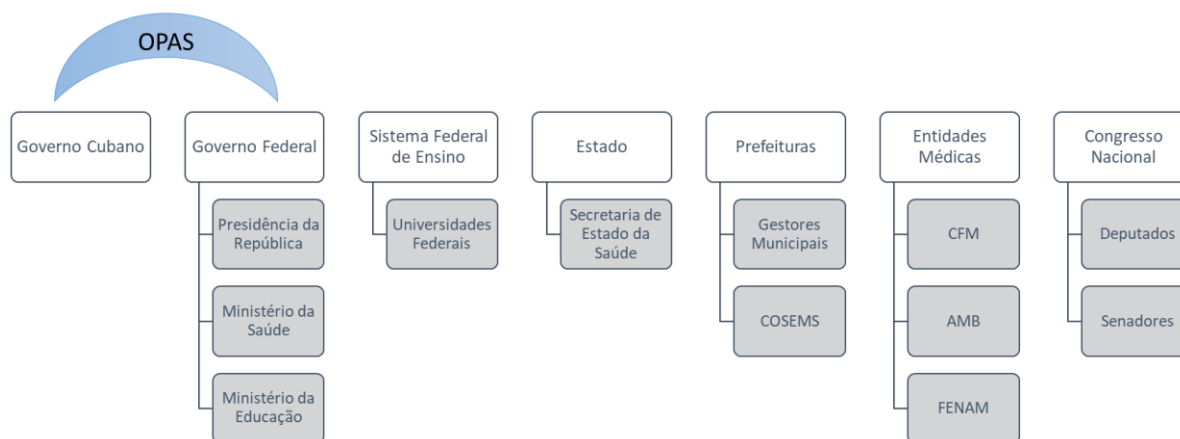
Tendo as mobilizações sociais como pano de fundo do contexto sócio-político, havia uma intensa movimentação institucional representada, de um lado, por uma parcela das prefeituras do país que solicitavam ações para solução do problema da falta de médicos, e, por outro, pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde em interação com segmentos da medicina – através das entidades médicas – e da educação, considerando o Ministério da Educação e o Sistema Federal de Ensino.

No âmbito do Ministério da Saúde, em virtude da ênfase dada ao Pacto Nacional pela Saúde, ocorreu, em agosto de 2013, a criação do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps)⁸⁵, com modificação do organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde através do Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013.

Tentando criar um mapa dessas articulações institucionais, temos o seguinte: Governo Federal – Presidência da República, Ministério da Saúde, Ministério da Educação; Sistema Federal de Ensino – Universidades Federais; Prefeituras – gestores municipais, Conasems; Entidades Médicas – CFM, AMB, Fenam, etc.; Congresso Nacional – deputados e senadores. Somando-se ainda as relações internacionais entre Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Governo cubano e Presidência da República do Brasil. A figura abaixo sistematiza essas instituições:

⁸⁵ São objetivos do Depreps: - Planejar, coordenar, monitorar e avaliar a provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS mediante a integração ensino-serviço; - Planejar, coordenar, monitorar e avaliar a celebração dos termos de cooperação com as instituições de ensino que prestam o curso de Especialização em Saúde da Família; - Coordenar o curso de Especialização em Saúde da Família junto à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e instituições de ensino a ela filiadas; - Planejar, coordenar e monitorar o projeto político-pedagógico, o processo de certificação e a avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS; - Planejar a estratégia de ação dos programas de provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS em áreas carentes e remotas do País; - Promover a articulação dos setores de saúde e educação nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2014d).

Figura 3 – Instituições envolvidas com a criação do Programa Mais Médicos



Fonte: Elaborado pelo autor

No cenário local, da Paraíba, o contexto era semelhante quanto aos aspectos que suscitaram as manifestações. Porém, algumas especificidades são importantes para compreender o processo de implementação no Estado. Ressalta-se o papel das instituições de ensino, especialmente da UFPB, com tradição de formação para a saúde pública no Estado, sendo dessa instituição o docente médico cedido para atuação no Governo Federal e que seria o coordenador nacional do Programa Mais Médicos como Diretor do Depreps, o já mencionado professor Felipe Proenço de Oliveira, nomeado Diretor de Programa da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 28 de junho de 2012⁸⁶. É importante considerar que na UFPB, mais especificamente no Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas (DPS/CCM), há um conjunto de docentes, tanto médicos quanto de outras profissões de saúde, que assumem posição política sobre o Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica, pensando a saúde como direito fundamental e integral, tais como o coordenador do PMM, chegando a assumir cargos no nível federal. Além disso, havia três professores cedidos para o Ministério da Saúde, dois deles na SGTES⁸⁷.

⁸⁶ BRASÍLIA. *Diário Oficial da União*, nº 124, 28 de junho de 2012. Depois passou a ser Diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da SGTES, com publicação no DOU do dia 2 de setembro de 2013.

⁸⁷ Alexandre Medeiros de Figueiredo, nomeado em 2 de setembro de 2013 como Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES. E André Luis Bonifácio de Carvalho, que ocupou, dentre outros cargos, o de diretor do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Segep) do Ministério da Saúde.

Ressalte-se que o DPS é responsável pelo conjunto de professores da área de Medicina de Família e Comunidade, muito enfatizada na formulação do Mais Médicos. São nove docentes com formação específica na MFC, e ainda outros médicos muito próximos da Atenção Básica. É desse local que falo e que parto para fazer esta pesquisa, como já apresentei anteriormente. Apesar desse contexto local da universidade, como já mencionado, a UFPB não aderiu ao PMM, o que se explica pela atuação de outras forças políticas do campo médico.

5 ENTRE MÉDICOS: TENSÕES POLÍTICO-ÉTICAS DA PROFISSÃO

Gomes (2016), em sua tese de doutorado sobre a atuação política dos médicos brasileiros, argumenta que mesmo havendo uma grande mobilização social nas ruas, fortalecida pela atuação das prefeituras, solicitando providências do Governo Federal quanto à escassez de médicos, a política não foi formulada apenas dentro da burocracia do Estado.

O autor explica que foi necessária uma mobilização dentro da própria medicina, mas não nos setores institucionais das entidades médicas (docentes, pesquisadores, profissionais que estão na assistência, profissionais vinculados à política através de partidos políticos), ou seja, houve um conjunto de atores sociais vinculados à profissão médica que atuou em diversos cenários no sentido de contribuir com a formulação e implementação do PMM (GOMES, 2016).

Esses movimentos geraram tensões, daí a importância de caracterizar o chamado movimento médico oficial, estruturado através das instituições corporativas da profissão, denominadas de entidades médicas, passando por uma reflexão sobre o modo de agir desses outros atores médicos atuantes na política pública e contextualizando como isso está alicerçado em uma epistemologia da profissão médica.

Os estudos sobre a profissão e a formação profissional do médico são inúmeros desde a década de 1970. Na sociologia, esses estudos demonstram que a profissão médica estabelece para si parâmetros do campo na tentativa de blindá-lo às interferências externas. Analisando o contexto de formulação e acompanhando a implementação do Mais Médicos, foi possível visualizar como isso se opera.

Machado (1997, p. 22) analisa que “[...] os médicos adquiriram, historicamente, o monopólio de praticar a medicina de forma exclusiva, colocando na ilegalidade e clandestinidade todos os praticantes empíricos e curiosos desse ofício”. A autora acrescenta ainda que a “autonomia técnica e econômica” se torna um dos fundamentos da prática liberal, por isso, para ela, a medicina comporta os elementos do que designa de tipo ideal-liberal. Isso pode explicar, como se verá, as reações e algumas estratégias utilizadas pela profissão para fazer oposição ao Programa Mais Médicos.

5.1 A formação como domínio de disputas

Assim, considerando a pauta de disputas das entidades médicas durante o contexto histórico da formulação do PMM, Gomes (2016) expõe dois elementos que demonstram o interesse da profissão, a partir das entidades médicas, quanto ao controle da prática liberal: 1. A ênfase na utilização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referência para orientar a negociação dos valores dos procedimentos, com a necessidade de ajustes anuais em sua tabela de preços, e que seria um marco ao recolocar os médicos no domínio do escopo de sua própria atividade⁸⁸; 2. Defesa da atuação profissional via cooperativismo, considerando que cooperativas médicas, no formato das Unimed, representariam um retorno ao liberalismo, sendo, desse modo, uma estratégia para se garantir a prática autônoma, especialmente a manutenção do controle da captação de clientela e da definição do valor dos seus serviços no mercado. Na verdade, essas reivindicações eram de duas ordens: uma de ordem econômica e outra de cunho político e corporativista, na busca de fortalecimento da hegemonia e autonomia do *campo* e profissão médica.

Percebe-se, nas palavras do autor, a partir desses elementos de atuação político-econômica da profissão, que a escassez de médicos em áreas vulneráveis e de difícil acesso não estava na agenda de disputa do movimento médico oficial, mas passou a fazer parte à medida que o Programa Mais Médicos ousou modificar parâmetros formativos e o Ministério da Saúde passou também a dizer “quem pode ser médico”⁸⁹.

Tendo esses aspectos como pano de fundo, as entidades médicas construíram um conjunto de ações visando inicialmente cancelar o Programa Mais Médicos. Sem êxito, adotaram estratégias para enfraquecer e deslegitimar o programa. Quando da época da publicação da Medida Provisória nº 621/2013, duas táticas passaram a ser utilizadas por tais entidades: uma seria a articulação com parlamentares no Congresso Nacional e a outra a elaboração de campanhas de mobilização entre os médicos brasileiros. Seriam modos de desqualificar o Programa tanto em seus objetivos quanto na adesão de profissionais.

A ideia de táticas é encontrada em Certeau (1998) representando um conjunto de ações calculadas que ocorrem no lugar do outro. Esse “outro”, no caso do PMM, seria o governo (nas ações junto aos parlamentares) e os serviços de saúde (nas ações junto aos médicos

⁸⁸ A partir da CBHPM, as entidades médicas representadas pelo Conselho Federal da Medicina, Conselhos Regionais de Medicina dos Estados, a Federação Nacional dos Médicos e a Associação Médica Brasileira e Associação Nacional dos Médicos Residentes disputam a definição do quanto vale cada ato profissional e, conseqüentemente, quanto o profissional pode cobrar ou deve receber para executá-lo. Ou seja, é uma disputa de preço de serviço prestado, colocando a lógica da profissão em um mercado de bens e serviços, característico da atuação liberal.

⁸⁹ Lembrando da emissão do registro de exercício da medicina pelo Ministério da Saúde para profissionais “intercambistas individuais” e “cooperados”.

brasileiros). Essas táticas fazem parte da estratégia do movimento médico oficial de garantir a manutenção do lugar de poder da profissão (CERTEAU, 1998).

Pode-se entender este fenômeno a partir das posições que surgiram com a publicação da MP e a criação do Programa. Assim, tinha-se uma ideia, proveniente do senso comum, de que médicos mantinham envolvimento político para além dos aspectos profissionais, ou seja, envolvimento político-partidário. Muitos profissionais, há tempos, são candidatos aos mais diversos cargos políticos, desde vereadores até senadores da república. Porém, a dimensão empírica do fenômeno fica mais explícita quando analisadas as informações da Câmara dos Deputados em relação à MP do Mais Médicos. Após a publicação da MP nº 621, em 8 de julho de 2013, foram protocoladas 580⁹⁰ emendas à proposta. Para se ter uma ideia do isso representa, enquanto escrevo esta tese o cenário político do país discute uma proposta de Reforma da Previdência, elemento que impacta praticamente toda a sociedade brasileira. Para essa Reforma, foram protocoladas 164 emendas.

Essas 580 emendas foram criadas por 72 deputados diferentes, de diversos partidos políticos, do Partido Comunista do Brasil (PCdoB) ao Democratas (DEM), tanto de esquerda quanto de direita. Considerando a quantidade de emendas por deputado, 12 deles criaram mais de 20 pedidos protocolados. Desses 12 políticos com mais de 20 emendas, 9 eram médicos. Além da inserção de médicos como parlamentares, a atuação das entidades médicas ocorreu também através da criação da Comissão de Assuntos Políticos⁹¹, que tinha como papel acompanhar as pautas da categoria médica no legislativo. Através dessa comissão, membros das entidades mantinham contatos periódicos com membros da política nacional (GOMES, 2016).

Quanto ao conteúdo, os dois principais temas das emendas foram a necessidade da revalidação de diplomas para a atuação dos médicos estrangeiros e a retirada da necessidade de os estudantes cursarem o segundo ciclo de dois anos após os seis de graduação (CÂMARA DOS DEPUTADOS, s/d). Oliveira et al. (2017), analisando as emendas dos parlamentares, encontraram que 62% delas foram relativas ao Capítulo IV, “Do Projeto Mais Médicos para o

⁹⁰ Foram 567 emendas na comissão que podem ser para suprimir, substituir, acrescentar ou modificar algo de um projeto de lei analisado pelo legislativo, e 13 emendas aglutinativas de plenário. Fonte: Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

⁹¹ Essa Comissão realiza uma espécie de *lobby* junto aos parlamentares no Congresso Nacional. No site do CFM, na internet, encontra-se o seguinte: Por meio da Comissão de Assuntos Políticos (CAP), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) há muito vêm desenvolvendo, no âmbito do parlamento brasileiro, ação de aproximação levando o posicionamento dos médicos sobre as grandes questões nacionais que por ali transitam. A Comissão atua presencialmente junto aos relatores de cada projeto que julga relevante, esclarecendo os parlamentares com argumentos técnicos, apresentando pareceres para as matérias de Saúde e Medicina que tramitam no Congresso Nacional. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26225>. Acesso em: 25 jan. 2018.

Brasil”, da Medida Provisória, tema de grande polêmica naquele momento, por permitir o ingresso de médicos estrangeiros sem a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida).

Diante disso, a reação da profissão em relação ao Mais Médicos foi exigir politicamente a realização da revalidação de diploma como teste de competência para os médicos estrangeiros, com o intuito de garantir a manutenção do poder de definir quem pode atuar como profissional. Isso representa uma estratégia de manutenção do poder de credenciar profissionais ameaçado pelo fato de o Ministério da Saúde passar a emitir registro de atuação profissional para os médicos “intercambistas individuais” e “cooperados”. Além disso, percebe-se a atuação para manter o poder de definição de como deve ser a formação profissional, considerando a oposição para não ampliação do tempo de graduação.

Como já dito, essa pressão surtiu efeito e, quando da transformação da MP em lei, já na fase de implementação, o elemento segundo ciclo foi retirado do texto normativo, mantendo-se o fato de que os estrangeiros atuariam sem a necessidade de revalidar o diploma, desde que desenvolvessem trabalho no âmbito da Atenção Básica e durante tempo preestabelecido pelo PMM. Esse aspecto, segundo Oliveira et al. (2017), permitiu um avanço normativo na lei, com destaque particular para a criação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina e para interiorização das escolas médicas, com o estabelecimento de critérios para abertura de cursos em locais do interior.

Em relação aos novos cursos, foram abertas 98 escolas de medicina no Brasil desde a publicação da Lei nº 12871, em outubro de 2013, até janeiro de 2018. Na Paraíba, surgiram duas novas escolas médicas após o início do Programa Mais Médicos, sendo uma delas no sertão do estado.

A outra estratégia das entidades médicas, além da articulação com os parlamentares, foi a atuação direta junto aos médicos. Para isso, foi criado o Comitê Nacional de Mobilização, com o intuito de estimular os profissionais a fazerem manifestações nas ruas e propaganda contra o Programa durante as consultas dos pacientes (GOMES, 2016). Mesmo antes da publicação da MP do Mais Médicos, logo após os anúncios decorrentes da discussão sobre o Pacto Nacional pela Saúde, os Conselhos de Medicina, juntamente com outras entidades médicas, articularam inúmeras manifestações de rua contra a vinda de médicos estrangeiros e contra os vetos presidenciais a partes da chamada Lei do Ato Médico⁹². Nesse

⁹² No mesmo mês de julho de 2013, acabara de tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 268, de 2002 (nº 7.703/06 na Câmara dos Deputados), que “Dispõe sobre o exercício da Medicina”. Esse projeto, chamado

sentido, durante o mês de julho de 2013, ocorreram várias manifestações em todos os Estados brasileiros (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Na Paraíba, organizadas pelo Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos da Paraíba e Associação Médica da Paraíba, e contando com a participação de médicos, residentes e estudantes de graduação em medicina, ocorreram manifestações no dia 3 de julho, reunião na UFPB no dia 23 de julho e paralização dos profissionais nos dias 30 e 31 de julho de 2013.

Além das manifestações de rua naquele ano, um fato foi importante para compreender a articulação das entidades no Estado. Refiro-me à reunião não oficial que ocorreu na Universidade Federal da Paraíba. O encontro se deu no dia 23 de julho de 2013, no auditório do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), com a presença da reitora da UFPB e de cerca de 250 pessoas, sendo 121 médicos e os demais docentes e estudantes de medicina (SOUZA-MUÑOZ, 2013). Muitos estudantes eram provenientes de escolas médicas privadas de João Pessoa, já entre os profissionais estavam médicos do HULW, docentes do curso de graduação em medicina e membros das entidades médicas. Refiro-me a ela como não oficial pelo fato de não corresponder a nenhum órgão deliberativo da UFPB, como o Conselho Universitário (Consuni), o Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (Consepe) ou Conselho de Centro, o que a torna um fato político.

Muitos docentes da UFPB, assim como médicos do HULW estão vinculados às entidades médicas paraibanas (enquanto escrevo esta tese, o cargo de presidente do CRM da Paraíba é ocupado por um ex-professor e médico do Hospital Universitário da área da pediatria). Além disso, a base de apoio para a eleição da reitoria da Universidade Federal da Paraíba contou com uma maioria de docentes do Centro de Ciências Médicas, portanto médicos, e profissionais do HULW.

Esse contexto político-institucional deu espaço para a realização da reunião do dia 23 de julho que teve como decisão a não adesão da UFPB ao Programa Mais Médicos. Essa relação entre a profissão médica e a gestão universitária, além da participação de acadêmicos provenientes de outras faculdades, em que há grande resistência por parte de estudantes e docentes da UFPB⁹³, configura-se como um fenômeno representativo do poder profissional da

“Lei do Ato Médico”, recebeu vetos presidenciais em algumas partes, o que foi considerado pelas entidades médicas como um “ataque” do governo à profissão.

⁹³ Esse fenômeno é interessante. Devido a minha inserção na estrutura universitária, pude participar de várias reuniões (de trabalho, não diretamente da pesquisa) junto a outras instituições de ensino e órgãos como as Secretarias Municipais de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde para fins de organização de estágios para os estudantes. Correntemente, docentes ou gestores do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba denunciam as escolas privadas quanto a “maior facilidade” em obter locais de estágio “devido ao pagamento

medicina. Como afirma Machado (1997), o fato de a medicina, nos tempos atuais, configurar-se como uma profissão de sucesso profissional e de reconhecimento em todo o mundo a torna um campo de alta adesão de seus membros ao projeto profissional, permitindo influenciar decisões de outras instituições, como no caso da UFPB.

Somando o trabalho de mobilização junto aos médicos e a atuação institucional das entidades junto à UFPB, o início da implementação do PMM no Estado foi acompanhado de um conjunto de críticas da categoria médica, especialmente nas redes sociais, com posicionamentos contrários ao Programa e postagem de filmes com relatos de pacientes que estavam sendo atendidos por médicos estrangeiros. Contrariamente a tais divulgações, não existem relatos de episódios de constrangimentos diretos proferidos aos profissionais cubanos chegando para o trabalho na Paraíba, como é relatado em outras partes do Brasil.

Nos contatos que tive com os membros da Comissão Coordenadora Estadual, ficou a ideia de uma “acolhida apaziguada” no Estado, diferente de outras localidades, onde ocorreram manifestações agressivas e racismo. Na chegada dos primeiros estrangeiros ao Estado, o que se repetiu em outras ocasiões, os profissionais foram recebidos por uma comitiva da Secretaria Estadual de Saúde acompanhada por profissionais de saúde que apoiavam o Mais Médicos e por integrantes de movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Movimento da Consulta Popular.

As ações das entidades médicas diante do Mais Médicos seguiram as entidades nacionais. Assim, várias petições judiciais foram feitas e algumas medidas judiciais foram tomadas no início para considerar o PMM uma atividade inconstitucional; passando pelo não registro dos médicos estrangeiros vinculados ao PMM, que sempre foram considerados *não médicos* no discurso oficial das entidades médicas; continuando com a tentativa de estipular a não validade dos atestados⁹⁴ emitidos pelos médicos estrangeiros para pacientes durante os atendimentos.

Como essas disputas judiciais e não judiciais não surtiram o efeito esperado, a tática das entidades foi adotar duas medidas: 1. A corresponsabilização dos supervisores pelos atos

para profissionais que trabalham nos serviços de saúde onde os estágios ocorrem”. Ou seja, há uma disputa interinstitucional na relação público-privado das escolas médicas na Paraíba. Mas, mesmo com essa corrente disputa, o processo de adesão da instituição pública contou com a participação de alunos das escolas privadas, o que nos permite refletir que a “instituição medicina” se sobrepõe aos demais elementos institucionais como a relação entre cursos de medicina em diferentes instituições de ensino.

⁹⁴ Falo aqui do atestado médico como o documento que médicos emitem aos usuários quando há necessidade de afastamento do trabalho, a fim de justificar a falta nas atividades laborais. Como documento que só pode ser emitido por profissional médico, o fato dos conselhos não considerarem médicos os “intercambistas” ou “cooperados” promoveu a tática de tentar anular a validade desse tipo de documento, o que não logrou êxito pela aceitação do trabalho dos profissionais do PMM nos municípios.

praticados pelos considerados não médicos, e 2. A cobrança pelo cumprimento total dos instrumentos normativos do Mais Médicos (GOMES, 2016). A primeira era uma tentativa de punir os colegas médicos que aderiram ao programa assumindo papéis de tutor e supervisor, e a segunda era uma pressão sobre os governos na tentativa de demonstrar falhas na operacionalização do programa a partir do pressuposto de que a coordenação do PMM não tinha competência técnica. Mas o efeito foi contrário, uma vez que estimulou a elaboração de mais instrumentos que demonstrassem o funcionamento do PMM, como relatórios institucionais, divulgação das ações do Programa em meios virtuais (sites e redes sociais) e incentivo a pesquisas acadêmicas.

As ações não oficiais eram uma forma explícita de desqualificação do trabalho do profissional a partir do não reconhecimento de sua competência técnica⁹⁵. Outra desqualificação foi a cultural e linguística, alegando-se diferenças culturais entre os países e a questão da diferença entre as línguas. Quando do anúncio da vinda dos médicos cubanos para o Brasil, o presidente da Associação Médica Brasileira chegou a mencionar que estavam trazendo escórias para o Brasil. De maneira menos agressiva, o presidente do CFM chegou a comentar que não era possível uma atuação qualificada dos cubanos no Brasil pelo fato de Cuba ser um país pobre e não possuir a complexidade da área da saúde que temos por aqui.

A tática da corresponsabilização permitiu visualizar esse movimento das entidades médicas. Isso ocorreu através da convocação dos supervisores para uma reunião no intuito de prestarem esclarecimentos⁹⁶ sobre o que faziam no Mais Médicos. Quando da convocação pelo CRM da Paraíba, no dia 29 de dezembro de 2014, o Mais Médicos já havia completado pouco mais de um ano no estado. Essa convocação teve o objetivo de desestabilizar os supervisores e fazer com que deixassem de executar ações junto ao programa. Gomes (2016) relata que, em Pernambuco, houve processo ético contra os dois médicos que assumiram a tutoria acadêmica do PMM com ameaça de cassação do registro profissional, o que, na época, deixou o grupo de supervisores apreensivo.

Esse é o resultado de se relacionar com os *outsiders*. Segundo Elias e Scotson (2000),

Como os *outsiders* são tidos como anômicos, o contato íntimo com eles faz pairar sobre os membros do grupo estabelecido a ameaça de uma “infecção anômica”: esses membros podem ficar sob a suspeita de estarem rompendo as normas e tabus de seu grupo; a rigor, estariam rompendo essas normas pela simples associação com

⁹⁵ Para darmos um exemplo disso, o presidente do CRM-PB, em entrevista a um jornal mencionou que os médicos cubanos “servem pelo menos para consolar os pacientes” que não possuem uma saúde adequada nos municípios onde moram (SINÉSIO, 2015).

⁹⁶ CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA-PB. Circular nº 7 de 29 de dezembro de 2014. João Pessoa, 2014.

membros do grupo outsider. Assim, o contato com os outsiders ameaça o “inserido” de ter seu status rebaixado dentro do grupo estabelecido. Ele pode perder a consideração dos membros deste – talvez não mais pareça compartilhar do valor humano superior que os estabelecidos atribuem a si mesmos (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 26).

O que aconteceu com esses dois médicos de Pernambuco foi “terem perdido a consideração” da corporação profissional.

Esse processo aponta para o que Bourdieu (1983) chama de lutas concorrenciais internas no *campo*. Há atores no *campo* da medicina com posições distintas diante do Programa Mais Médicos. Tutores e supervisores, sendo médicos, possuem a competência técnica definida pelo *campo*, mas, ao defenderem forças externas à medicina, são vistos como dissidentes e passíveis de receberem sanções.

Na Paraíba, o grupo de supervisores compareceu à reunião convocada no CRM no dia 5 de janeiro de 2015 acompanhado pelo representante da Advocacia Geral da União e de um membro do Ministério da Educação⁹⁷. O advogado da AGU fez os esclarecimentos solicitados pelos conselheiros do CRM e o representante do MEC se responsabilizou por entregar os documentos requisitados – número de “intercambistas” no estado, número de municípios com esses profissionais, número de médicos por supervisor e normativas relativas ao processo de supervisão. Depois desse evento, não houve mais “convocações” por parte do Conselho de Medicina, o que tranquilizou o grupo de supervisores.

Porém, a articulação política da categoria médica continuou no sentido de enfraquecer o Mais Médicos. Os representantes das entidades da categoria, através da mobilização de profissionais, trabalharam diretamente no processo eleitoral de 2014, fazendo campanha contra o governo Dilma Rousseff. Isso pode ser resumido na fala do Presidente da Associação Médica Brasileira naquele ano:

Estamos próximos a mais uma importante eleição em outubro. Urge intenso o envolvimento da classe para que mudemos o atual cenário político, que sataniza o médico brasileiro, culpando-o pelo caos instalado. Temos credibilidade junto à população e podemos influenciar positivamente na direção das necessárias mudanças no cenário político brasileiro. Conversemos com nossas famílias, amigos e especialmente nossos pacientes, mostrando-lhes a verdade. Busquemos novos e

⁹⁷ O representante era o diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde do MEC, professor Vinícius Ximenes, formado pela Universidade Federal da Paraíba e vinculado à Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cajazeiras, onde atuou como Coordenador do Curso de Medicina naquela cidade do sertão.

melhores caminhos, especialmente àqueles que abrem o diálogo e novas oportunidades para contribuir com a saúde do Brasil (JAMB, 2014, p. 3).

Nessa conclamação do representante da AMB, parece haver a projeção do ideal de força política adquirida pela medicina ao longo dos anos e também o apelo ao aspecto ético profissional, no sentido de que os médicos devem seguir o que é definido pela categoria. O discurso aparece para o público não médico como uma posição de consenso da categoria profissional, no intuito de tornar invisíveis os dissensos políticos existentes.

5.2 A formação médica no contexto do Mais Médicos: entre as entidades médicas e o discurso por mudanças

Acompanhando o processo de implementação do Programa Mais Médicos na Paraíba, observei que as resistências ao Programa seguiram o que ocorria em nível nacional, ou seja, reações negativas às mudanças na formação médica e à vinda de médicos estrangeiros sem revalidação de diplomas. Por estar na universidade como docente, o elemento da formação que pude observar foi, especialmente, quando da publicação da Medida Provisória, a proposta do segundo ciclo formativo (dois anos de atuação profissional com registro profissional temporário em serviços do Sistema Único de Saúde). Os discursos de estudantes, em relação a esta proposta, dividiam-se em duas posições: um grupo que majoritariamente demonstrava total oposição e se aliava ao discurso das entidades médicas de que a medida era uma ação autoritária do Governo Federal para “punir” os médicos do Brasil; o outro grupo, bem menos expressivo e geralmente ligado aos projetos sociais e comunitários, digamos mais sensíveis às disciplinas da área da saúde coletiva e medicina de família, também demonstrava posicionamento contrário, alegando que a medida deveria ser uma opção do egresso, embora fosse importante para aumentar o número de médicos no interior.

Em relação à vinda de médicos estrangeiros, especialmente cubanos, houve a elaboração de um discurso, por parte das entidades médicas, que foi incorporado pela mídia geral e por parcela da população brasileira, de que o PMM se resumia a isso. O Programa passou a ser visto como uma ação do governo para importar médicos, “já que os brasileiros não querem ir para o interior”, como denunciavam membros da corporação profissional, alegando que era a justificativa utilizada pelo Ministério da Saúde. Como já dissemos anteriormente, em não conseguindo inviabilizar o Programa quanto ao aspecto legal, as

entidades médicas passaram a atuar de outra forma, como uma micropolítica em órgãos menores do Estado⁹⁸ e instituições da sociedade, a exemplo da Associação Brasileira de Educação Médica.

Assim, em fevereiro de 2014, quatro meses após publicação da Lei do Mais Médicos, o portal do Conselho Federal de Medicina publicou uma contestação da entidade às Novas Diretrizes Curriculares dos cursos de medicina. Sob o título “CFM faz análise crítica sobre a proposta de novas diretrizes curriculares”, a publicação informa que:

O 1º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, reafirmou nesta quarta-feira (26) *críticas da entidade à proposta de alterar o curso de graduação em medicina*. “Não há em essência ou em princípios modificações no espírito das normas ou diretrizes curriculares de 2001, elaboradas após uma década de discussões e trabalhos” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, s/p, grifo nosso).

O argumento fundamental de oposição relacionava-se à falta de debate sobre a nova resolução, alegando-se, portanto, um processo autoritário diferente do que teria acontecido em 2001, quando da criação das DCN. A relatividade da postura política das entidades é impressionante, posto que na “década de discussão e trabalho” de 2001, o CFM desvinculou-se do processo de discussão das mudanças curriculares em razão das disputas quanto ao perfil de profissional que deveria ser formado pelas escolas (CRUZ, 2004).

O segundo ciclo, como já foi dito, foi retirado do texto da lei, o que apaziguou o meio acadêmico e profissional. Porém, algumas propostas de mudança do processo formativo impactaram a corporação, tais como: maior delimitação de tempo de atuação na Atenção Básica durante a graduação, ampliação do número de vagas de medicina nas instituições de ensino ou autorização para criação de novos cursos e, o que recebeu as mais duras críticas, a mudança na forma de acesso aos programas de residência médica. Para complementar, esses elementos surgem com força de Lei (a lei do Mais Médicos, nº 12871 de 2013) e prazo para serem implementados (31 de dezembro de 2018). É desses aspectos que trataremos a partir de agora.

As tentativas de mudança na formação médica já vêm ocorrendo no Brasil há várias décadas. Em 1962, foi criada a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) que, de

⁹⁸ O órgão a que nos referimos é a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), abrigada no Ministério da Educação, responsável por tentar operar as mudanças propostas pela Lei Federal nº 12871 de 2013.

modo geral, concentra processos sistemáticos de discussão e proposição de modificações no processo formativo, embora não haja consenso.

Cruz (2004) comenta que um dos períodos de maior debate das mudanças na formação médica foi a década de 1990, com a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), organizada pela Abem, pelo CFM e outras entidades médicas, com participação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Apesar dos debates, pouca modificação ocorreu na prática.

Ceccim e Feuerwerker (2004) explicam que o modelo pedagógico hegemônico de ensino médico era centrado em conteúdos e temas organizados de maneira compartimentada e isolada, resultando na fragmentação do cuidado em especialidades clínicas. Para eles, esse modelo provoca a dissociação de conhecimentos entre as chamadas áreas básicas e as áreas da clínica, contribuindo para a fragmentação, e centrando as oportunidades de aprendizagem no hospital. Por fim, o sistema de avaliação cognitiva se dá por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, pois cada área da medicina exige do graduando o domínio dos conteúdos específicos. Como professor universitário do curso de medicina em duas instituições de ensino superior, é possível dizer que essa realidade ainda se mantém hegemônica, apesar de algumas alterações estruturais na forma de organizar o currículo⁹⁹.

Briani (2001), debatendo esse aspecto das mudanças curriculares no Brasil, explica que

O ensino integrado das disciplinas requer um profissional que seja ele próprio um professor-integrador, e este profissional ainda não se encontra nas faculdades de medicina ou mesmo de outras áreas. Os processos de interlocução dos profissionais de diferentes áreas de conhecimento, com o objetivo de configurar novas disciplinas nas quais o ensino se dê de forma integrada, devem passar por uma compreensão do que foi legitimado como disciplinas essenciais que possibilite uma ruptura e uma transgressão das barreiras disciplinares. No entanto, os relatos que temos de experiências vividas nos processos de reformas curriculares onde se buscou a integração de conhecimentos apontam para resultados muito aquém da ruptura necessária. De maneira pouco variada, estas novas disciplinas, normalmente

⁹⁹ Sassi (2012) apresenta o estudo com essa mudança curricular na Universidade Federal da Paraíba. A reforma estrutural consistiu em tentar transformar as antigas disciplinas, focadas nas diversas especialidades médicas, em módulos. Os módulos seriam um espaço interdisciplinar de aprendizado, porém isso não ocorre na prática. Por exemplo, um dos módulos se proporia a discutir as Doenças Prevalentes no Sistema Nefro-uro-genital, em substituição às especialidades isoladas de nefrologia e de urologia, com planejamento conjunto e grupo de docentes das duas áreas, mas atualmente o processo pedagógico segue voltado para as duas disciplinas separadas.

rebatizadas de “módulos” ou “blocos”, constituem uma justaposição dos enfoques de cada professor para o mesmo objeto, o mesmo se dando na avaliação, onde cada área elabora a “sua questão” (BRIANI, 2001, p. 77).

Como a autora aponta, o mais comum é ocorrer justaposição dos enfoques com manutenção da fragmentação por especialidades e não áreas que possibilitem a construção do conhecimento médico geral. Nesse sentido, tratar a mudança do ensino médico como apenas uma redistribuição de disciplina não é suficiente, já que não se discute mudar os referenciais teóricos e políticos, como também ideológicos, que ordenam as constituições curriculares e o perfil profissional (BRIANI, 2001).

Bonet (2014) comenta que a formação médica, definida pela biomedicina, tem como foco principal a doença, explicada através de uma relação unicausal – uma causa para cada doença –, sendo reconhecida quando se dá no espaço de socialização primordial que é o hospital. Assim, apenas fazer rearranjos disciplinares ou cenários de práticas não será suficiente para uma mudança efetiva, como conclui Feuerwerker (1998, p. 53):

Também considerado relevante na formulação das estratégias foi o problema da supervalorização de simples mudanças de cenário de aprendizagem como agentes de transformação dos conteúdos ensinados e aprendidos: a prática mostrou que não bastou ao estudante ser exposto à realidade, à miséria e à maneira de operar dos serviços para que se conseguisse interferir de fato na essência de seu processo de formação.

Tem-se, então, que os processos de mudança na formação ocorreram principalmente por tentativa de justaposição de disciplinas (BRIANI, 2001) ou por mudança nos locais de atividades dos estudantes (FEUERWERKER, 1998), sem, de fato, haver alteração no arcabouço político de definição do processo formativo e do perfil do médico egresso. Nesse sentido, a manutenção desse modelo pedagógico está associada ao atributo da profissão de determinar a maneira como os profissionais devem ser formados.

Assim, mesmo com alguns movimentos feitos no sentido de realizar mudanças, como já mencionados anteriormente¹⁰⁰, as características formativas tiveram pouca transformação efetiva. Uma das explicações para isso é o poder que determinados setores profissionais detêm e que lhes possibilita definir o currículo formal e, especialmente, o chamado currículo

¹⁰⁰ Lembrar dos programas Pró-Saúde e Pró-Med organizados pelo Governo Federal para tentar garantir a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina em 2001. Ver Da Ros (2013) e Carvalho e Souza (2013).

paralelo, que corresponde a um conjunto de concepções políticas sobre como deve ser a formação médica transmitidas aos estudantes pelos docentes, e também por ações extracurriculares desenvolvidas pelos graduandos para se aproximarem da prática profissional geralmente especializada (SASSI, 2012).

Da Ros (2004) argumenta que há uma frequente reafirmação do discurso de não mudança, baseado em uma tendência ideológica que se aproxima da valorização do complexo médico-industrial, da visão do médico como o profissional que detém mais poder diante das demais profissões, do foco na doença e no fechamento para outras racionalidades que não a médica hegemônica, como afirmam Tesser e Luz (2008).

Esse contexto permite explicar a grande resistência ao Programa Mais Médicos, já que um dos objetivos do programa é modificar a formação médica. O que aparece como elemento novo no âmbito da formação médica do PMM é que a proposta de reformulação dos currículos é parte de uma Medida Provisória transformada em Lei Federal, reforçando a definição obrigatória de inserção na Atenção Básica pela criação de um dispositivo que pode ser usado para mobilizar a forma de acesso aos programas de residência médica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, elaboradas no final do processo da Cinaem, existiram como Resolução do Conselho Nacional de Educação, sem força de lei, com cada instituição seguindo sua implementação de forma autônoma. Em 2014, com a resolução das novas DCN para os cursos de medicina, as escolas médicas teriam, sob força legal, prazo para implementarem as alterações nos currículos, como consta no art. 10 da Lei nº 12871: “Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE”, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação (BRASIL, 2013c).

Com a publicação da Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, do Ministério da Educação (BRASIL, 2014e), que instituiu as Novas Diretrizes Curriculares, os cursos existentes antes de 2014 teriam até 31 de dezembro de 2018 para realizar adequações de acordo com a nova normativa. Esse instrumento normativo pode ser visto como uma tentativa do Estado de direcionar o processo de formação profissional na medicina. Para as entidades, essa resolução interfere na autonomia do campo, nos termos de Bourdieu (1983), considerada uma característica da profissão. Ou seja, a reação da corporação pode estar associada a esse aspecto de norma, além do conteúdo da diretriz, pois como aparece na fala do 1º Vice-Presidente do CFM, não houve muita mudança em relação ao disposto na resolução de 2001 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Além do aspecto normativo legal, outra diretriz nova nas DCN de 2014 que sugere mudança curricular significativa foi a ampliação da inserção dos estudantes na Atenção Básica. O documento afirma que o curso de medicina tem que estar pautado na valorização da vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na Atenção Básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos (BRASIL, 2014e), diferente da perspectiva do modelo dominante curativista e hospitalocêntrico.

No entanto, a parte que chama atenção para as entidades é a determinação de uma carga-horária mínima de 30% do estágio curricular obrigatório (denominado internato médico) em serviços de Atenção Básica e de urgência e emergência, com prioridade para os primeiros¹⁰¹. O internato corresponde aos dois anos finais do curso de medicina e é eminentemente prático, momento fundamental de socialização na profissão, com maior contato dos estudantes com as especialidades médicas. Os outros 70% da carga-horária do internato deverão ser compostos por atividades voltadas para as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental (BRASIL, 2014e).

Ouvi, em muitas reuniões de docentes, que essa determinação de carga-horária era excessiva, já que nos quatro anos anteriores ao internato os alunos já tinham alguma atuação na Atenção Básica. Além disso, também foi muito presente o discurso de espanto de docentes e estudantes ao verem nas DCN mais uma carga-horária para a Saúde Coletiva¹⁰², pois na representação geral do curso médico a Atenção Básica já contemplaria essa outra área de atuação. Bonet (2014) explica que as áreas de formação que não ocupam espaço hospitalar são áreas marginais:

¹⁰¹ No documento anterior, de 2001, havia menção de que a formação deveria ocorrer em todos os níveis de atenção, porém não estabelecia o quanto seria destinado para cada nível, deixando a critério de cada Escola Médica essa definição. Diante disso, muitos cursos não mantinham praticamente nenhuma inserção na Atenção Básica, a exemplo de uma escola médica da capital na qual os estudantes têm estágios nesse nível de atenção apenas nos dois últimos anos da graduação.

¹⁰² É tão real a confusão que docentes e estudantes fazem entre a prática na Atenção Básica e a atuação na Saúde Coletiva que parece haver necessidade cotidiana, no meu dia a dia mesmo, de assinalar com frequência essa distinção nos espaços acadêmicos. Essa confusão tem uma intencionalidade implícita de colocar o que não está abrigado na clínica do hospital como algo a parte, podendo, então, ficar tudo em um “pacote” só, como disse certa vez um coordenador de um dos cursos de medicina a que estou vinculado. A prática na Atenção Básica incorpora conhecimentos da área da Saúde Coletiva, assim como a prática em outros cenários também o faz. Como disse Campos (2000), qual seria o núcleo da saúde coletiva? O apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças. Diante disso, é possível perceber a transversalidade dessa área em diversos níveis da atenção à saúde. Em relação ao trabalho na Atenção Básica, há o predomínio da atuação, considerando a prática médica, na relação entre profissional e pessoa (os usuários) dentro do consultório médico. Ou seja, a ação profissional médica na Atenção Básica está estruturada predominantemente na clínica e não na saúde coletiva.

Toda profissão tem uma série de mecanismos de transmissão de valores e modos de atuação, mediante os quais se produz o que é conhecido como socialização profissional. Na medicina, esses mecanismos são colocados em jogo fundamentalmente em um espaço, que é o espaço de formação por excelência: o hospital (BONET, 2014, p. 40).

Isso é uma explicação para a ideia de marginalidade dessas áreas e a resistência da profissão em incorporá-las de forma um pouco mais predominante no processo formativo. Uma atuação mais intensa na Atenção Básica representaria aceitar uma mudança na concepção de formar médicos e, portanto, redução da autonomia relacionada à profissão. Esse debate não é recente no Brasil, tendo se intensificado a partir da criação do SUS e posteriormente do Programa Saúde da Família. A interpretação de muitas correntes propositoras de mudanças na educação médica subestimou o potencial de reconstrução da autonomia e da prática liberal que vem ocorrendo ao longo dos anos, como já apontado por Gomes (2016). Desde o início dos anos 1970, foi identificado o processo crescente de assalariamento do médico e, diante disso, foi estabelecida, por formuladores de políticas do Estado, uma relação de identidade (automática) entre médicos assalariados e trabalhadores e, conseqüentemente, entre médicos e população, o que faria os médicos passarem a ser favoráveis à formação daquele generalista destinado a trabalhar na atenção primária (FEUERWERKER, 1998).

Em outras palavras, trabalhar na atenção primária seria algo menor, que não representaria o *status* do médico, portanto não merecendo mais carga-horária nos currículos dos cursos de medicina, sendo mais uma explicação para a marginalidade das áreas de Saúde Coletiva e Atenção Básica.

No discurso do Governo Federal, quando das publicações normativas que embasaram a criação do Programa Mais Médicos, aparecia o aspecto que correlacionava o SUS a outros sistemas de saúde universais – princípio semelhante ao constitucional do sistema brasileiro –, e isso justificaria a ampliação de vagas de medicina e o maior direcionamento de vagas de residência médica para a especialidade Medicina de Família e Comunidade.

Sobre o aspecto normativo, na Lei do Mais Médicos encontramos critérios para autorização de novos cursos médicos:

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

Nessa regulamentação, encontram-se dois elementos inéditos: 1. a criação de cursos de medicina por meio de instituições privadas e 2. a necessidade de uma estrutura mínima no município para abrigar uma escola médica. Em um governo caracterizado socialmente como de centro-esquerda, a possibilidade de ampliação da rede privada de ensino parece uma contradição. Atualmente, o Brasil tem 298 cursos de medicina autorizados, sendo 167 em instituições privadas de ensino (56%). Considerando o número de vagas por ano, são 17251 em escolas médicas particulares e 10510 vagas em instituições públicas (municipal, estadual ou federal) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017; ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL, 2017). Na Paraíba, enquanto fazia esta pesquisa, dois novos cursos foram autorizados, ambos em instituições privadas com mensalidades atuais em torno de 7 mil reais.

Em relação a essa ampliação de vagas nos cursos de medicina, deparei-me com duas narrativas ao longo da pesquisa: a primeira proveniente do grupo de supervisores e apoiadores do Mais Médicos que defendiam a necessidade de ampliação de vagas como estratégia para garantir o acesso à atenção médica pela população, porém resguardando o fato de a política

ser voltada para instituições privadas de ensino. Esse posicionamento não era homogêneo entre os supervisores, com alguns mais enfáticos quanto aos aspectos negativos da relação público-privada. Os que não se manifestavam tanto em relação a esse contexto eram os que mantinham maior proximidade com as decisões centrais do Ministério da Saúde.

A outra narrativa era proveniente de médicos dirigentes de instituições privadas de ensino. Para esses atores, havia dois posicionamentos distintos que dependiam dos papéis que desempenhavam: 1. como profissionais da medicina, o pensamento era de que o aumento do número de vagas é nocivo para a profissão, pois isso promoveria a saturação do mercado de trabalho e conseqüente redução dos ganhos individuais dos médicos; 2. como dirigentes de Instituições de Ensino Superior (IES) privadas defendiam a ampliação das vagas autorizadas pelo MEC, já que o aumento das vagas significaria um acréscimo nas receitas institucionais com geração de lucro. Nesse segundo posicionamento, aparecia o argumento de que se poderia abrir mais vagas em instituições conceituadas que garantiriam uma boa formação. Enquanto escrevo esta tese ocorreu a ampliação do número de ingressantes em uma das instituições da Paraíba, que difundiu a ideia de competência para uma formação adequada, explicitando o julgamento que isso ocorre na referida instituição.

Esse argumento utilizado pelos dirigentes das IES privadas quanto à saturação do mercado de trabalho médico está embasado no discurso corporativo de que o país não precisa de mais médicos, mas de melhor distribuição desses profissionais pelo território nacional (SCHEFFER, 2013, 2015).

No que diz respeito às exigências de estrutura para abertura de curso médico, a normativa do PMM explicita que são necessários serviços organizados para garantir qualidade da formação. A presença de equipamentos públicos nos diversos setores listados no item II do primeiro parágrafo do artigo terceiro da Lei tanto tenta demonstrar a adequação para o cumprimento das Diretrizes Curriculares nos diversos níveis de atenção necessários para a formação na graduação quanto marca o posicionamento de que a formação médica deve ocorrer no sistema de saúde. Esse último aspecto é alvo de resistências das entidades médicas há vários anos, que entendem e defendem a ideia de que só pode haver um curso de medicina em instituição que possui hospital-escola próprio¹⁰³.

Sobre essa diferença de posicionamento entre a formação no sistema de saúde e a necessidade de um hospital próprio por instituição, tem-se desenvolvido a ideia, no mundo, de que a graduação médica esteja voltada para os sistemas de saúde dos países. Em 2010, Frenk

¹⁰³ Retomando o que foi comentado a partir da análise de Bonet (2014).

e um conjunto de colaboradores dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Bangladesh, China, Peru e Paquistão, publicaram em uma das revistas médicas mais conceituadas do mundo – a *The Lancet* – uma análise da formação médica considerando três momentos históricos. No início do século XX, predominou o paradigma de uma formação voltada para a ciência, seguindo a propositura “flexneriana”¹⁰⁴. No segundo momento, por volta da década de 60 do século XX, foram propostas as modalidades de formação baseadas em problemas, considerando que a fragmentação da formação estruturada pelas ciências básicas não permitia a consolidação de conhecimento para a atuação clínica. Na época, a ideia era que:

Outras inovações curriculares incluíram pacientes padronizados - ou seja, indivíduos treinados para atuar como um paciente real para simular um conjunto de sintomas ou problemas - para avaliar os alunos na prática, fortalecendo as relações médico-paciente através de discussões facilitadas em grupo e ampliando o continuum da sala de aula ao treinamento clínico através da exposição anterior dos alunos aos pacientes e à expansão dos locais de treinamento dos hospitais para as comunidades¹⁰⁵ (FRENK et al., 2010, p. 1932, tradução nossa).

No terceiro momento, na atualidade, os autores explicam que para a formação médica ser adequada exige-se um sistema de saúde forte, de modo que a formação esteja voltada para esse sistema, conforme o país. Considerando isso, o que aparece com o PMM se aproxima dessa discussão internacional atual sobre a associação da formação médica com os sistemas de saúde.

Apesar das resistências da corporação médica quanto a esse aspecto, os cursos da Paraíba mantêm forte relação com o sistema público municipal e estadual, já que dependem dos cenários de prática do SUS para a formação de seus estudantes. No entanto, há movimentos para criação de hospitais-escola, como pude ver em duas instituições privadas, uma das quais tenho vínculo como professor e a outra que conta com alguns estudantes integrantes de grupo de estudos, coordenado por mim, sobre medicina de família, que

¹⁰⁴ Em 1910, Abraham Flexner publicou um relatório, após análise das escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, e recomendou que os cursos médicos tivessem dois módulos. Um módulo básico, com dois anos de duração e voltado para a química, física e biologia, devendo ocorrer predominantemente em laboratórios, e um módulo clínico de mais dois anos em hospital (FLEXNER, 1910; CRUZ, 2014; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

¹⁰⁵ No original, leia-se: “Other curricular innovations included standardised patients—ie, individuals who are trained to act as a real patient to simulate a set of symptoms or problems—to assess students on practice, strengthening doctor–patient relationships through facilitated group discussions, and broadening the continuum from classroom to clinical training through earlier student exposure to patients and an expansion of training sites from hospitals to communities”.

estabeleceram convênios com hospitais particulares para estágio exclusivo dos seus graduandos.

Como vem sendo discutido neste texto, as resistências ao processo de reformulação da formação médica têm algumas dimensões especiais, como a exigência legal prevista em uma Lei Federal (nº 12871 de 2013), com prazo definido para adequação por parte das instituições de ensino e com a ampliação do número de vagas de graduação em medicina ou criação de novos cursos médicos, sendo essa segunda opção a mais comum. Mas uma outra dimensão aparece como grande foco de disputa entre a corporação e o Estado que é a mudança na forma de acesso da residência médica e a ampliação do número de vagas dessa modalidade de especialização com predomínio para a área de Medicina de Família e Comunidade.

A Lei do Mais Médicos aponta, no art. 9º, a instituição de avaliação específica para curso de graduação em Medicina a ser realizada a cada dois anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de dois anos. Essa avaliação, conforme a portaria que a normatiza, corresponde à Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem) com início de aplicação em 2016 (já foi realizada uma avaliação no decorrer desta pesquisa). O alvo de críticas por parte da corporação médica foi o fato de que os resultados da avaliação servirão de referencial de qualidade do ensino médico e poderão se constituir em modalidade única ou complementar aos processos de seleção para Residência Médica (BRASIL, 2016b).

Após a publicação da Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016, a Abem manifesta posicionamento contrário à Anasem, dizendo que:

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) tem se posicionado historicamente em defesa de uma avaliação seriada, formativa e não ranqueadora, que se configure como instrumento de transformação da educação médica e que garanta a formação de profissionais qualificados para atender as demandas da sociedade brasileira.

A adoção da ANASEM como forma de ingresso na residência médica desconfigura o caráter exclusivamente formativo e se torna um instrumento de seleção e de classificação. Além disso, pode-se gerar um contexto favorável à criação e a expansão de cursos preparatórios, o que irá descaracterizar a finalidade da avaliação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 2016).

Apesar desses argumentos, nunca houve uma política pública, desde a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, no início da década de 1980, que sugerisse um

deslocamento do poder de determinar a forma de acesso aos Programas de Residência das instituições que os abrigam para o Ministério da Educação.

A Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica: médicos residentes, sociedades de especialistas e outras entidades. Há várias evidências sobre isso desde a criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, que foi, de fato, o único momento em que o Estado interveio claramente no processo (FEUERWERKER, 1998, p. 62).

Apesar de esse comentário ser anterior ao MM, essa afirmativa torna-se atual por analisar um campo estruturado e resistente a qualquer mudança como é a profissão médica¹⁰⁶. Nesse sentido, a autora comenta que a composição da CNRM é marcada pela presença das organizações da corporação médica, agravado pelo fato de que o julgamento de processos fica a cargo do plenário da Comissão, composta pelas principais entidades representativas da categoria. Nesse sentido, a residência pode estar cumprindo um papel fundamental, talvez como um instrumento (coletivo) de autodefesa da categoria médica, que detém, assim, o controle sobre uma etapa fundamental de seu processo de formação (FEUERWERKER, 1998).

Assim, é possível compreender a reação dos profissionais à mudança do acesso às residências médicas. Para se ter uma ideia, até o momento não houve discussão da proposta de regulamentação para o ingresso nos programas de residência médica. Trata-se de um modo político de atuação dentro da CNRM que adia a aplicação desse item da lei do Mais Médicos.

Mesmo nesse contexto político de oposição, para a obtenção de uma mudança real no processo de formação médica, é preciso constituir políticas públicas que incluam também a residência médica como local necessário de transformações.

Se a Residência tem hoje de fato um papel definidor em relação ao perfil do profissional formado, ela pode enfraquecer muito o impacto que as mudanças da

¹⁰⁶ Um exemplo disso na atualidade é o movimento de oposição organizado principalmente pelas instituições que ofertam residência médica no estado de São Paulo quanto à garantia da bonificação de 10% nos processos seletivos dos profissionais que haviam participado do PROVAB. As instituições daquele estado tentaram se contrapor às resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica com os seguintes argumentos: a bonificação desvalorizava o “mérito” dos candidatos que haviam estudado muito; a bonificação deveria ser utilizada apenas em algumas regiões do país, como Norte, Nordeste e Centro-Oeste; a bonificação só deveria ser utilizada em alguns programas de residência, mas não em todos (JORNAL ELETRÔNICO DO COMPLEXO ACADÊMICO DE SAÚDE, 2012).

graduação são capazes de produzir. E, ao contrário, o processo de mudanças na graduação pode ser potencializado ao se investir em mudanças na Residência Médica (FEUERWERKER, 1998, p. 69).

As colocações da autora auxiliam a refletir no sentido de que, se não fosse pensado o fato de se estruturar uma proposta política de modificação da formação médica desde a graduação até a residência médica, o Programa Mais Médicos seria apenas mais uma política pouco efetiva de mudança, como outras que já ocorreram.

Além desse elemento do acesso aos programas de residência, materializado na Anasem, a Lei Federal nº 12871 de 2013 ousa mudar a estrutura das residências médicas, como consta no texto normativo:

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981¹⁰⁷, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

- I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e
- II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:
 - a) Genética Médica;
 - b) Medicina do Tráfego;
 - c) Medicina do Trabalho;
 - d) Medicina Esportiva;
 - e) Medicina Física e Reabilitação;
 - f) Medicina Legal;
 - g) Medicina Nuclear;
 - h) Patologia; e
 - i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

- I - Medicina Interna (Clínica Médica);

¹⁰⁷ Essa Lei que a norma do Mais Médicos cita é o instrumento regulamentador dos programas de residência médica. Dispõe sobre as atividades dos médicos residentes e sobre as características dessa etapa da formação médica (BRASIL, 1981b).

- II - Pediatria;
- III - Ginecologia e Obstetrícia;
- IV - Cirurgia Geral;
- V - Psiquiatria;
- VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto (BRASIL, 2013c).

A lei define uma mudança drástica no processo de acesso à residência e no conteúdo/estrutura de praticamente todos os programas. Surge a ênfase na área de Medicina de Família e Comunidade, como etapa anterior para quase todas as outras especialidades. Atualmente, para fazer a especialidade de cardiologia, por exemplo, o médico teria que cursar a área de Clínica Médica¹⁰⁸ por dois anos e depois mais dois anos de cardiologia. Com a proposta da lei, teria um ou dois anos de Medicina de Família e Comunidade, dois anos de clínica médica e os últimos dois anos de cardiologia. Essa regulamentação na lei recebeu oposição intensa, apesar de não haver uma declaração oficial das entidades representativas dos médicos. De modo que, na Câmara Técnica da CNRM¹⁰⁹ (órgão que recebe documentações dos programas de residência antes desses chegarem ao plenário), não há registro atual de debate sobre a possibilidade de quase todos os residentes terem que cumprir pelo menos um ano no programa de Medicina de Família e Comunidade.

Essa proposta, presente na lei, foi recebida de forma diversa pelo grupo de supervisores do Programa que são, em quase sua totalidade, médicos de família. Havia unanimidade quanto à necessidade de ampliação das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, mas o fato de os residentes terem que cursar um ou dois de MFC antes de seguirem para outras especialidades escolhidas gerava divergências. Uns alegavam

¹⁰⁸ A clínica médica ou medicina interna é a área da medicina que traduz o uso popular do termo clínico geral. No meio médico, o médico sem especialidade obtida na forma de pós-graduação é considerado médico generalista pelo CFM. Assim, quando se fala clínico geral, está subentendido que se está falando daquele profissional que fez residência em Clínica Médica. Pode-se encontrar também a denominação de clínico geral, menos correntemente, dada àqueles profissionais que têm residência em Medicina de Família e Comunidade.

¹⁰⁹ Como ocupo cargo de supervisor de um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade desde 2014, mantenho contatos periódicos com a Comissão Nacional de Residência Médica para questões gerais do funcionamento do programa. Em algumas ocasiões, cheguei a questionar a implementação das mudanças e recebi do antigo Secretário Executivo (que ficou no cargo até meados de 2016) a resposta de que nada ainda havia sido debatido. Considerando o prazo para adequação dos programas até final de 2018, não haver discussão sobre isso até o momento parece um movimento de tirar da agenda política a reforma da residência médica no Brasil.

que isso enfraqueceria a especialidade da Medicina de Família, já que entrariam residentes que não cursariam o programa de forma espontânea, mas, sim, como um trampolim para outras especialidades. Alguns outros acreditavam que isso beneficiaria a área da MFC, já que haveria maior ocupação das vagas de residência, com possibilidade de atração de médicos que estariam indecisos quanto à área de especialização. Por fim, a outra parte dos supervisores entendia que não deveria haver essa obrigatoriedade de os egressos do curso médico passarem um ou dois anos na MFC, mas que a Medicina de Família deveria ser utilizada como pré-requisito para outras especialidades com atuação predominantemente ambulatorial¹¹⁰ no lugar da residência de Clínica Médica, como ocorre atualmente.

O componente presente no discurso do Ministério da Saúde para justificar esse direcionamento para a Medicina de Família é principalmente a cobertura nacional de Estratégia de Saúde da Família que não conseguia aumentar nos últimos anos, seguido do fato de a maioria dos médicos atuantes na Atenção Básica não possuir uma formação específica para esse nível de atuação. Essa aparente contradição é difundida pelo senso comum médico quando atesta que, para atuar na Atenção Básica, o profissional não precisa ser especialista em nada, podendo ser um generalista¹¹¹. Essa ideia, difundida nos meios acadêmicos, também afasta os egressos da escolha pela MFC como especialidade a ser seguida. De acordo com o depoimento de uma médica do Mais Médicos que acompanhei em João Pessoa no ano de 2015, “não há sentido em fazer a residência em Medicina de Família e Comunidade porque, quando acabamos, a prefeitura contrata a gente como qualquer outro médico sem residência”. Ou seja, sem distinção de título e com o mesmo salário. Essa possibilidade de trabalho logo após a graduação, associada ao fato de a MFC seguir como uma área marginal, conforme colocado por Bonet (2014), é responsável pela pouca ocupação dos programas de residência em Medicina de Família¹¹².

Além disso, na Atenção Básica brasileira e também no estado da Paraíba, predomina uma vinculação precária de trabalho para os médicos, com contratos temporários e oscilantes conforme o tempo político. Há também a ideia cultural do perfil do médico, de modo que

¹¹⁰ Enquanto atuava como consultor do Ministério da Saúde, pude acompanhar algumas discussões nesse sentido dentro de ministério. A ideia seria começar colocando a MFC como pré-requisito para as áreas de geriatria e reumatologia, mas não segui a discussão, a qual parece não ter avançado muito, como relatei sobre o contato com a CNRM.

¹¹¹ Como já mencionado, para generalista vamos seguir a definição do Conselho Federal de Medicina que é o médico sem título de especialista, que não fez uma residência médica ou uma prova de título em uma especialidade médica (SCHEFFER, 2013). É o egresso do curso médico conforme diretrizes curriculares. Para o senso comum, no entanto, o generalista é igual ao clínico geral.

¹¹² Isso mudou um pouco com o Programa Mais Médicos, pelo menos na Paraíba, como se verá no último capítulo dessa tese.

existem aqueles que *são* para a Atenção Básica e aqueles que *não são*. Durante minhas observações, ouvi muito isso das equipes de saúde e gestores: “esse médico tem perfil”. Quando questionados, esse perfil aparecia como aquele que não fica só no consultório atendendo, que é atencioso, faz visitas domiciliares, resolve a maioria dos problemas de saúde, e está disponível a maior parte da semana para a população.

Analisando o currículo proposto para as residências em Medicina de Família e Comunidade, é possível encontrar esses elementos definidores do chamado perfil do médico para a Atenção Básica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2014). Na análise de Bonet (2014), a graduação não dá conta de formar um médico de família, pois a identidade desse médico se forma a partir do deslocamento de uma visão fragmentada do indivíduo e dual entre profissional-paciente para uma dimensão totalizante da pessoa e voltada para a família, sem deixar, contudo, a primeira visão de lado durante a abordagem clínica. Assim, pode-se dizer que, para ocupar os postos de trabalho da Estratégia de Saúde da Família que estão vagos e os demais que advindos da ampliação para o aumento da cobertura, o profissional, de acordo com o discurso do Ministério da Saúde e da SBMFC, seria o Médico de Família e Comunidade.

Outro aspecto importante, nesse sentido, é o fato de que há mais de 40000 equipes de saúde da família no Brasil, sendo que mais de 18000 (quase metade) delas estão ocupadas por profissionais vinculados ao PMM em alguns períodos de funcionamento do programa. Com o término do Programa, no que se refere ao eixo provimento emergencial, essas equipes precisarão de profissionais definitivos, que seriam os Médicos de Família formados nos programas de residência médica criados ou que tiveram vagas ampliadas. Se a ESF é a modalidade central de atenção à saúde no SUS, tal como é difundido pelo Ministério da Saúde, para garantir a universalidade, então essa ampliação do número de médicos de família parece uma necessidade do SUS.

No entanto, para se ter uma ideia, segundo dados do Conselho Federal de Medicina, em 2015 o Brasil tinha pouco mais de 4000 Médicos de Família titulados, o que é um número muito inferior às quarenta mil equipes de saúde existentes e à necessidade de novas equipes para ampliar a cobertura de atenção à população. Esse fenômeno tem relação direta com dois aspectos: o mercado de trabalho médico que estipula os valores dos procedimentos e os ganhos de acordo com as áreas de atuação; caracterização do modelo de atenção à saúde ou modelo de cuidado médico predominante no país. Como exemplo disso, dados do CFM indicam que há mais de 7000 médicos radiologistas no Brasil. Assim, parece um contrassenso que uma especialidade que atua com pouco contato com usuários, dedicando-se à análise de

exames (radiologia), tenha número maior de profissionais que a área cuja política de saúde pública coloca como centro do SUS.

No Canadá, país com sistema universal de saúde como o Brasil, considerando as vagas de residência médica em 2017, 34% de todas as vagas está destinada para Medicina de Família e Comunidade (CARMS, 2017), enquanto no Brasil esse percentual não chega a 10%, havendo ainda um conjunto de vagas ociosas (sem ocupação).

Resumindo, a resistência da corporação às mudanças no processo de formação médica teve como eixo a atuação do médico na Atenção Básica, tanto na graduação, através das Diretrizes Curriculares, quanto na residência médica, com a tentativa de maior protagonismo para a Medicina de Família e Comunidade. Permanece hegemônica a ideia de uma área marginal na medicina, com ênfase constante de membros da profissão (incluindo docentes de outras especialidades¹¹³) de que a MFC é uma medicina de menor *status* social e profissional, e que se associa a uma medicina vinculada ao Estado por atuação na Estratégia Saúde da Família, e, portanto, teoricamente distante dos ideais liberais da profissão, sendo considerada como uma medicina dirigida aos pobres e com problemas sanitários de saúde.

5.3 Os *outsiders*: cubanos, “cooperados” e conflitos

Em sua formulação, o Programa Mais Médicos previa, no Projeto Mais Médicos para o Brasil, além de profissionais brasileiros formados no Brasil, a atuação de: 1. médicos brasileiros formados no exterior sem diploma revalidado no Brasil, 2. médicos estrangeiros formados no exterior com autorização para exercer a medicina nos seus países de origem e 3. médicos cubanos participantes do Programa Internacionalista Médicos Cubanos que passaram a trabalhar no Brasil por um convênio entre governo brasileiro e a OPAS (BRASIL, 2013c).

A atuação das duas primeiras categorias era mediada diretamente entre profissional e Ministério da Saúde. Já para a vinda de médicos cubanos, foi celebrado o 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculado ao Projeto Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2013f).

Esse Termo de Cooperação foi iniciado prevendo uma duração de cinco anos, e, ao longo do tempo, foi recebendo ajustes, que versavam sobre os recursos financeiros, papéis dos profissionais e das instituições. Além disso, o Termo visava promover a Cooperação Técnica

¹¹³ Constantemente alguns estudantes comentam que professores mencionam que eles “devem estudar para não passarem a vida toda no postinho”.

Internacional entre países sul-sul, dentro Programa de Cooperação Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde para a Participação de Médicos Cubanos no Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2013q).

O provimento emergencial, especialmente através da participação de médicos estrangeiros atuando na Atenção Básica, foi o eixo do Programa Mais Médicos que ganhou maior notoriedade na mídia brasileira, fazendo parte, inclusive, de conversas informais em filas de banco. Escutei de vários conhecidos próximos, não relacionados com a área da saúde, que questionavam a medida do governo em relação à importação de médicos por duvidarem da capacidade profissional desses.

Difunde-se a ideia de que a competência é atestada pelo chamado “credencialismo” (DINIZ, 2001) atribuído pela corporação profissional. Como os médicos estrangeiros não receberam dos Conselhos Regionais de Medicina a autorização para o exercício profissional, e sim do Ministério da Saúde, parte da categoria médica, difundindo o discurso das entidades, popularizou a ideia de que os profissionais que estavam chegando para o PMM não possuíam a “credencial” necessária para atuarem como médicos.

Já apresentamos o posicionamento das entidades médicas brasileiras sobre essa questão, que pareceu ser mais incisiva quando se falava em médicos cubanos. O discurso corrente era de que o Brasil estava trazendo “não médicos”, “auxiliares” ou “escórias”, o qual era publicizado por membros da corporação médica. Apesar da participação de estrangeiros no PMM ter sido plural, com profissionais provenientes do Uruguai, Espanha, França, Rússia, Palestina, Ucrânia, Alemanha, Portugal, Argentina, Peru, México, dentre outros países, totalizando mais de 50 países, parece que a reação ao profissional de Cuba foi a mais contundente. Uma possibilidade explicativa pode ser a quantidade, uma vez que, em determinado período, chegaram a trabalhar no Brasil mais de 14 mil médicos provenientes da ilha caribenha, outra explicação poderia ser uma aversão de ordem política e ideológica a um país pobre e socialista.

As reações foram negativas e vieram de várias esferas, por exemplo, médicos cubanos em Fortaleza foram chamados de incompetentes e escravos ou ainda, via rede social, uma jornalista disse que as médicas cubanas tinham “cara de empregada doméstica”.

A denominação de escravo tem uma primeira tradução dada pelas entidades médicas quanto ao fato de os profissionais cubanos não receberem o valor integral do repasse feito pelo governo brasileiro, ou seja, os 10 mil reais que cada médico brasileiro ou estrangeiro não cubano passou a receber. Pelo Termo de Cooperação, o Ministério da Saúde do Brasil repassa

o recurso por médico para a OPAS, que por sua vez repassa ao Governo Cubano uma parte, ficando uma parcela para o médico permanecer no Brasil.

A outra tradução da denominação escravo pode ser analisada conjuntamente com o que proferiu a jornalista sobre a “cara de empregada” das médicas cubanas, muitas delas negras. Uma característica dos cursos de medicina no Brasil é a branquitude. Nas turmas dos cursos de medicina em que dou aula, para dar um pequeno exemplo, a presença de pessoas negras é insignificante, o que reforça a desigualdade brasileira quanto à classe e etnia, já que os cursos médicos são predominantemente ocupados por estudantes brancos de classes altas. Fazer medicina no Brasil tem uma correlação direta com ser branco e rico, o que sugere de saída um posicionamento social de prestígio. Associado ao prestígio profissional socialmente construído, a expectativa de aquisição de *status* na sociedade é bastante alta por parte dos estudantes e egressos das escolas médicas.

Quando estive em Cuba, em 2014, para participar como docente de um dos Módulos de Acolhimento e Avaliação dos médicos que estavam sendo preparados para virem ao Brasil, o primeiro elemento que me chamou atenção quando adentrei em uma sala de aula com cinquenta profissionais foi a diversidade das cores da pele das pessoas. Pelo menos metade da turma se considerava¹¹⁴ negra.

Nesse contexto, temos um grupo de profissionais que são corporalmente diferentes, principalmente pela cor, provenientes de um país muito pobre e, por fim, socialista. Essa mistura associada ao estado de insatisfação de setores do governo e de setores da sociedade quanto à administração da presidenta Dilma Rousseff possibilitou uma reação caracterizada como racista e classista por parte de membros da profissão médica brasileira.

Fazendo parte do contexto geral, ainda podemos dizer que a resistência à presença dos cubanos tem relação com o discurso que as entidades médicas disseminaram entre os profissionais da categoria, de que o governo brasileiro era contra os médicos. Atribuíaam a membros do governo a fala de que “já que os brasileiros não querem ir ao interior, vamos contratar milhares de cubanos para atender a população brasileira”. No mesmo mês de julho de 2013, a presidenta havia vetado alguns elementos importantes da Lei do Ato Médico e, somando-se à publicação do Programa Mais Médicos, a impressão de ataque à corporação se consolidou.

Outro aspecto consistiu em uma narrativa proveniente de vários atores relacionados ao PMM, principalmente gestores municipais e usuários das unidades de saúde, que atribuíaam

¹¹⁴ Coloco dessa forma pelo fato de que em uma das aulas discutimos as diferenças socioeconômicas no Brasil e como se trabalha com a cor da pele autodeclarada.

caracterizações diferentes aos médicos brasileiros e aos cubanos: “médico brasileiro mais rápido” e “médico cubano mais atencioso”. Ouvindo os gestores e alguns usuários durante a pesquisa, a ideia da rapidez apareceu como uma característica daqueles médicos “que atendem muita gente em pouco tempo”, geralmente mantendo uma posição de distanciamento para com o usuário. A qualificação de “mais atencioso” se correlacionava com certas atitudes dos profissionais cubanos, tais como: escutar mais, demorar mais nas consultas, tocar mais nas pessoas fazendo exames. Se nos lembrarmos da fala do presidente do CRM da Paraíba, a entidade médica utilizou essa narrativa para reforçar a ideia do “cubano consolador dos pacientes”, portanto “não médico”, discurso enfatizado até o momento.

É possível dizer que essa caracterização dos médicos cubanos não surgiu da percepção popular ou dos gestores municipais, mas de uma tradição de formação profissional voltada para a Atenção Primária em Saúde, para aspectos de promoção da saúde e prevenção das doenças e também por uma atuação internacionalista desses profissionais. E foi essa tradição, criada ao longo de décadas, que possibilitou a Cuba construir a capacidade de enviar médicos para diversas partes do mundo, incluindo os mais de 14000 profissionais atuantes no Brasil. Nenhum país do mundo teria possibilidade de dispor de tamanha força de trabalho médica em tão pouco tempo (OLIVEIRA et al., 2017).

Mas como isso foi possível? Como um país como Cuba, pequeno e pobre, conseguiu ocupar mais de 30% das equipes de Atenção Básica brasileiras? De acordo com Kirk (2015), a história internacionalista médica cubana teve início em 1960, um ano após a Revolução de 1959, quando um conjunto de especialistas em desastres foi atuar no Chile, que havia sido devastado por um terremoto. Mesmo com a fuga maciça de médicos para os Estados Unidos após a Revolução, tendo Cuba ficado com apenas metade dos 6 mil profissionais nesse período e uma única universidade funcionando, o governo revolucionário decidiu apoiar o país latino-americano.

O processo de atuação médica cubano em outros países foi se modificando ao longo da história. Nas décadas de 1960 e 1970, havia uma intenção do governo de Fidel Castro em apoiar militarmente países que lutavam por independência. Cuba enviou militares para auxiliar exércitos ou médicos para apoiar os exércitos em vários países. A criação de um “exército de jaleco branco” deu início ao processo internacionalista.

Gomes (2016) sugere que as bases para o internacionalismo médico cubano surgiram com a ideia de expansão do sujeito revolucionário, isto é, a propagação dos ideais da revolução, não na forma militar, que associava disciplina e estímulo à autonomia, visando criar um “sujeito moral da política” que era o revolucionário (GOMES, 2016, p. 280). Ou

seja, para a consolidação do processo revolucionário que obteve sucesso em 1959, era preciso difundir na população do país uma forte ideia nacionalista, de igualdade e de solidariedade interna e externa. Nesse sentido, a ação internacionalista, denominada missão, seria a forma de difundir os ideais da revolução para outras partes do mundo.

A ideia de missão traz dois elementos importantes da ação cubana no exterior, o primeiro seria o de um dever para com as pessoas dos países que necessitam, e o outro de transmissão dos valores revolucionários. Quando estive no Módulo de Acolhimento em Cuba, senti esse processo muito de perto, tanto que os coordenadores do grupo de docentes que estavam viajando para dar aulas aos médicos cubanos chamavam o módulo de missão, em alusão ao que ocorre com a atuação internacionalista cubana. Chamou-me atenção quando entrei na sala de aula com os médicos e, ao perguntar porque eles estavam se preparando para a missão no Brasil, ouvi como resposta que era “para ajudar as pessoas no Brasil que não conseguem assistência médica”.

Analisando os objetivos da política externa cubana, Fiske (2011, p. 38, tradução nossa) comenta que:

Esses objetivos, advindos da ideia básica de dar alívio médico de curto prazo e assistência de longo prazo, estão enraizados nos valores culturais do povo cubano e nas crenças axiomáticas. De forma mais pungente, o conceito de internacionalismo proletário é a base do internacionalismo médico cubano. A teoria comunista diminuiu na prática desde a queda da União Soviética, mas o conceito básico de solidariedade que transcende as fronteiras políticas ainda existe. Em Cuba, existe tanto nas crenças do povo como nas ações do governo. Combinadas com as crenças de prevenção de saúde, universalidade, acesso total, estas constituem a base da política externa cubana.¹¹⁵

É o ideal de solidariedade comentado anteriormente, seguido da observação da mudança de trajetória do “exército de jaleco branco” para uma relação de trocas após o enfraquecimento do bloco soviético. Apostando sempre na medicina preventiva, Cuba, mesmo com grandes limitações econômicas, manteve o projeto internacionalista. Nas relações com os países, os atendimentos prestados eram gratuitos e, com o tempo, isso passou a

¹¹⁵ No original, leia-se: “These goals, broken down to the basic idea of giving both short term medical relief and long term assistance, are rooted in the Cuban people’s cultural values and axiomatic beliefs. Most poignantly, the concept of proletarian internationalism is the foundation of Cuban medical internationalism. Communist theory has waned in practice since the fall of the Soviet Union, but the basic concept of solidarity that transcends political borders still exists. In Cuba, it exists in both the beliefs of the people and the actions of the government. Combined with the healthcare beliefs of prevention, universality, full access, these form the basis for Cuban foreign policy”.

funcionar como instrumento de relações internacionais entre Cuba e os países que recebiam profissionais de saúde, como, por exemplo, o que ocorreu na Venezuela, que mantinha abastecimento de petróleo para a ilha como contrapartida aos serviços de saúde.

Nesse processo de superação dos problemas econômicos e relação internacional, Cuba ampliou bastante o quantitativo de profissionais de saúde. A esse respeito, Kirk (2015) destaca que:

Em Cuba, em 2011, havia 78.622 médicos, 96.424 enfermeiros e auxiliares de enfermagem e 12.793 dentistas. Isso se traduziu em um médico por cada 143 pacientes e um dentista para cada 878. Também havia 161 hospitais, 452 policlínicos e, de acordo com a filosofia de medicina preventiva de Cuba, 11.486 consultórios de médicos de família (geralmente com uma equipe de médicos e enfermeiras)¹¹⁶ (KIRK, 2015, p. 3, tradução nossa).

Além disso, o autor comenta que, desde o início do projeto internacionalista, Cuba já enviou mais 135000 profissionais entre médicos, dentistas e enfermeiros. Em 2014, o país tinha mais de 50000 profissionais atuando em mais de 60 países (KIRK, 2015).

Além do envio de profissionais para os países, Cuba também começou a atuar na formação de médicos, tanto nos países que recebiam as missões quanto na própria ilha. Em 1999, foi criada a Escola Latino-Americana de Medicina (Elam) que já formou gratuitamente milhares de estudantes de diversos países do mundo. Alguns médicos brasileiros que acompanhei no Programa Mais Médicos foram formados na Elam e tiveram a possibilidade de trabalhar no Brasil por causa do Programa.

Uma outra fase do internacionalismo cubano começou a ser colocada em prática a partir da entrada de Raúl Castro no governo. Em virtude dos bloqueios internacionais, já havido sido formulada e começou a ser implementada a ideia de capital humano (GOMES, 2016). A partir de 2011, com a criação da Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos S.A., Cuba passou a tratar a saúde como serviço, especialmente voltado para turistas que procuravam a ilha para tratamento médico. A Comercializadora abrigou os contratos de atuação de profissionais cubanos em outros países, como ocorre com o Brasil através do Programa Mais Médicos, pelo qual Cuba recebe recursos financeiros por intermédio da OPAS.

¹¹⁶ No original, leia-se: “Within Cuba in 2011 there were 78,622 doctors, 96,424 nurses and nursing assistants, and 12,793 dentists. This translated into a doctor for every 143 patients and a dentist for every 878. There were also 161 hospitals, 452 polyclinics, and, in line with Cuba’s philosophy of preventive medicine, 11,486 family doctor offices (usually with a doctor and nurse team)”.

Nesse contexto, vieram para o Brasil 14796 médicos cubanos pela cooperação entre Ministério da Saúde e a OPAS de setembro de 2013 a dezembro de 2016. Isso representou pouco mais de 60% do total de 24336 médicos que nesses três anos estão ou estiveram vinculados ao PMM. Somando-se a esse contingente, ainda podemos incluir 2044 profissionais que atuam ou atuaram como “intercambistas”, sendo esses estrangeiros ou brasileiros formados no exterior (BRASIL, 2017a, s/d).

No início do ano de 2017, no PMM, estavam ativos, termo utilizado pelo MS para caracterizar os médicos que estão atuando nas unidades de saúde, 5569 médicos “cooperados” e 1529 profissionais caracterizados como “intercambistas”. Nessa data, estavam ativos 10019 profissionais vinculados ao PMM (BRASIL, 2017a).

Em alguns momentos do Programa, a quantidade de médicos ativos chegou a 18000 (BRASIL, s/d; OLIVEIRA et al., 2017). Com a redução do número de cooperados, em função da não renovação integral do Termo de Cooperação, houve uma diminuição do quantitativo de profissionais do Mais Médicos presentes. Percebe-se que, mesmo havendo variações do contingente total de médicos ao longo do programa, os profissionais “cooperados” e “intercambistas” sempre foram mais numerosos do que a quantidade de médicos brasileiros.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem exposto a ideia de que vai focar o Programa em profissionais brasileiros para repor os cubanos que terminaram ou estão terminando os três anos de atuação na Atenção Básica brasileira (BRASIL, s/d). Esse posicionamento do MS está de acordo com o que vem sendo cobrado pelas entidades médicas desde o início do PMM.

Quando focamos a Paraíba, entre 2013 e final de 2016, estiveram vinculados ao Mais Médicos 551 profissionais, com média de aproximadamente 300 em atuação. A Tabela abaixo sintetiza a distribuição dos médicos “cooperados” e “intercambistas” na Paraíba no período, considerando a situação do profissional no início de 2017, período com dados disponibilizados pelo MS.

Tabela 1 - Distribuição de médicos por perfil e situação na Paraíba de setembro de 2013 a julho de 2016.

PERFIL DOS MÉDICOS	SITUAÇÃO		TOTAL
	ATIVO	DESLIGADO	
COOPERADOS	78	126	204
INTERCAMBISTAS	36	5	41
CRM BRASIL MAIS MÉDICOS ¹¹⁷	126	95	221

¹¹⁷ Médicos brasileiros formados no Brasil e vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.

CRM BRASIL PROVAB ¹¹⁸	9	76	85
TOTAL DE MÉDICOS	249	302	551

Fonte: Brasil, 2017.

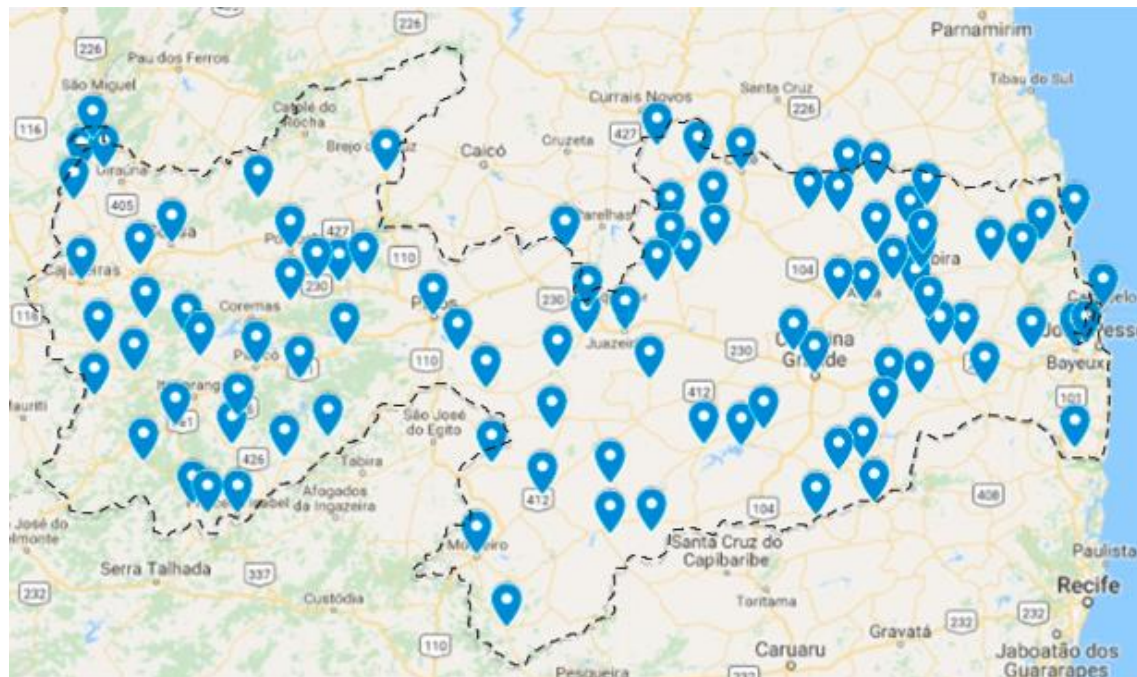
Conforme a Tabela 1, no final de 2016, havia em atuação na Paraíba 249 médicos, sendo 78 “cooperados”. No estado, os médicos cubanos, demais estrangeiros e os brasileiros formados no exterior sem diploma revalidado, estiveram ou estão presentes em 142 dos 223 municípios. Considerando apenas os “cooperados”, entre setembro de 2013 e dezembro de 2016, houve atuação em 88 localidades. Quando estive conversando com as referências descentralizadas do MS, soube que na Paraíba todos os municípios que solicitaram médicos foram atendidos pelo Programa.

Caracterizados como desligados, encontramos, por exemplo, os médicos com “CRM Brasil” que terminaram o tempo no Programa; ou que solicitaram o desligamento para assumir outro trabalho ou a residência médica; ou aqueles cuja solicitação de desligamento foi feita pelo município por descumprimento das atividades do projeto. O mais comum, na Paraíba, foi a solicitação pessoal de desligamento para assumir programas de residência médica, o que demonstra ainda que o PMM tem pouca capacidade de fixação permanente dos profissionais. Em relação ao pedido de desligamento por parte dos municípios, observei que isso ocorreu poucas vezes, mas a Comissão Coordenadora Estadual não tem registros oficiais sobre esse fenômeno. Em uma entrevista com uma referência descentralizada, ela relatou que em um município do sertão do estado a Secretaria de Saúde solicitou desligamento da médica “cooperada” sob a justificativa de condutas médicas inadequadas, mas, após verificação da situação local, foram identificados problemas de ordem pessoal da secretária de saúde com a médica, e não problemas técnicos, então não houve o desligamento e a médica foi transferida para outro município.

A distribuição dos profissionais pelo território paraibano foi ampla, com atuação em municípios do litoral ao sertão. Considerando médicos “cooperados” e “intercambistas individuais”, o mapa abaixo permite a visualização dessa distribuição. Foram 97 municípios paraibanos que receberam esses profissionais desde o início do Mais Médicos. Mas é importante ver também a tabela do Apêndice C contendo a lista de municípios completa.

¹¹⁸ Médicos brasileiros formados no Brasil e vinculados ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, que teve a última entrada de profissionais em setembro de 2016.

Figura 4 – Distribuição de Médicos “cooperados” e “intercambistas” na Paraíba de setembro de 2013 a julho de 2016



Fonte:

Elaborado pelo autor.

Considerando a distribuição apenas dos “cooperados”, no período referido, não há muita mudança no mapa, caracterizando a ampla distribuição desses profissionais pela Paraíba. Há apenas uma pequena diferença na quantidade de municípios, sendo 88 cidades que receberam médicos “cooperados” no período de 2013 até o início de 2017. Ver também a tabela no Apêndice D, com a relação completa de municípios.

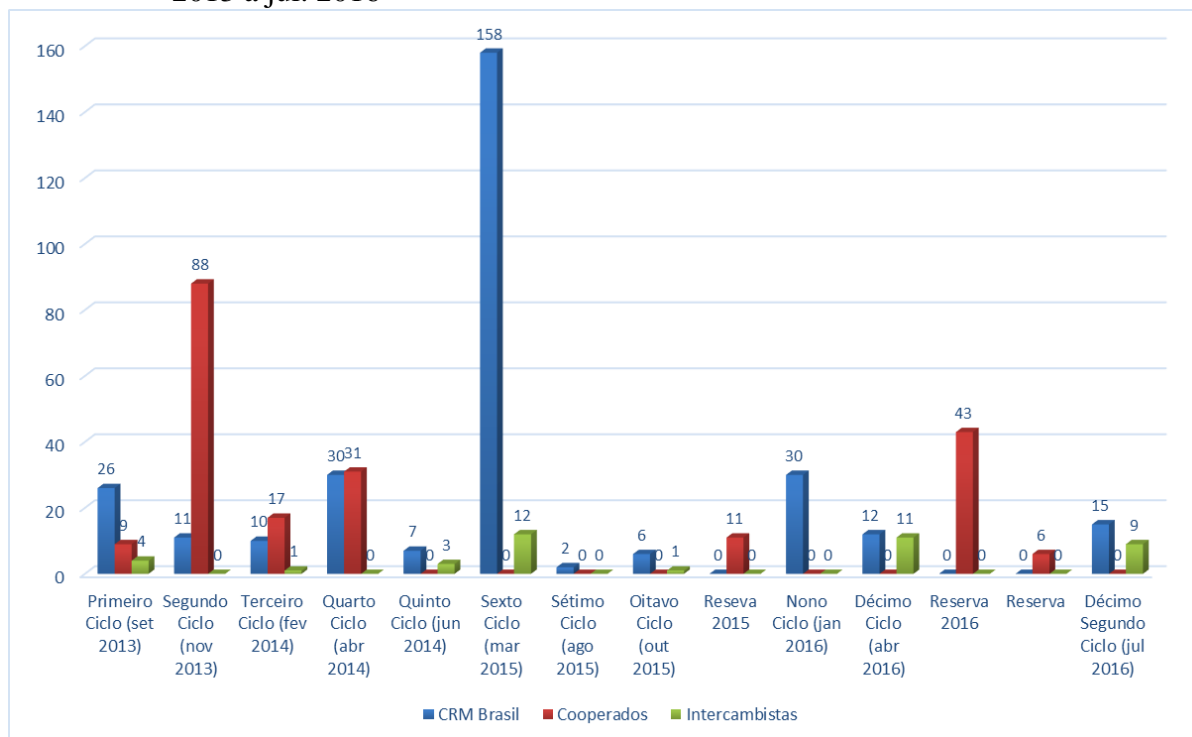
Figura 5 – Distribuição de Médicos “cooperados” na Paraíba de setembro de 2013 a julho de 2016



Fonte: Elaborado pelo autor

O período de maior entrada de médicos cubanos na Paraíba foi o final de 2013, no chamado segundo ciclo de entrada, quando chegaram ao Estado 88 médicos cubanos. A partir de dados do Ministério da Saúde de setembro de 2013 a julho de 2016, período das informações disponibilizadas, houve doze ciclos de entrada de médicos no Programa, conforme pode ser visualizado no gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Quantidade de médicos por perfil e por ciclo de entrada no PMM na Paraíba – set. 2013 a jul. 2016



Fonte: Brasil, 2017. Elaborado pelo autor

Nota-se que existem três ciclos de entrada de médicos por ano, exceto em 2013, quando houve duas entradas. Em alguns momentos, havia entrada fora do ciclo, o que aparece denominado no gráfico como “reserva”. A reserva significa entrada de médicos “cooperados” no Programa vindos principalmente para substituir um médico cubano que havia terminado o programa ou solicitado o retorno a Cuba, ou para assumir uma equipe que estava sem médico brasileiro.

Chama atenção o sexto ciclo, de março de 2015, com a entrada de um número grande de médicos brasileiros (158). Nesse período, ocorreu a migração de 21 médicos que haviam concluído o Provac e passaram a atuar no Mais Médicos, e também houve a ampliação do número de vagas no estado por solicitação dos municípios.

Em agosto de 2017, consegui informações atualizadas sobre profissionais atuantes na Paraíba, porém com dados apenas de médicos ativos. Nesse intervalo, de janeiro a agosto de 2017, o número de municípios com cooperados reduziu de 88 para 76. Isso ocorreu em razão da não substituição do médico cooperado, que encerrou o vínculo do PMM, por outro cooperado, seguindo o argumento do MS de ampliar as vagas para profissionais médicos

brasileiros. A distribuição dos médicos cooperados na Paraíba se manteve, durante 2017, semelhante ao que havia sido de 2013 a 2016, como pode ser observado no mapa abaixo:

Figura 6 – Distribuição de Médicos “cooperados” na Paraíba em agosto de 2017

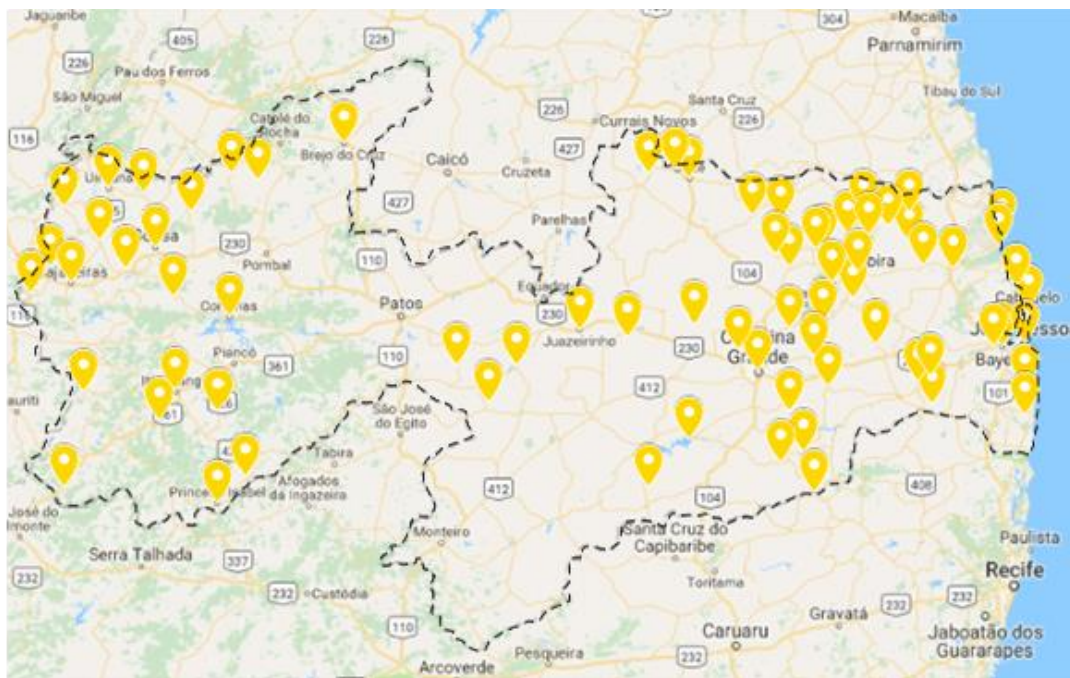


Fonte: Elaborado pelo autor

Atualmente, considerando as informações de agosto de 2017, estão atuando no PMM na Paraíba 372 médicos vinculados ao Programa, sendo 189 brasileiros caracterizados como “CRM Brasil Mais Médicos” e 9 como “CRM Brasil Proverb”. Do total de médicos, 174 profissionais estão vinculados ao Mais Médicos como “cooperados” e “intercambistas” –, 125 e 49, respectivamente.

Os “cooperados” e “intercambistas” foram alocados por todo o estado, sem concentração aparente em algumas localidades, enquanto que, como observado na figura 6, os profissionais brasileiros tiveram uma distribuição espacial mais próxima dos grandes centros urbanos, especialmente em João Pessoa, Campina Grande, Cajazeiras e Sousa.

Figura 7 – Distribuição de Médicos brasileiros na Paraíba em agosto de 2017



Fonte: Elaborado pelo autor

Analisando os mapas sobrepostos (Figura 7), nota-se que, em alguns municípios do sertão paraibano, a ocupação por profissional só ocorreu pela presença de médicos “cooperados”.

A área demarcada no mapa da Figura 7 representa a região do Estado onde o trabalho médico predominante é proveniente dos profissionais cubanos. Corresponde principalmente à zona do cariri e parte do sertão paraibano. A distribuição dos médicos “CRM Brasil” segue a proximidade das cidades de residência desses profissionais, localizadas nas regiões mais desenvolvidas do estado. Praticamente todos os médicos brasileiros que trabalham na Paraíba pelo PMM residem nos principais municípios, como é observado no mapa. Como a escolha pelos municípios ocorre inicialmente pelos médicos brasileiros, eles privilegiam localidades próximas das residências, para permitir um deslocamento diário ou quase diário para o local de trabalho. Esse elemento é importante quando se pensa na lógica de fixação dos profissionais em determinados municípios, a fim de manter uma carga horária de trabalho médico de pelo menos 40 horas semanais, como exige a Estratégia Saúde da Família. Algumas localidades da região do cariri paraibano, por exemplo, provavelmente manterão a escassez profissional com o término do PMM.

Figura 8 – Distribuição de Médicos brasileiros e cooperados na Paraíba em agosto de 2017



Fonte: Elaborado pelo autor

Os pontos em cor verde no mapa da figura 8 representam os médicos “cooperados”, enquanto os de cor amarela caracterizam os profissionais brasileiros. Nota-se, na área delimitada, que existe predominância dos pontos verdes, o que representa uma região onde atuam principalmente médicos cubanos. Essa área coincide com uma das regiões mais pobres da Paraíba e uma das consideradas de mais difícil acesso pelos atores do PMM com quem tive contato durante a pesquisa.

Percebi, analisando as diversas planilhas com dados de profissionais do PMM, que na Paraíba o quantitativo de profissionais brasileiros sempre foi um pouco superior ao de médicos estrangeiros, mantendo a proporção percentual encontrada em agosto de 2017 durante praticamente todo período da pesquisa. A partir de agora, pretendo discutir o que representou essa distribuição de médicos no estado e como isso se associou aos demais processos relacionais entre atores e instituições durante a implementação do PMM na Paraíba.

6 MICROPOLÍTICAS E ATORES DA SAÚDE NA PARAÍBA: DINÂMICAS DAS RELAÇÕES NO PMM E O CUIDADO MÉDICO

Considerando que o eixo central desta pesquisa é o processo de implementação do Programa Mais Médicos e que já foi discutido como a política estava sendo definida nacionalmente, cartografando relações macrossociais entre os componentes da corporação médica e governo, e entre Governo Federal e a OPAS, neste capítulo apresento as relações micropolíticas no nível local, entre os atores implementadores da política na Paraíba. Chamo de macrossociais fazendo alusão ao fato de que não estão ligadas diretamente aos eixos da política postos em prática no território paraibano. Essa separação, no entanto, é simbólica e didática, pois em diversos momentos foi possível perceber que as relações macro e micro se entremeiam e se fazem presentes no processo de implementação.

Como já dito, as análises mais atuais sobre políticas públicas enfatizam a não linearidade dos processos políticos, pensando que, da formulação até a avaliação dos impactos, existe uma dinâmica de contínua construção e reconstrução, como observado durante o trabalho de campo de forma mais concreta. Nesse sentido, percebe-se a implementação como uma característica de retroalimentação¹¹⁹ sobre a própria formulação da política.

Dado o caráter autônomo do processo de implementação, não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuram uma determinada política pública e os resultados da implementação, que podem ser diferentes da concepção original. Seu sucesso está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político daqueles por ela afetados. Além de ser um processo de adaptação em função das mudanças do contexto, a implementação envolve decisões e, nesse sentido, é um processo que pode criar novas políticas (MENICUCCI, 2007, p. 304).

O que a autora coloca é o que acompanhei durante esse período da pesquisa. Vários elementos foram sendo formulados ao longo do processo, tanto normativos quanto cognitivos – no sentido de como fazer funcionar a política e contemplando as relações entre os atores envolvidos com o Programa Mais Médicos, a começar pela Comissão Coordenadora Estadual.

¹¹⁹ Termo muito usado nas ciências da natureza como a biologia e a química, sinalizando um evento que é produto e conteúdo ao mesmo tempo, como um elemento que é produzido por um processo e que também é combustível para a sua produção.

6.1 Comissão Coordenadora Estadual na Paraíba: relações interinstitucionais para a implementação do programa

Comecei a acompanhar o trabalho da Comissão Coordenadora Estadual (CCE) dos Programas de Provimento do Ministério da Saúde na Paraíba em abril de 2014.

No entanto, para entender as atribuições da CCE no PMM, é preciso remeter a uma reunião ocorrida em 2012, quando se discutiu o papel dos estados no Provac. Essa reunião, intitulada Oficina com as Câmaras Técnicas do Conass, ocorreu em Brasília, nos dias 14 e 15 de agosto de 2012, e contou com a participação dos consultores externos e técnicos do Ministério da Saúde, e também de representantes das Secretarias Estaduais de Saúde de todo o país. A participação das SES chamou atenção porque os estados não tinham um papel definido no Programa. O debate na oficina foi acalorado, pelo fato de os representantes dos estados questionarem o “chamamento tardio” para participarem da formulação da política. A crítica era no sentido de que os municípios já estavam recebendo médicos do Provac e os estados só foram chamados *a posteriori*. Em relação a essa colocação, algumas explicações podem ser oferecidas, e é importante apresentá-las aqui, uma vez que repercutiram na implementação do PMM na Paraíba.

Uma compreensão desse fenômeno pode estar relacionada ao processo de descentralização da política de saúde no Brasil. Desde a criação do SUS, na constituição de 1988, o processo de descentralização – uma das diretrizes do sistema – vem ocorrendo no sentido União-Municípios. Durante quase toda a primeira década do SUS, a de 1990, o estado como ente federado tinha uma função indefinida, só ficando mais clara a partir de 2001, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)¹²⁰. Sobre a descentralização de políticas públicas, de forma geral, Arretche e Marques (2007) tecem o seguinte comentário:

Políticas organizadas de forma a prover bens e/ou serviços públicos de modo descentralizado podem assumir uma diversidade de formatos institucionais. No desenho institucional das políticas, variam significativamente a extensão da autoridade do governo central e, por consequência, o espaço de autonomia dos governos locais, quer entre países, quer entre políticas de um mesmo país (ARRETCHÉ; MARQUES, 2007, p. 173).

¹²⁰ Com essa norma, surge o processo de regionalização que deve ser mediado pelo estado agregando municípios no sentido de organizarem uma rede de serviços de saúde (BRASIL, 2001e).

No Brasil, adotou-se o formato descentralizado de organização da prestação de serviços de saúde para os municípios, mantendo parte do controle dos recursos financeiros no nível federal, com a atribuição de promover políticas de saúde. Na lógica da descentralização, o desempenho dos governos locais é, em grande parte, resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Com a criação do PMM, o texto normativo designa para a CCE as funções de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias ao funcionamento do programa no âmbito da respectiva unidade da federação, e possibilita a unificação das Comissões de Coordenação Estadual do Provac e do Projeto Mais Médicos para o Brasil nos estados, atualizando o texto legislativo e abrindo espaço para a inserção do Provac no Programa Mais Médicos a partir de 2015 (BRASIL, 2013r; BRASIL, 2015a).

As Secretarias Estaduais de Saúde tinham a atribuição de montar as Comissões de Coordenação do Provac que eram compostas por um representante do Ministério da Saúde, um da Secretaria Estadual de Saúde, um membro do Cosems e um representante das Instituições Supervisoras no Estado, que nesse último caso era a UFPB.

O primeiro contato que tive com alguns membros da Comissão foi através de uma “apoiadora” do Ministério da Saúde, chamada de referência descentralizada pelos atores componentes da CCE, e o tutor do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba, docente da Universidade Federal de Campina Grande. A interlocução com essa apoiadora, uma fisioterapeuta que passou a realizar o trabalho, por indicação, dentro do Ministério da Saúde, por ser conhecida do Secretário da SGTES¹²¹, começou na reunião em Brasília sobre o papel do estado – ente federado – diante do Provac em 2012, como já mencionado.

A composição específica da Comissão de Coordenação Estadual do Projeto Mais Médicos se manteve semelhante ao que estava normatizado pelo Provac. Com a unificação das comissões, ocorreu na Paraíba que a CCE passou a ter dois representantes de instituição supervisora, a UFPB pelo Provac e a UFCG pelo Mais Médicos. Com a elaboração do regimento da CCE-PB em 2015 (PARAÍBA, 2015), a Comissão ainda recebeu como membro uma representação do Ministério da Educação, o que não estava definido no conjunto de portarias do Ministério da Saúde, representando uma definição local desse aspecto da política. Dessa forma, a Comissão Coordenadora Estadual dos Programas de Provac do Ministério da Saúde passou a funcionar com a seguinte composição:

¹²¹ Nas entrevistas que realizei com as “referências” do MS, foi dito que no início o cargo de “apoiadora” do MS nas CCE era ocupado a partir de indicação de pessoas conhecidas pelos dirigentes do Programa. A partir de 2015, começaram a ocorrer processos seletivos de análise de currículo e entrevista.

Art. 7º - A CCE PB é composta por:

I - 01 Representante do apoio institucional do Ministério da Saúde para o PROVAB PB / PMMB PB;

II - 01 Representante do apoio institucional do Ministério da Educação;

III - 01 Representante da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba;

IV - 01 Representante da instituição Supervisora do PROVAB PB;

V - 01 Representante da instituição Supervisora do PMMB PB;

VI - 01 Representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2015).

Quando comecei o trabalho de campo, os membros da CCE possuíam as seguintes biografias:

I – “apoiadora” do Ministério da Saúde, que chamarei de referência descentralizada I: fisioterapeuta que atuava na assistência a pessoas com deficiência. Ela ocupou o cargo de referência descentralizada do MS para a Paraíba no período de 2012 a 2015, após ter defendido o doutorado. Saiu do cargo para assumir concurso de docente em uma universidade federal.

II – “apoiadora” do Ministério da Educação - Representante MEC I: psicóloga com atuação na Atenção Básica de João Pessoa. Ocupou a função por indicação de diretores do MEC com os quais teve contato durante o movimento estudantil na Paraíba ou em trabalhos na Atenção Básica.

III – representante da SES-PB: psicóloga que ocupava o cargo na coordenação de Atenção Básica. Já tinha atuado como gestora em um distrito sanitário de João Pessoa e como apoiadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto à representante MEC.

IV – representante da Instituição Supervisora do Provab (UFPB): médica de família e comunidade e docente da UFPB. Recebeu a coordenação do Provab na universidade após a cessão de um professor que assumiu cargo de direção no MS.

V – representante da Instituição Supervisora do PMM (UFCG): médico e professor da UFCG. Estava ocupando cargo de direção na UFCG na época da adesão da instituição ao Mais Médicos.

VI – representante do COSEMS: secretária de saúde de um município do agreste paraibano. Na época, o município cuja Secretária de Saúde era representante do COSEMS na CCE não havia aderido ao PMM.

Parte desses atores mantinha relações próximas, em diferentes contextos, seja profissionais e/ou pessoais, tais como: formação acadêmica, participação em movimento

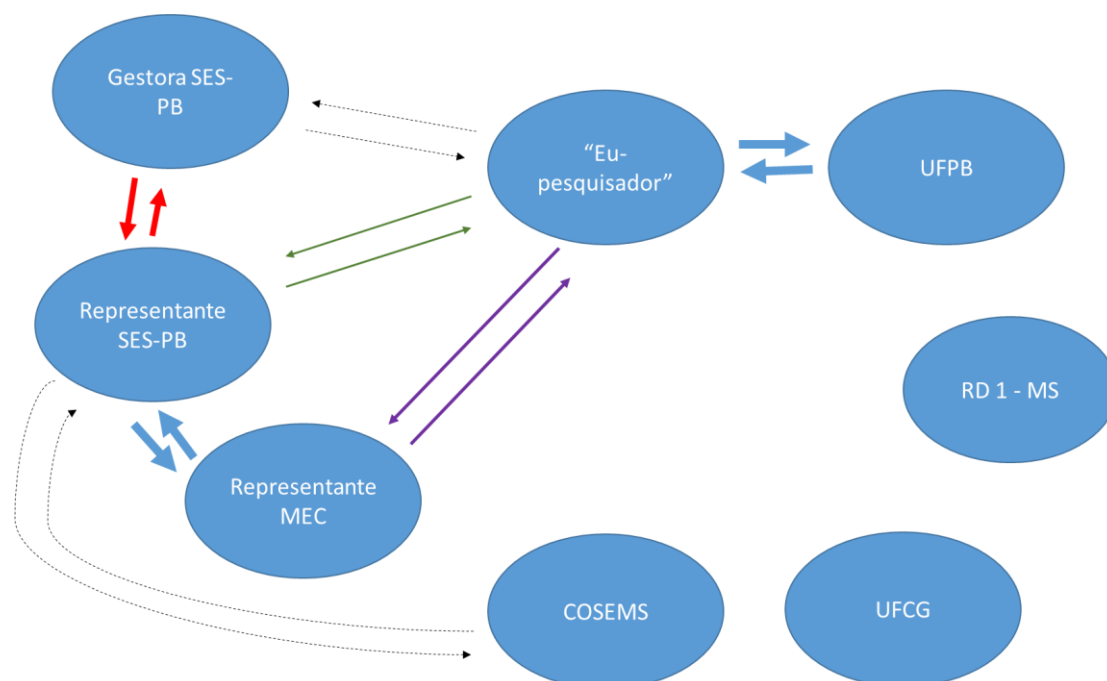
estudantil, trabalho na área da saúde etc. Cabe dizer que a proximidade nas relações existia entre alguns atores da comissão, mas também entre alguns desses atores comigo. Essa aproximação, por um lado, garantiu a minha entrada no campo, como já dito, mas também exigiu o esforço da vigilância para a objetivação no processo da pesquisa. Essas relações próximas passaram a compor o que chamo de núcleo de aproximação. Já os atores que não mantinham relações profissionais e/ou pessoais entre si ou comigo, foram denominados por mim de núcleo de distanciamento.

Essa identificação das relações começou na primeira reunião da CCE que observei em 2014, cuja discussão abordou a organização do trabalho da própria comissão. Inicialmente, foram pensados calendários diferentes por programa de provimento, o Provab e o Mais Médicos, com agenda quinzenal alternada entre os dois. Isso mudou em 2015, com agregação do Provab ao PMM.

Esse processo de trabalho que comento era interno e podia ser gerido pela própria CCE, mas o funcionamento geral da Comissão é regulado por portarias do Ministério da Saúde. O primeiro documento normativo foi a Portaria nº 568, de 5 de abril de 2013, que criou as Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Ou seja, as diretrizes de uma comissão interinstitucional já haviam sido publicadas antes da publicação das normas do PMM, a partir da continuidade de uma outra política, o Provab.

Além do processo de trabalho da Comissão, observei também relações existentes que ocorriam entre os componentes da CCE com as representantes do MEC e da SES-PB que já haviam trabalhado juntas e mantinham aproximação com outra gestora da Secretaria de Estado da Saúde (Gestora SES-PB) da época de atuação delas no nível municipal. Ou seja, desde o início do PMM, os atores que representavam as instituições tinham ou tiveram aproximação fora da CCE, e esse fato se intensificou com a entrada de novas referências descentralizadas do Ministério da Saúde e de mais um representante da Instituição Supervisora do PMM (UFCG 2). Cartografando essas relações, a figura abaixo representa como os membros da CCE interagiam antes e durante o início do trabalho na comissão:

Figura 9 – Mapeamento das relações entre os membros da CCE no início do PMM na Paraíba



Fonte: Elaborado pelo autor

Na figura, as setas indicam as relações. A intensidade ou proximidade dessas relações está caracterizada de acordo com a espessura e cores das setas, sendo a mais espessa (azul) a representação de maior aproximação, e a tracejada (preta) a de menor proximidade. O representante da instituição supervisora do PMM – UFCG I não se encontra conectado a outros atores no momento inicial da implementação do PMM. Outro aspecto relevante, é que achei importante estar inserido nessa rede de relações, pois, como já dito, interagiu com alguns atores tanto pelo papel de consultor quanto por outras experiências de trabalho docente ou movimento social.

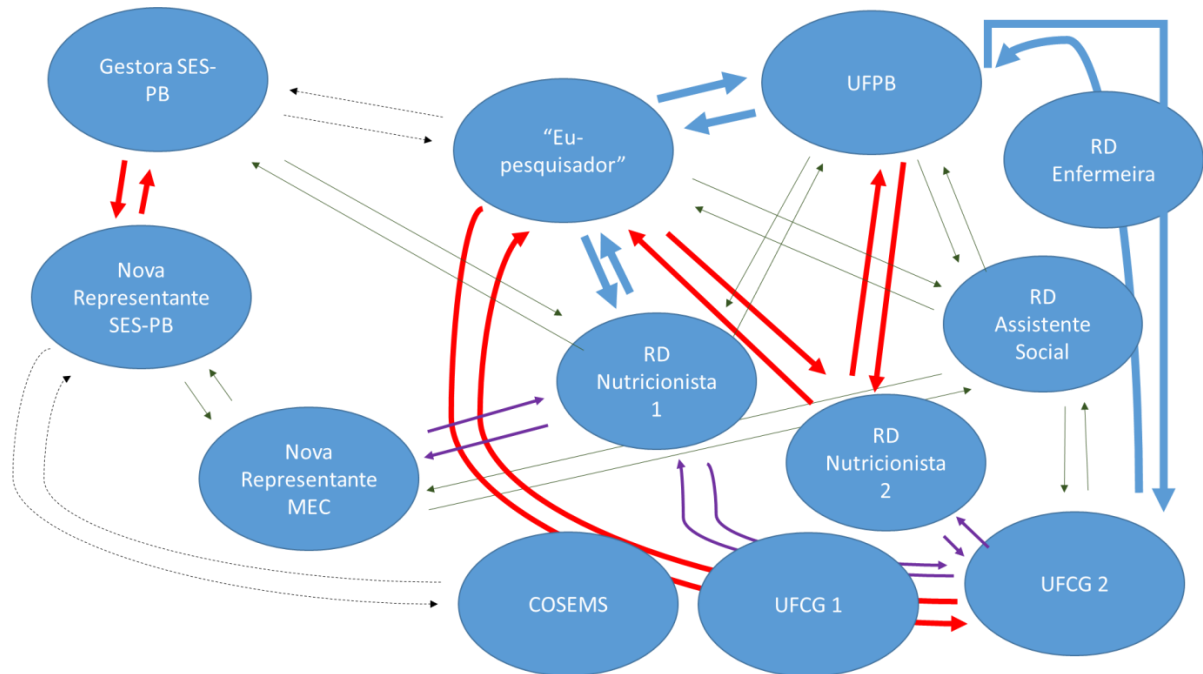
Em 2014, mais uma “apoiadora”, que chamarei de referência descentralizada II, do Ministério da Saúde, passou a fazer parte da CCE. Mais uma fisioterapeuta, formada na UFPB e atuante em projetos de extensão e no movimento estudantil. Ingressou no “apoio” do MS também por indicação de contatos da época de graduação e atuação na saúde. A partir de 2015, mudou a coordenadora da CCE com a entrada de uma nova representante da SES-PB, que passou a ser uma enfermeira atuante há mais de 20 anos como técnica da Secretaria de Estado da Saúde e tendo trabalhado com a gestora SES-PB que mencionei anteriormente. Além disso, o MS passou a fazer seleção dos “apoiadores”, e o número desses atores aumentou após a substituição das duas referências descentralizadas que estavam trabalhando no estado (I e II). Com a seleção inicial na forma de entrevista, uma nova “apoiadora” assumiu o papel de referência do MS (referência descentralizada III) pouco antes da primeira representante ter solicitado afastamento para assumir um concurso. Logo em seguida, através

de processo seletivo com análise de currículo e entrevista via *Skype*, foram selecionados mais três apoiadores (referência descentralizada IV, V e VI). No total, em 2015, a Paraíba passou a contar com quatro referências descentralizadas do MS, com a substituição da que havia entrado em 2014.

Esses quatro atores eram duas nutricionistas, uma enfermeira e um assistente social. A “apoiadora” que passou a ser a mais antiga (como é conhecida entre os membros da CCE), mesmo tendo entrado em período próximo dos demais, uma nutricionista (referência descentralizada III) formada na UFPB, já atuou em diversos cenários durante a graduação e no mundo do trabalho em conjunto com gestores da SES-PB e do MS. Quanto a mim, participamos de um projeto de extensão durante a graduação e vivenciamos diversos momentos durante um período de atuação na gestão municipal de João Pessoa. A outra nutricionista (referência descentralizada IV) fez residência multiprofissional no Rio Grande do Sul e veio à Paraíba, dentre outros motivos, por causa do seu companheiro médico e professor da UFPB. Esse docente tem relação com alguns membros da SES, com a coordenadora do Provab, por atuarem no mesmo departamento na UFPB, e comigo, por convivência desde a época da graduação e residência médica. O “apoiador” do serviço social (referência descentralizada VI) atuou na gestão de João Pessoa como trabalhador do Nasf e atualmente é casado com uma farmacêutica que fez residência multiprofissional no mesmo serviço que eu, a médica coordenadora do Provab e o companheiro da segunda “apoiadora” nutricionista. Por fim, a enfermeira apoiadora (referência descentralizada V) foi selecionada por residir no sertão, área de necessidade para atuação de uma RD, e já atuou na Atenção Básica. Antes de entrar no “apoio” do MS, não manteve relação de proximidade com os outros membros da Comissão.

Nesse cenário, as relações entre os atores da CCE, e de alguns desses atores comigo, considerando a proximidade em momentos antes da atuação na Comissão, pode ser mapeada da seguinte maneira:

Figura 10 – Mapeamento das relações entre os membros da CCE a partir de 2015 Paraíba



Fonte: Elaborado pelo autor

Percebe-se, nessa segunda configuração, que os atores mantinham maior relação de contato antes do trabalho no PMM. A partir da figura 9, é possível notar que além da aproximação que alguns integrantes da CCE tinham comigo, há maior intensidade nas relações entre a representante da instituição supervisora do Provab – UFPB e as referências descentralizadas (especialmente III, IV e V), e também desses atores com o representante da instituição supervisora do PMM – UFG II. Esse conjunto de relações compõe o que chamei de núcleo de aproximação.

Estou enfatizando esse nível de relações pelo fato de estar falando não apenas da interação entre esses atores, mas principalmente da maior relação com o PMM. Esse núcleo de aproximação é relevante não só para as relações de pesquisa, mas especialmente para o funcionamento político-administrativo da CCE e para a dinâmica das articulações e decisões para a implementação do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba.

No núcleo de distanciamento, encontram-se o representante da instituição supervisora do PMM – UFG I, a referência descentralizada VI, a nova representante MEC e a representante do Cosems que mantinha relação com a nova representante SES-PB. Desses, a representante do Cosems era a que mantinha o menor grau de aproximação com os atores da CCE.

Observando esse que chamamos núcleo de distanciamento, temos uma primeira questão que é a distância física entre os membros, especialmente a referência descentralizada V e o representante da instituição supervisora do PMM – UFG I. A maioria das RD,

excetuando a RD-V, reside em João Pessoa e depende de apoio do MS para deslocamento. Nesse contexto, a aproximação entre as RD e a representante da instituição supervisora do Provac – UFPB, por exemplo, ocorre também pelo fato de todos estarem na mesma cidade. Como o representante da instituição supervisora do PMM – UFCG I, inicialmente, não mantinha relações de proximidade com os demais membros da comissão, considerando também a separação geográfica, ele foi mantido no núcleo de distanciamento.

Nesse núcleo, o fenômeno marcadamente observado foi a quase ausência da representante do Cosems durante todo o período que acompanhei o trabalho da comissão, de abril de 2014 a abril de 2016. Em nenhuma das reuniões de que participei houve a presença do órgão representativo das secretarias municipais de saúde do estado. Esse fenômeno foi explicitado pelas referências descentralizadas durante as entrevistas e também pela coordenadora da CCE (a nova representante SES-PB). Essa última atestou o afastamento do Cosems, mas amenizou o problema explicando que a representante atuava como secretária de saúde em município distante, o que dificultava sua participação nas reuniões.

Mesmo com esse distanciamento de um dos representantes da CCE quanto ao aspecto normativo, os procedimentos da comissão seguiam, o que faz pensar, somando-se o fato de que a representante do Cosems era de uma localidade que não havia aderido ao PMM, que: 1. Esse órgão não defendia o programa – esse elemento de defesa é muito importante para entender alguns posicionamentos e até a conformação da maneira de trabalho de alguns membros da CCE, o que discutiremos de forma pormenorizada um pouco mais adiante; 2. Havia um problema que envolvia a ordem da representatividade dentro do Cosems. Nesse contexto, como as RD do MS mantinham relação estreita com os municípios participantes do programa, e as Instituições Supervisoras se aproximavam das cidades por intermédio dos supervisores, pode-se concluir que o papel do Conselho parecia ficar esvaziado; 3. Não houve a construção de uma identidade institucional que incluísse o Cosems na CCE, não permitindo que esse órgão se sentisse integrado na comissão.

Em relação à representatividade, Almeida (2014) comenta que essa é uma atividade que se desloca continuamente no tempo e no espaço; envolve distintos atores e arenas do Estado e da sociedade; depende da interação contínua e ao longo do tempo entre representantes e representados. Ou seja, a representatividade é um processo dinâmico que depende do contexto. Assim, considerando a atribuição fundamental do Cosems de atuar articulando os municípios aos demais entes federados, especialmente ao estado, essa representação deixou uma lacuna política na defesa dos municípios. Para esse ator, a aproximação com o Programa Mais Médicos pareceu elemento secundário, até porque cada

município poderia aderir ou não ao Programa e receberia apoio do próprio Ministério diretamente. Sob essa ótica, as cidades, quando se tratava do PMM, buscavam orientações diretamente com o MS ou com membros da CCE, principalmente as RD.

Levando em consideração esse conjunto de relações, atores e instituições, a definição normativa do PMM não é capaz de determinar que a CCE, enquanto uma “instituição de instituições”, funcionará como um ente consolidado. Ou seja, a norma não diz que a instituição vai funcionar ou não, dependendo esse funcionamento dos processos desenvolvidos internamente e que recebem influência externa – da Coordenação Nacional, principalmente, mas também da população e de outros setores políticos, como prefeituras. Para compor a CCE, reuniram-se instituições que desenvolviam um papel social definido ou uma identidade, como as universidades federais, a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde. No sentido de implementação de uma política, seria preciso desenvolver uma nova institucionalidade, na forma de uma identidade institucional da Comissão Coordenadora Estadual dos Programas de Provimento do Ministério da Saúde na Paraíba.

Nesse sentido, é importante dizer que as relações mantidas entre os atores da CCE, com alguns compartilhando experiências e vivências desde antes do PMM, configura essa institucionalidade da comissão. Na CCE se encontram *trajetórias* pessoais e profissionais dos atores que estão relacionadas às posturas adotadas dentro da comissão. Posturas que evidenciam posicionamentos políticos diante do Mais Médicos e do SUS e que encontram base na formação profissional e social voltada para a ideia de saúde como direito fundamental.

A ideia de *trajetória* aqui apresentada se aproxima do que é discutido por Velho (1994). Para o autor, as *trajetórias* “dos indivíduos ganham consistência a partir do delineamento mais ou menos elaborado de *projetos* com objetivos específicos” (VELHO, 1994, p. 47). Esses *projetos* não são um conjunto de tarefas lineares que os atores seguem ao longo da vida visando um futuro predeterminado, pois a viabilidade deles “vai depender do jogo e interação com outros *projetos* individuais e coletivos, da natureza e da dinâmica do *campo de possibilidades*” (VELHO, 1994, p. 47).

Assim, na CCE, as *trajetórias* de atores envolvidos com a Atenção Básica, com o SUS e a com a formação profissional se encontram e constituem a Comissão como um *campo de possibilidades* de implementação do PMM.

Para Bourdieu (2008), a ideia de *trajetória* corresponde à relação entre os agentes singulares e as forças no campo. “Diferentemente das biografias comuns, a trajetória descreve a série de posições sucessivamente ocupadas pelo mesmo escritor em estados sucessivos do

campo literário” (BOURDIEU, 2008, p. 71). Considerando os integrantes da CCE na Paraíba, observa-se que as relações ocorreram em momentos diversos de acordo com as posições ocupadas, ou seja, nos tempos de graduação através de articulações no movimento estudantil ou projetos de extensão; nas relações profissionais na área da saúde ou na academia; nos cargos que os atores ocupam/ocuparam durante o processo de implementação do Mais Médicos.

Como se fora uma lesma, as marcas distintivas ligadas ao nome, ao biológico e ao percorrer histórico dos agentes, acabam por deixar traços quase transparentes que, quando unidos a todos os outros traços dos grupos sociais, definem trajetórias comuns, feixes de percursos muito semelhantes, ou afinal, uma trajetória. (MONTAGNER, 2007, p. 253).

Os atores que representam as instituições inseridas na CCE carregam essa trajetória comum, como argumenta o autor, e que pode ser profissional e pessoal. Por exemplo, uma das referências descentralizadas do MS, atuante em projetos de extensão comunitária e no movimento estudantil durante a graduação, passou por experiências de apoio em uma gestão municipal e esteve vinculada à universidade em um processo de avaliação da rede de Atenção Básica que fora formulado pelo Ministério da Saúde e operacionalizado pela instituição de ensino. Percebe-se que essas *trajetórias* profissionais mobilizam vários processos de socialização e permitem compreender a singularidade da CCE-PB, como o “resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (DUBAR, 2005, p. 136).

Além dessa apoiadora, todos os demais atores da CCE possuem *trajetórias* profissional e pessoal envolvidas com questões sociais ligadas à área da saúde. O elemento integrador dessas *trajetórias* para compor uma “instituição CCE”, para além da norma, consistiu no que, no sentido de Deleuze (1992), é um “intercessor”. Esse intercessor seria o fato de parte da comissão, especialmente os que mantinham relações exteriores há mais tempo, “pensar o Programa”.

O intercessor, no contexto da CCE-PB, é de fato a postura política e muitas vezes militante de alguns atores, no sentido de pensar a saúde como direito e como uma questão de cidadania no país. Para eles, o PMM é uma estratégia para fazer frente às diferenças e desigualdades sociais a partir da oferta de cuidado médico, mas também buscando modificar a estrutura imaginária e ideológica da profissão médica. Lembrando que o intercessor está

relacionado ao movimento, essa postura política e militante de alguns atores da comissão permite mover a implementação do Programa no estado.

A possibilidade de funcionamento do PMM não ocorre a partir da ação dos atores como um somatório de biografias que, em algum momento, compartilharam experiências e vivências. A ação de um passa a ocorrer por causa da ação do outro, ou seja, ao agirem no sentido de implementar o Mais Médicos eles se constituem como atores implementadores da política (LATOURE, 2012). Assim, a ação não é de um ou de outro, não se origina na referência descentralizada ou na representante da instituição supervisora do Provac – UFPB, nem nos instrumentos normativos do Programa. A ação é “um conglomerado de muitos e surpreendentes conjuntos de funções que só podem ser desemaranhados aos poucos” (LATOURE, 2012, p. 72), pois depende das relações.

Nesse sentido, sem a interconexão e as posturas desses atores, não haveria Programa Mais Médicos, pelo menos não da maneira como foi sendo implementado na Paraíba. Um elemento de ligação entre membros da comissão, além das aproximações que mantiveram ou mantinham em outros espaços da vida pública, era a crença na política, um ideal de defesa do Programa Mais Médicos. Em parte, esse ideal de saúde e de aproximação de ideias coincidiam com a proposta da política do governo federal quanto aos rumos da Atenção Básica e do SUS, mesmo esses atores não tendo filiação com o partido político que estava no governo.

Havia, no passado de alguns atores da CCE, também uma aproximação com o ideal da saúde comunitária, popular, da saúde pública, uma “militância” pelo SUS, como relatou uma RD do MS. Esse processo contribuiu para a configuração de “identidades militantes” compartilhadas por atores de instituições diferentes que estavam na composição da Comissão Coordenadora Estadual do Mais Médicos. Além da postura militante, esses atores são estudiosos das questões ligadas às relações entre saúde e sociedade no Brasil, envolvendo políticas, práticas e profissões. São também atores ideológicos e atores implicados, como definiu Merhy (2004). Esses atores implicados são aqueles que pensam e vivem a ciência, ou a política de saúde – como eu, quando manifestei a necessidade de fazer uma autoanálise da minha posição de vários papéis perante o PMM.

Uma outra referência descentralizada (III) que entrevistei chamava alguns dirigentes do Ministério da Saúde, de Brasília, de “os meninos”, remetendo-se à vivência conjunta em projetos de extensão universitária. Ou seja, há, no conjunto de atores implementadores do Programa Mais Médicos no estado da Paraíba, e também em Brasília, o compartilhamento de um fazer acadêmico diferenciado, pensando em suas práticas universitárias de ensino e

extensão, inspirados no movimento social (estudantil), possibilitando a constituição de uma subjetividade distante do modelo dominante de profissão médica. Para eles, a política de saúde que tem o Sistema Único de Saúde como referência principal, a Atenção Básica como centro fundamental desse sistema e a qualificação dessa atenção como “bandeira de luta”. Isso se refletiu nas práticas institucionais que desempenhavam fora, como as instituições supervisoras e os “apoiadores” do Ministério da Saúde.

Diante disso, pode-se explicar porque as instituições/atores integrantes da CCE que não pactuavam com esse ideal, a exemplo do Cosems cuja presidente atuava em um município com prefeitura de um partido político de oposição, mantinham um distanciamento do PMM no estado.

Esse distanciamento não pareceu interferir no andamento dos trabalhos da Comissão, pois, como já foi dito, os municípios mantinham contato direto com o Ministério da Saúde para definições quanto ao funcionamento do Programa. Ocorria, porém, um esvaziamento da função do Cosems de apoiar os municípios na implantação de políticas públicas de saúde. Além disso, pode-se caracterizar o distanciamento como um ato político, já que, de acordo com alguns interlocutores (referências descentralizadas, tutores e nova representante da SES-PB), havia relação próxima entre muitos gestores locais e médicos ou representantes das entidades médicas, o que sugere outro caminho de oposição da corporação profissional ao PMM.

Mesmo com a relação existente entre alguns atores componentes da CCE, e com a conformação do núcleo de aproximação, o cotidiano da Comissão se apresentou com vários entraves, especialmente no que diz respeito aos aspectos administrativos do PMM no estado. Pude observar alguns fenômenos que explicam esses entraves. Um foi a sensação de que a Comissão carecia de um objetivo/foco em suas reuniões. Isso se deve ao fato de cada instituição sempre ter atribuições e responsabilidades que em alguns momentos confluíam na CCE, mas a Comissão enquanto instituição precisava de uma pauta própria. Como os instrumentos normativos colocavam sempre papéis muito genéricos para a CCE, foi necessário produzir essa pauta internamente.

Essa falta de foco pode representar a lacuna normativa acerca do papel do estado e da centralização no MS de muitos elementos da política, tendo a CCE que tomar decisões e definir uma *trajetória* própria. Esse processo permite configurar a comissão também como um ator.

O que mobilizou o trabalho da CCE de forma conjunta, ao longo do tempo, foi a urgência na tomada de decisões da operacionalização do programa e a necessidade de

resolução dos problemas que surgiam. Os principais elementos foram: alocação de médicos cooperados; problemas de pagamento da contrapartida municipal para os médicos; carga-horária dos médicos; remanejamento de médicos de um município para outro; cumprimento de funções de supervisores; questionário de avaliação do Programa no estado; ampliação das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade na Paraíba.

Além disso, vários membros da CCE compartilhavam a percepção de que a coordenação não era exercida de fato pela instituição definida na portaria. Muitas reuniões ocorriam sem sistematização, sem definição de pauta, sem registro da discussão em ata. Esse papel, segundo a norma, deveria ser da SES-PB, mas o desempenho deste órgão sofreu uma oscilação ao longo do tempo. Houve uma reunião, inclusive, na qual essa instituição não esteve presente, mesmo sendo sede física dos encontros. No início do meu acompanhamento, a participação da SES-PB era mais superficial, com mais “entra e sai” da reunião, passando uma ideia de que não estava ou não queria estar “incluída”. Não havia, além da coordenação, outro integrante que pudesse apoiar o trabalho da comissão, secretariando a reunião no intuito de preparar as documentações, redigir atas, anotar demandas, preparar o espaço da reunião. Essas tarefas ficavam a cargo de quem tomava a iniciativa, que em geral eram as referências descentralizadas do Ministério da Saúde. Essa demanda foi pauta de discussão na CCE em várias reuniões, mas só após um ano de funcionamento é que uma secretária, que não permaneceu muito tempo, integrou a comissão pela SES-PB.

Assim, o envolvimento flutuante da SES-PB se deu predominantemente no ano de 2014. A partir de 2015, com a mudança da coordenação, houve, segundo as referências descentralizadas entrevistadas, a mudança na postura da SES-PB na coordenação da CCE. Vale dizer que desde o início da pesquisa, o cargo de Secretário de Saúde mudou duas vezes no governo do estado, gerando, em um dos membros da comissão, a ideia de que atualmente a interlocução com a gestão está mais próxima.

Ainda sobre esse envolvimento, mudanças internas no organograma da SES-PB tiveram repercussões na comissão. Segundo a coordenadora da SES-PB, a Atenção Básica era configurada como uma Gerência Executiva que dispunha de recursos próprios para desempenhar suas atribuições. Atualmente, a Atenção Básica na SES-PB é considerada uma Gerência Operacional, submetida a uma Gerência Executiva e, portanto, com função apenas executora. Essa mudança, apontada pela coordenadora como uma ação para contenção de despesas, pode ter contribuído para certo enfraquecimento do apoio do estado para a política

de Atenção Básica¹²², com conseqüente distanciamento de outras políticas correlatas, como o Programa Mais Médicos.

A CCE é, portanto, uma arena política fundamental para as definições da Atenção Básica, mas também da formação médica, no âmbito do PMM. Isto se deve ao fato de que seu desempenho repercute diretamente na qualidade do cuidado e no acesso do profissional aos postos de trabalho. Assim, como arena política que depende da atuação dos atores/instituições que a compõem, mudanças nessas instituições repercutem sobre a atuação, as tomadas de decisão sobre “problemas” do PMM e outras atribuições.

Tendo compreendido as relações entre as instituições/atores componentes da CCE quanto as suas características/*trajetórias* e contatos anteriores à constituição da comissão, é importante entender também como a CCE desempenhou suas atribuições ao longo do tempo da pesquisa. Isto é, entender o processo de trabalho da Comissão entremeadado às referidas relações.

Nesse sentido, apesar da comissão ter sido constituída por uma regulamentação única na forma de regimento para os programas de provimento – Provac e PMM, um fenômeno observado inicialmente foi a separação entre as políticas no texto normativo no estado. Isso é visualizado na distribuição de atribuições da CCE dispostas no quadro abaixo:

Quadro 5 – Atribuições da CCE em relação ao Provac e ao PMM

Art. 4º - Compete à CCE PB em relação ao PROVAB:	Art. 5º - Compete à CCE PB em relação ao PMMB PB:
I - coordenar o PROVAB no Estado da Paraíba; II - expedir orientações acerca do desenvolvimento das atividades do programa; III - executar todas as ações de interesse e necessárias ao bom e regular desenvolvimento do programa e do processo de ensino e trabalho; IV - colaborar no processo de integração ensino-serviço; V - colaborar na discussão da prática educacional dos profissionais de saúde e integração de serviços da academia no contexto do SUS; VI - analisar, avaliar e julgar pedidos administrativos e autuações disciplinares de interesse do programa, demandados pelos participantes, supervisores, instituições	I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior, instituições supervisoras, organismos internacionais e a Coordenação do Projeto, no âmbito de sua competência, para as ações de implementação e execução do PMMB PB pelos Municípios aderentes e médicos participantes; II - orientar seus trabalhos em atendimento aos princípios e diretrizes gerais da política nacional de atenção básica, em especial na adoção das seguintes ações: a) acompanhar os profissionais inseridos nos Municípios e atuar nas eventuais situações de remanejamento dos médicos; b) apoiar na fiscalização do cumprimento da carga

¹²² Em algumas oficinas do Programa Mais Médicos das quais participaram alguns gestores municipais, ouvi reclamações de que o estado não apoiava mais a Atenção Básica como antes. Ouvi isso de dois gestores diferentes, mas um repetiu isso em algumas oficinas. Como não aprofundi esse tema com os gestores diretamente, não foi possível caracterizar essas intervenções como disputa política em relação ao governo estadual ou redução real do apoio do estado aos municípios. Na entrevista com a coordenadora da Gerência Operacional de Atenção Básica da SES-PB, recebi a informação de que, com a mudança da categoria de gerência executiva para gerência operacional, houve redução dos treinamentos dados para os municípios, mas, ao mesmo tempo, esses treinamentos foram designados a outro órgão cuja atuação não era conhecida pela coordenadora.

<p>supervisoras, gestores, demais entes federados e sociedade civil;</p> <p>VII - estabelecer plano de trabalho e as diretrizes para ação executiva da CCE PB;</p> <p>VIII - coordenar e supervisionar Grupos de Trabalho criados no âmbito da CCE PB;</p> <p>IX - acompanhar a execução financeira do plano de trabalho da CCE PB e dos demais projetos, propondo a otimização dos recursos;</p> <p>X - aprovar a organização e as normas de seu funcionamento;</p> <p>XI - divulgar as ações do PROVAB no Estado da Paraíba, em articulação com o Ministério da Saúde e Municípios participantes;</p> <p>XII - manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência;</p> <p>XIII - socializar as informações com os participantes do programa, entes federados, instituições de ensino e instituição supervisora;</p> <p>XIV - desempenhar outras competências e atribuições que venham a ser delegadas à CCE PB.</p>	<p>horária dos médicos nas equipes de saúde;</p> <p>c) promover a articulação da CCE PB com a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e o Conselho Estadual de Saúde (CES);</p> <p>d) incentivar a implantação dos núcleos de telessaúde nos Municípios e estimular a adesão dos municípios às demais políticas e programas nacionais e estaduais de incentivo e qualificação da atenção básica;</p> <p>e) promover Fóruns de Educação Permanente em Saúde, com vistas à integração Ensino-Serviço;</p> <p>f) realizar oficinas de trabalho regionais de formação dos médicos participantes do programa, voltados para qualificação da atenção básica, em especial relacionados ao e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) e Telessaúde Brasil Redes;</p> <p>g) fiscalizar o cumprimento dos termos de compromisso assinados pelos participantes do programa;</p> <p>h) apreciar, avaliar e julgar, no âmbito de sua competência, representação demandada pelos participantes do programa, demais entes federados e sociedade civil, dando-se ampla garantia de defesa aos denunciados;</p> <p>i) comunicar as decisões da CCE PB à Coordenação Nacional do PMMB; e</p> <p>j) desempenhar outras competências e atribuições que venham a ser delegadas à CCE PB.</p>
---	--

Fonte: Paraíba, 2015.

Nota-se que as atribuições da CCE relacionadas ao Provab correspondem mais ao funcionamento prático desse Programa, considerando aspectos técnico-administrativos, de organização de plano de trabalho, de execução de ações, além de acompanhamento, avaliação e divulgação de resultados. Já em relação ao PMM, a CCE teria uma função maior de implementação da política, inclusive com interface com outras políticas como a Atenção Básica e Educação Permanente, ou estratégias, como o telessaúde e o sistema eletrônico da Atenção Básica (e-SUS AB).

Ainda que os atores vinculados à CCE fossem os mesmos para coordenarem os dois programas, essa separação normativa ocorreu, segundo algumas referências descentralizadas e a coordenadora atual da comissão, pelo fato de a compreensão local ser de que os programas seguiriam separados. Mesmo que a publicação do edital que incluiu o Provab no PMM tenha sido feita antes do regimento da CEE da Paraíba (que tem data de maio de 2015) e norteando para uma atuação conjunta, a interpretação local era de que havia diferenças que mantinham a necessidade de separação, ou seja, havia uma compreensão distinta de alguns elementos do Programa entre os membros da CCE. Ainda de acordo com esses interlocutores, essas diferenças eram de duas ordens: o Mais Médicos exige uma articulação com os municípios por causa das discussões de pagamento de contrapartida municipal, como, por exemplo, o

recurso destinado à moradia e alimentação dos médicos, além de contar com um grande contingente de profissionais estrangeiros; enquanto o Provab era destinado a profissionais brasileiros recém-formados que seriam substituídos por médicos residentes após o término do Programa.

Outro fenômeno observado foi o fato relatado por diversos atores da comissão sobre a autonomia para a tomada de decisões. Mesmo com um conjunto expressivo de atribuições normatizadas, a CCE não pode tomar decisões sobre a maioria dos processos discutidos nas reuniões. Assim, pode-se dizer que essas funções/atribuições da CCE são consideradas acessórias em relação à Comissão Coordenadora Nacional, que mantém as diretrizes norteadoras do PMM. Então, nesse contexto da norma, houve uma descentralização de execução de ações, mas não de autonomia local para implementar a política. Na prática, o nível local se manteve todo tempo em disputa pelo Programa, tendo que, muitas vezes, “inverter o fluxo para resolver as coisas e depois comunicar a Coordenação Nacional”, como comentou uma RD entrevistada.

Correlacionando o processo de implementação do Mais Médicos à descentralização do SUS, temos o fato de que os municípios recebem os médicos do Programa mediante adesão a um edital publicado pelo Ministério da Saúde, ficando responsáveis pelo gerenciamento do trabalho dos profissionais, e o MS mantém o gerenciamento geral da política, incluindo os recursos financeiros para todas as ações. O estado, nessa relação, não recebe papel no princípio, sendo agregado à política em um momento seguinte e recebendo a função de gerir a CCE, como já mencionado.

Essa separação normativa, no entanto, não pareceu afetar o trabalho da Comissão. No início, como já comentei um pouco antes, as reuniões ocorriam separadas, por programa, mas a partir de 2015 já não havia distinção. A CCE passou a realizar reuniões mensais em vez de quinzenais, nas quais eram debatidas situações do Provab e do PMM. Quando necessário, reuniões extraordinárias eram agendadas, geralmente quando havia algum evento para organizar, como ocorreu com o Seminário Estadual do Provab. As reuniões eram o espaço social e institucional de encontro dos membros da Comissão, mas os instrumentos de trabalho/ação nesses encontros eram as “denúncias”, as “notificações”, “as visitas”, os “pareceres” e os “eventos”.

O primeiro desses instrumentos que observei, não por ser o principal, mas por ter aparecido nas primeiras reuniões que participei, foi a “denúncia”. Por “denúncia”, os membros da CCE caracterizam qualquer situação relacionada ao Programa no que diz respeito ao trabalho dos médicos, à relação entre médicos e gestores, ao trabalho dos supervisores e às

condições de trabalho na Atenção Básica ou no Município. Durante todo o período que acompanhei a CCE, várias dessas situações foram debatidas. Para sistematizá-las, elaborei o quadro a seguir¹²³:

Quadro 6 – Relação de municípios com “denúncias” discutidas pela Comissão Coordenadora Estadual durante o período de observação de campo.

MUNICÍPIO	SITUAÇÃO DISCUTIDA
Areia	A casa destinada pela prefeitura como moradia para os médicos cubanos está em más condições
Caldas Brandão	Médico cubano viajou de férias para Cuba e não retornou
Conde	Médico não está recebendo os auxílios
Cubatí	Médica solicitou ficar uma semana a mais de férias
DSEI: saúde indígena	Médicos que atuam no local se acham mal preparados.
Gado Bravo	Falta de pagamento do auxílio-alimentação; profissionais trabalhando em "horário corrido"
João Pessoa	USF com muitos habitantes cadastrados; profissional brasileiro abandonou USF
Lagoa	Um médico brasileiro postou nas redes sociais um vídeo de um paciente portador de pé diabético que fora atendido por um médico cubano.
Nova Olinda	USF funciona em um hospital e a demanda de atendimento é excessiva
Piancó	Gestor colocou médicas cubanas para atenderem na UPA
Pilar	Médicos brasileiros, que não querem cumprir a carga-horária.
Santa Cecília	Demanda desigual para o trabalho dos três médicos do local. Conflito entre a médica e a gestora
Santa Rita	USF em péssimas condições de trabalho; equipe de saúde não desempenha todas as atribuições.
Santo André	Município cobra que ele atenda apenas as demandas espontâneas, sem programar atividades.

(Continua na próxima página.)

¹²³ É importante deixar claro que optei por manter os nomes das localidades para permitir a visualização da distribuição pelo território paraibano, mas não colocarei as datas das reuniões ou outras informações para evitar a identificação dos atores envolvidos.

São José de Piranhas	Supervisora não visita os médicos
São José do Sabugi	Médica do MM foi inserida em equipe que não existia
São José dos Cordeiros	Médica sofreu denúncia de erro médico
Solânea	Acusa de assédio por parte do médico

Fonte: Elaborado pelo autor

É possível perceber a variedade de situações apresentadas como denúncias. As referências descentralizadas do MS expuseram, nas entrevistas, que os temas predominantes eram o descumprimento de carga-horária por médico brasileiro e o não pagamento dos auxílios para os médicos estrangeiros¹²⁴. Para passar por discussão na CCE, a situação podia ser apresentada por qualquer um dos membros, mas, em geral, isso era feito pelas referências descentralizadas ou pelos representantes das Instituições Supervisoras. Inicialmente os problemas eram apresentados por e-mail, por mensagem de celular ou por relato pessoal de membros da comissão. Posteriormente, a CCE estruturou um “fluxo de denúncias”, que definiu a necessidade de um documento em meio físico, ou seja, um documento em papel elaborado pelo denunciante e protocolado na Secretaria de Estado da Saúde. Essa mudança no formato do recebimento das queixas, segundo os membros da Comissão, contribuiu para uma melhor organização do trabalho e consequente qualificação da apuração da denúncia.

Um aspecto que chamou minha atenção durante o tempo que estive acompanhando as reuniões da CCE foi o fato de serem debatidas poucas denúncias de má conduta profissional relacionada à competência técnica médica. Ou seja, naquele período que corresponde ao trabalho de campo, a Comissão recebeu poucas denúncias de erro médico. Enquanto ainda atuava como consultor do MS, tive a oportunidade de participar de um grupo de avaliação de má conduta clínica. Segundo os membros do grupo referido, não foi protocolado nenhum processo no MS referente ao estado da Paraíba, o que anuncia que o fundamento de oposição ao Programa que tinha como argumento a desqualificação técnica dos médicos estrangeiros (“cooperados”) não se efetivou. Nesse caso, as denúncias eram feitas por gestores ou pelo Conselho Regional de Medicina do estado.

Observando esse processo das denúncias, foi possível perceber que alguns temas eram sensíveis, no sentido de mobilizar um sentimento ético-moral entre os atores da Comissão. Esses temas eram o trabalho dos supervisores e a queixa de algum gestor. Em relação à

¹²⁴ Importante comentar que os médicos brasileiros também recebiam auxílios dos municípios, porém como esse recurso era destinado para moradia e alimentação, e os brasileiros não residiam nos municípios onde trabalhavam, na grande maioria das vezes o problema levado para a CCE praticamente só ocorria em cidades onde atuavam médicos estrangeiros.

atuação dos supervisores, havia sempre uma preocupação de não fazer julgamentos quanto à capacidade de liderar da coordenação da Instituição Supervisora. Ou seja, em denúncias envolvendo supervisores, tentava-se deixar para as universidades o processo de resolução, como parte inquestionável de suas atribuições, cabendo-lhe regular os supervisores.

Quanto aos problemas provenientes de gestores, havia uma preocupação quanto a relação política entre o município e o estado ou entre o município e o Governo Federal. Ocorreu pelo menos duas vezes, durante minha observação, uma situação de impossibilidade de atuação da CCE pelo fato de o município que havia sido denunciado ter construído relação direta com o Ministério da Saúde e revertido o parecer da CCE no sentido de desligamento do município do PMM.

Uma das formas de checagem das denúncias era a visita. Quando uma situação era reportada como problema para a CCE, organizava-se uma agenda para visita que, na quase totalidade das situações, era feita pelo supervisor e pela referência descentralizada do MS responsável pela localidade de onde partiu a denúncia. Esses dois atores mantinham uma relação de proximidade na “ponta”, servindo como mediadores entre médicos e gestores, entre médicos e outros médicos, entre médicos e equipes de saúde. Algumas vezes, apenas um dos membros da Comissão realizava a visita de apuração da denúncia. Se o problema envolvia o trabalho do médico na unidade de saúde, geralmente era o supervisor quem visitava, se a denúncia trazia elementos administrativos (ponto do profissional, pagamento de contrapartida, sistema de informação do PMM, adesão ao PMM), iam as referências descentralizadas do MS.

Quando o problema reportado era julgado como mais grave, mais de um integrante da CCE poderia fazer a visita, como o supervisor e a referência descentralizada. A gravidade da denúncia geralmente estava relacionada a casos de médico que abandonou o Programa; profissional trabalhando em local não normatizado pelo PMM, como as Unidades de Pronto Atendimento; má prática clínica com envolvimento da mídia; assédio moral por parte dos gestores.

A visita poderia ser agendada nos municípios, ou poderia ser do tipo surpresa, conforme o que se pretendia apurar – por exemplo, quando se denunciava a falta de cumprimento da carga-horária de um médico, realizava-se uma visita surpresa para se ter a dimensão real do que estava acontecendo, o que seria impossível numa visita agendada.

Após analisadas as denúncias e realizadas as visitas necessárias, a CCE emitia uma notificação direta ao município, ao médico ou ao supervisor, ou elaborava um parecer encaminhando-o para a Coordenação Nacional que daria a decisão final sobre o caso. Parece

que o instrumento “notificação” guarda um poder da própria comissão estadual, no sentido de permitir a resolução de situações no nível local. Já o “parecer” representa o processo de centralização das decisões da política. O resultado do “parecer” analisado pelo Ministério da Saúde também poderia ocasionar uma “notificação”, dessa vez elaborada no nível federal.

Tomarei como exemplo a ausência do médico no local de trabalho. Em situações como essa, o médico do PMM poderá receber as seguintes penalidades: advertência e desligamento. A esse respeito, a norma comenta o seguinte:

Art. 4º A penalidade de advertência será aplicada, de ofício ou mediante provocação, pela Comissão Estadual ou Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do disposto no artigo 27 da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 2013, e artigo 4º, incisos III e IV, da Portaria nº 2.921/GM/MS, de 28 de novembro de 2013, em caso de ausência injustificada do médico participante de suas atividades a partir de 4 (quatro) horas até 2 (dois) dias úteis.

Art. 5º Para fins da aplicação da penalidade de que trata o art. 4º, o gestor municipal, o tutor acadêmico ou o supervisor acadêmico encaminhará comunicação da ausência injustificada do médico participante à Comissão Estadual ou Distrital do Projeto, que instaurará procedimento administrativo, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa do médico participante a ser exercido no prazo de 5 (cinco) dias.

§ 1º A *notificação* do médico participante para exercício do contraditório e da ampla defesa será efetuada por meio do seu e-mail cadastrado no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e, caso frustrada, por edital publicado na imprensa oficial (BRASIL, 2014f, grifo nosso).

Nesse caso, quem recebe a denúncia é a Comissão Estadual ou Distrital que emite a notificação. Em relação ao desligamento, a informação sobre a ausência também é recebida pela Coordenação Nacional, que é quem faz a notificação. Para a Coordenação Nacional julgar o desligamento, a CCE elabora um parecer relatando os problemas, com documentação, e sugerindo o desligamento. A decisão final será da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2014f).

Dado o processo de centralização, ouvi de alguns membros da CCE que a Comissão não tinha um papel mais forte por causa disso. Excetuando o Cosems, que não estava nas reuniões das quais participei, todos os membros tinham a ideia de que a comissão estadual poderia “resolver mais problemas sem ter a necessidade de encaminhar tudo para Brasília”. Esse processo oscilou ao longo do tempo, pois, inicialmente, algumas decisões eram tomadas mais rapidamente na CCE e o comunicado à Coordenação Nacional era feito apenas como forma de arquivo. Mas, depois, o processo passou a ser mais centralizado no MS, tanto que as

denúncias de não pagamento de auxílios passaram a ser recebidas diretamente pelo nível federal para apuração e notificação de maneira centralizada.

As notificações não eram vistas pelos membros da CCE apenas como forma de fiscalização e punição. Havia uma compreensão de que esse dispositivo também tinha um caráter pedagógico. Ou seja, não se limitava à aplicação de uma penalidade, mas também servia para orientar outros atores na execução das ações do Programa ou da própria Atenção Básica. Um exemplo dessa pedagogia da notificação foi o processo de garantir que todos os médicos, conseqüentemente todos os usuários atendidos, tivessem seus registros materializados em prontuários médicos. Em muitos municípios, no início do PMM, as consultas não eram registradas, pois as localidades não dispunham de prontuários organizados. Como o prontuário é o documento constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, sendo de caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, é fundamental, além de obrigatório, que todas as consultas sejam registradas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). Muitos gestores, por não serem da área da saúde, não tinham esse conhecimento e não garantiam os recursos para os prontuários, por não o considerar como algo fundamental e obrigatório. A partir da notificação, houve a possibilidade de adequação desse elemento importante da relação entre profissional e usuário e entre os profissionais da equipe.

No início do PMM, apesar do texto da regulamentação mencionar a notificação, não havia um formato de documento específico para fazê-la. Os membros da Comissão Coordenadora Estadual da Paraíba elaboraram um conjunto de modelos de documentos – advertência, ponto, notificação – que passou a ser utilizado por outros estados do Brasil. Esse é um dos exemplos de um certo protagonismo da Paraíba em relação ao processo de implementação da política.

Outros elementos, como os documentos que mencionei, também não estavam definidos nas portarias e resoluções como, por exemplo, o trabalho dos supervisores. A Portaria estabelece que os supervisores devem visitar periodicamente os médicos; estar disponíveis para os médicos por telefone ou meio virtual; avaliar os médicos e acompanhar o cumprimento da carga-horária (BRASIL, 2013d). Essa definição, no entanto, não foi suficiente para se constituir a identidade de supervisor. Para isso, foi realizado um evento no intuito de discutir como o supervisor poderia realizar a atuação junto aos médicos e municípios.

O instrumento evento, como se vê, aparece em situações nas quais há necessidade de compartilhamento de experiências e planejamento de estratégias para a implementação do PMM. Como dito anteriormente, nem todos os aspectos da política estão prontos durante a etapa de formulação. Assim, o evento é utilizado para reunir atores envolvidos no PMM para pensarem estratégias de funcionamento do Programa. Vários eventos ocorreram ao longo do processo de observação de campo, no intuito de definir o “fluxo de denúncias”, estabelecer os papéis dos atores e debater o eixo de formação do PMM. As pautas e definições desse instrumento serão discutidas ao longo deste capítulo.

6.2 O Programa Mais Médicos no estado e nos municípios: participação dos entes federados

No tópico anterior, foi apresentado o envolvimento do ente estadual na implementação do Programa Mais Médicos. Foi necessário antecipar essa discussão para permitir a compreensão das relações existentes entre os membros da CCE. A partir de agora, pretendo estabelecer alguns pormenores desta participação na política para, em seguida, chegar até a “ponta” do sistema de saúde, o município.

A Paraíba é um dos estados com maior quantidade de equipes de Atenção Básica proporcionalmente ao tamanho populacional. Foi um dos primeiros estados a começar a implantação do Programa Saúde da Família na década de 1990. Considerando o quantitativo de equipes, o contexto, no período do início do PMM até julho de 2017, pode ser visualizado na tabela abaixo:

Tabela 2 – Cobertura de Equipes de Saúde da Família na Paraíba: comparativo entre julho de 2013 e julho de 2017

Mês/ Ano	População	Equipe de Saúde da Família				População Coberta ¹²⁵	
		Nº de Municípios com eSF	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantados	Equipes Credenciadas	Equipes Implantadas
Jul/2013	3.815.171	221	1.586	1.343	1.288	84,4%	81%
Jul/2017	3.815.171	221 ¹²⁶	1.914	1.626	1.362	85,2%	71,4%

Fonte: MS/SAS/DAB e IGBE, modificada pelo autor.

Cabe explicar que o chamado teto significa o número total de equipes que poderia haver no estado. As equipes credenciadas pelo MS correspondem àquelas que foram autorizadas pelo nível federal para começar a funcionar. Já as equipes implantadas são as que foram criadas e estão em funcionamento nos municípios. Essa diferença entre credenciada e implantada existe pelo fato de a implantação depender majoritariamente dos municípios através de compra de terreno, construção de prédio, aquisição de equipamentos e contratação de trabalhadores para compor a equipe. Assim, alguns municípios têm autorização para abrir novas equipes, mas alegam “não ter orçamento” para isso.

Os percentuais de cobertura são diferentes em razão da mudança da forma de cálculo entre um período e outro, porém a cobertura na PB sempre foi maior que a do país, só ficando atrás do estado do Piauí.

O início do PSF coincidiu com o processo de descentralização do SUS, com os municípios adquirindo cada vez mais autonomia para gerenciar os serviços de saúde locais. Mas, como nesse começo muitos municípios não tinham estrutura ou experiência em gestão de serviços de saúde, o papel do estado parecia mais proeminente para a política da Atenção Básica. A coordenadora da CCE, gerente de Atenção Básica da SES-PB, comenta que:

Ela [Atenção Básica] de fato mudou, mas a conjuntura é totalmente outra. Agora os municípios são todos plenos e antigamente não era. A gente tinha uma autonomia muito maior, inclusive com os Agentes Comunitários. Eu já viajei uma vez para São João do Cariri na época que era só PACS e a gente, fazendo visitas, conseguiu

¹²⁵ A base de cálculo utilizada foi diferente para os dois períodos, pois o próprio MS modificou a forma de calcular o teto de equipes. Em 2013, o cálculo era feito dividindo a população total informada pelo IBGE por 2400, mas, em 2017, esse denominador passa a ser 2000. Por isso se percebe uma variação entre os períodos quando se faz o percentual. Se a base fosse 2000, em 2013 teríamos 67,5% de cobertura de equipes implantadas e 70,4% de equipes credenciadas, respectivamente. Utilizando qualquer um dos denominadores, a cobertura de saúde da família na Paraíba é maior que a nacional, que atualmente chega a pouco mais de 40% da população quando se considera equipes implantadas utilizando-se 2000 para obtenção do dado.

¹²⁶ Nota-se na tabela que são 221 municípios no estado que possuem equipes de saúde da família. O estado tem 223 cidades, então duas localidades não têm equipes. Os dados do MS apresentam apenas os municípios com saúde da família, não sendo possível saber onde não há equipes credenciadas e/ou implantadas.

desligar nove agentes de saúde em uma semana. A conjuntura mudou tudo.
(Entrevista realizada na SES-PB em 16 de março de 2017).

Com essa fala, a gestora tenta explicar o motivo de, no momento atual, o estado ter se distanciado da Atenção Básica, remetendo-se às denúncias de alguns municípios através da fala da representante do Cosems: “*Ela representa os municípios. E ela fica dizendo que a Atenção Básica mudou, que a Atenção Básica não é mais a mesma.*”

Ou seja, inicialmente o ente estadual mantinha maior presença na Atenção Básica, realizando o que hoje é atribuição do município. Isso resultou na mudança da identidade institucional do estado no setor da Saúde da Família que tomou para si outras atribuições, tais como: treinamentos para profissionais e gestores e apoio aos municípios na implantação das equipes, além de ser o espaço de debate das relações interinstitucionais. Para isso, foi criado um órgão vinculado à SES-PB, o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (Cefor). Essa medida facilitou o discurso que remete a outro órgão o fato do distanciamento do estado da Atenção Básica:

A gente entende que tem como avançar mais, mas a gente se sente...a gente entende que são críticas construtivas, mas a gente não faz a gestão. Quem faz a gestão são os municípios. E às vezes as críticas que fazem... porque o estado não capacita mais! O estado não tem isso ou aquilo. Fazem críticas, às vezes, ao CEFOR. Só que quando olham o CEFOR, tem vários cursos que foram abertos e não puderam ser abertos porque não tem inscritos. Essa discussão já foi para Ministério Público Federal, porque naquela época existiam vários cursos, só que hoje mudou. Antigamente tinha aqueles cursos que se alugava hotel e hoje não tem mais. Não tem mais porque a gestão é diferente? Claro! Mas, é porque o recurso também é insuficiente. Por exemplo, a gente sempre pede um espaço que a gente não pague nada para usar o dinheiro para outra coisa mais importante. (Entrevista realizada na SES-PB em 16 de março de 2017).

Esse processo, no entanto, podia ser considerado esperado, pois, no início do SUS, o papel do estado deixou de ser de prestador de muitos serviços, ficando essa responsabilidade cada vez mais sob a gerência municipal. Almeida (2005) comenta que, no que diz respeito à atuação na área social (saúde, previdência e assistência social), a reforma da federação deixou os estados sem atribuições claras.

Alguns membros da Comissão Coordenadora Estadual comentaram o fato de perceberem uma “ausência de política estadual para a Atenção Básica”. Do ponto de vista da

política de saúde, isso é presente desde a Constituição de 1988 e do processo de descentralização. O que queriam dizer esses membros da CCE é que sentiam falta do apoio do ente estadual durante o processo de implementação do PMM, assumindo um papel maior de coordenação. Essa ausência não se fazia notar apenas na dimensão da sensação dos indivíduos. Em 2015, segundo a coordenadora estadual do Provab (UFPB), o Ministério Público Estadual reuniu membros da CCE para solicitar providências quanto à assistência à saúde nos municípios paraibanos. O órgão jurídico já havia começado um processo de exigência de ponto eletrônico em todas as Unidades Básicas de Saúde, a fim de garantir o cumprimento da carga horária dos profissionais, especialmente dos médicos, e solicitou do estado um posicionamento acerca da política estadual para a Atenção Básica na Paraíba.

A aproximação intersetorial com o Ministério Público foi considerada importante por parte dos integrantes da CCE, pois serviu para estabelecer atribuições para o enfrentamento dos problemas nos municípios. Além disso, foi percebida como um ganho não esperado para a política do Mais Médicos. A partir dessa relação, surgiram algumas possibilidades de atuação: inicialmente, de 2015 para 2016, foi criada uma oficina para discussão sobre a residência em Medicina de Família e Comunidade como ação para continuidade do PMM; no final de 2016, após reunião com a Secretária de Saúde, foi elaborado um seminário sobre o Programa Mais Médicos, chamado de Seminário Nacional – Avaliação do Programa Mais Médicos para o Brasil, que ocorreu em João Pessoa e contou com a presença de gestores estaduais, municipais, médicos e supervisores; e, em 2017, após reunião com a nova Secretária de Saúde, foi construída a possibilidade de maior aproximação do Mais Médicos com pautas necessárias para o estado, como a atuação em face da mortalidade materna que permanece alta.

A relação entre o estado e Ministério Público despontou como um movimento surpresa que contribuiu para dinamizar a implementação do PMM. Para alguns membros da CCE, principalmente Instituições Supervisoras e referências descentralizadas do MS, a visão de que o PMM tinha a função de qualificar a Atenção Básica pode estar, segundo esses membros, materializando-se, apesar das dificuldades atuais de continuidade da política.

A partir de então, o ente estadual assumiu outra postura, mesmo com o predomínio das relações entre governo federal e municípios. De modo que, desde o início do Programa, o estado saiu de um “não lugar” para a política, sem justificativa para a apatia governamental na CCE, operando apenas aspectos logísticos¹²⁷, passando a adotar uma postura que permanece

¹²⁷ No início do PMM, o estado operava praticamente o processo de chegada dos médicos cooperados, como buscar no aeroporto e providenciar alojamento por um ou dois dias até o município disponibilizar transporte.

até a atualidade, de envolvimento e resolubilidade administrativa, através da atuação mais concreta em ações conjuntas entre os três entes federados.

Essa mudança na atitude política tem sido um dilema do ente estadual no processo de descentralização da política de saúde no Brasil. Iniciada após o período de ditadura militar, essa descentralização esteve mobilizada pelo processo de redemocratização, considerando uma estratégia de aproximação das decisões para o controle social. Ou seja, transferir funções e poderes aos estados e municípios diminuiria a chance de ações muito burocráticas e totalitárias.

Teoricamente, a descentralização é um:

[...] termo ambíguo, que vem sendo usado indistintamente para descrever vários graus e formas de mudança no papel do governo nacional por meio de: a) transferência de capacidades fiscais e de decisão sobre políticas para autoridades subnacionais; b) transferência para outras esferas de governo de responsabilidades pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal e c) deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privado e não-governamental (ALMEIDA, 2005, p. 31).

No Brasil, esse processo é bastante complexo. Quando se observa a política de saúde, mesmo com o repasse de atribuições para os municípios, o governo federal está no centro do arranjo cooperativo, detendo o controle do processo decisório, definindo o formato da cooperação e a destinação dos recursos transferidos. Os municípios são executores e gestores de uma política definida no plano federal (ALMEIDA, 2005).

Nesse sentido, era esperado, mesmo sob a contestação dos membros da CCE na Paraíba, que houvesse um processo centralizador da política no MS. As orientações normativas sobre o Programa, como já mencionei antes, destinam para a CCE atribuições gerais, mantendo todo o poder decisório no nível federal, exceto no que diz respeito à articulação intersetorial já referida, as iniciativas de atuação das referências descentralizadas e dos supervisores que extrapolaram as regulamentações centralizadoras para garantir o fortalecimento da política no nível local.

É possível encontrar nesse processo de descentralização da política de saúde no Brasil outra explicação para o afastamento do ente estadual durante a implementação do PMM. A União passou a tratar estados e municípios de maneira relativamente uniforme, estabelecendo relações com os estados e também contatos diretos com os municípios. Esses fatores limitam

a capacidade de iniciativa dos governos estaduais, inclusive no que se refere a novos investimentos tanto em infraestrutura quanto nas áreas sociais (SOUZA, 2005).

Assim, percebe-se que a descentralização nunca foi total, além de terem ocorrido processos centralizadores. Um exemplo é o primeiro ano do Provac, quando os médicos eram contratados pelos municípios. Já no segundo ano da política, o MS centralizou a vinculação dos médicos quanto ao cadastro, alocação nas localidades e pagamento da bolsa, o que foi seguido pelo Programa Mais Médicos. De acordo com o ex-coordenador nacional do PMM, essa centralização ocorreu pelo fato de os municípios não terem cumprido adequadamente os requisitos do Programa, como garantir moradia para o médico e manter o pagamento em dia.

No Programa Mais Médicos, as competências dos municípios começaram a ser especificadas da seguinte forma:

I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para as ações de execução do Projeto; II - adotar as providências necessárias para a realização das ações previstas no termo de compromisso firmado; III - inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica, nos termos da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos neste Projeto; IV - fornecer condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos, conforme exigências e especificações da Política Nacional de Atenção Básica, disponíveis no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desempenho das atividades; V - inscrever o médico participante do Projeto recebido pelo Município no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e identificá-lo na respectiva equipe de atenção básica em que atuará, nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; e VI - exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes, ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais, e das atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica, essenciais para a validação e recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto (BRASIL, 2013d).

Percebe-se que as competências definidas para os municípios não diferem do estabelecido para outras políticas, especialmente para a política de Atenção Básica. As condições de trabalho, a carga-horária do profissional e a necessidade e forma de cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) já estão normatizados na PNAB.

Nos municípios, chamou atenção a existência de múltiplos atores vinculados ou responsáveis assumindo a gestão do PMM. Na lei, a atribuição de gestão do Programa no município é do secretário ou secretária de saúde, podendo também ser designada à coordenação de Atenção Básica local. No entanto, em muitos lugares, outros profissionais assumiam o papel de responsável pelo Programa. Não era uma responsabilidade oficial, já que os nomes dos gestores principais estavam nos documentos de adesão¹²⁸ das localidades ao PMM, mas era uma atuação operacional voltada ao funcionamento das ações do Mais Médicos, desde a organização da casa dos médicos “cooperados” até o transporte dos profissionais para as unidades de saúde.

Essa divergência entre a gestão e a operacionalidade é percebida a partir das respostas aos questionários dadas pelos gestores de saúde dos municípios. A maioria dos cargos de gestão nas secretarias de saúde é desempenhada por enfermeiras(os), mas também existiam Administrador, Advogado, Biólogo, Biomédico, Contadora, Educador Físico, Estudante, Farmacêutica(o), Fisioterapeuta, Historiador, Médica(o), Nível Médio, Nutricionista, Odontóloga(a), Pedagoga, Psicopedagoga, Químico, Técnico em enfermagem e Tecnóloga em RH.

Essa diversidade me apresentou dois fenômenos vivenciados durante as visitas, mas principalmente relatados por médicos vinculados ao programa. O primeiro era a representação de que, para ser gestor de saúde, deve ser profissional da área da saúde. Ser profissional de saúde, segundo os interlocutores citados, possibilitaria uma espécie de legitimidade de fala e de ação do gestor no que diz respeito à área da saúde, como um demonstrativo de competência. Isso, no entanto, não significa completamente que esse gestor profissional de saúde está preparado para a gestão. E o segundo, decorrente também dessa representação

¹²⁸ O município com interesse em receber médicos do PMM tinha que aderir ao Programa voluntariamente. Em um primeiro momento, fazia-se o cadastro no sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), indicando o número de vagas disponíveis em unidades de saúde. Após o cadastro, o município enviava um termo de compromisso de cumprimento das normas dispostas nas portarias e resoluções do Programa. Por fim, quando o médico fazia a escolha, o município que o recebia deveria cadastrá-lo no mesmo sistema e também no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2013d).

inicial, foi o fato de que muitos gestores eram considerados pelos médicos, mas também por supervisores e referências descentralizadas do MS, como mal preparados.

Dessas informações, pode-se observar diferentes posturas relacionadas à Atenção Básica e ao perfil de gestores, aqui elencados: 1. gestor profissional de saúde que nunca trabalhou na Atenção Básica (17% dos quarenta e oito gestores que responderam o questionário); 2. gestor profissional de saúde com experiência na Atenção Básica (47%); 3. gestor não profissional de saúde sem experiência na Atenção Básica (25% dos respondentes) e 4. gestor não profissional de saúde com experiência na Atenção Básica¹²⁹ (11%). A figura do segundo gestor na relação apresentada apareceu como a que representava melhor a competência de gestão na saúde, diferente do terceiro, considerado o menos capacitado.

Uma das informações mais importantes recolhida no questionário aplicado aos gestores foi a postura desse ator diante da Atenção Básica e do PMM a partir do seu perfil profissional e experiência nesse nível de atenção. Alguns médicos que acompanhei indagavam “como uma pessoa que nem é profissional de saúde e nunca teve experiência na Atenção Básica pode ser gestora?”. Há, no imaginário dos profissionais, a ideia de que o profissional de saúde será o melhor gestor de saúde. Porém, gerenciar a área da saúde em um município não é tarefa simples e, além disso, vieram dos gestores profissionais de saúde as maiores críticas ao PMM, possivelmente pela relação desses atores com o *campo* da medicina.

Mesmo diante da preocupação, manifesta por muitos médicos acompanhados por mim durante o trabalho de campo, quanto ao perfil e a capacidade dos gestores daqueles municípios cujos gestores se enquadram na categoria 3 (gestor não profissional de saúde sem experiência na Atenção Básica), nenhum foi pauta das reuniões em que participei sobre problemas locais em relação aos médicos do PMM. Dos 48 municípios que responderam o questionário, quatro tiveram problemas pautados na CCE em reuniões em que estive presente, sendo que em dois os gestores eram profissionais de saúde e já tinham atuado na Atenção Básica. Surge, nesse contexto, um paradoxo quanto ao funcionamento do PMM, pois pode indicar o fato de os gestores não profissionais de saúde valorizarem o Programa, ou seja, o perfil do qual se esperaria pior desempenho de gestão não apresentou mais problemas que o perfil cuja expectativa (minha e dos médicos com quem dialoguei) era de desenvolvimento de adequado gerenciamento das ações e serviços de saúde e do Mais Médicos.

¹²⁹ Nesses dois últimos casos, a experiência mencionada é de gestão, e não de trabalho em uma equipe de saúde.

Dos municípios que percorri durante o trabalho de campo (ver figura 2), quatro enviaram respostas ao questionário. Em duas dessas cidades, o gestor de saúde não tinha formação na área e, nas outras duas, o secretário de saúde não tinha experiência de gestão na Atenção Básica. Nas reuniões da CCE, observei que essas localidades não apresentaram dificuldades quanto ao PMM. Mesmo assim, os quatro municípios apresentavam problemas semelhantes quanto à estrutura e funcionamento da Atenção Básica. Em um desses locais, mesmo o secretário de saúde não possuindo graduação na área, o funcionamento do PMM era considerado adequado pelos atores da CCE.

Diante disso, é possível dizer que não basta correlacionar a formação do secretário ou secretária de saúde com a competência de gestão, pois pode haver um conjunto de outros trabalhadores responsáveis em garantir o funcionamento adequado da Atenção Básica nos municípios. Além disso, é importante considerar que os posicionamentos políticos das prefeituras quanto ao setor da saúde definem o andamento da Atenção Básica, ou seja, ao assumir (ou não) essa política, respeita (ou não) os termos de seus regulamentos (instrumentos normativos, decretos, portarias, etc) de que a Atenção Básica é central no SUS, sendo responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde das pessoas, o andamento dos serviços desse nível de atenção será, então, satisfatório para a população.

Parece-me que esse aspecto é mais definidor da ideia de uma gestão ruim da Atenção Básica nos municípios do que a formação ou ideal de competência do gestor. Alguns fatos observados corroboram isso. Em um município que visitei, com apenas seis equipes de saúde e uma população de pouco mais de 13000 habitantes, a secretária¹³⁰ de saúde tinha um objetivo político de reativar um antigo hospital de pequeno porte e garantir uma escala de plantões de 24 horas. Nesse local, apenas uma equipe funcionava quatro dias na semana, aquela onde trabalhava um médico “cooperado” do Mais Médicos. As demais unidades só funcionavam três dias e, nas sextas-feiras, apenas uma estava aberta para atendimento. Considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, e que deve funcionar 40 horas semanais, o não investimento municipal em garantir esse funcionamento e o incentivo a um serviço de maior custo e voltado para atendimentos pontuais na forma de plantões significa desvalorizar o primeiro nível de atenção em detrimento de outro – lembrando que, na política de saúde, a Atenção Básica é atribuição quase total da municipalidade.

¹³⁰ Enfermeira há pouco mais de um ano no cargo e que já havia trabalhado em uma UBS, portanto profissional de saúde com experiência na Atenção Básica.

Essa gestão desconhece o que é alertado por Mendes (2011) quando explica que, diante da transição epidemiológica – modificação do perfil de adoecimento da população de situações agudas para doenças crônicas –, há uma necessidade de reorganização dos serviços, devendo haver predomínio de oferta de atenção mais longitudinal e contínua, característica dos serviços de Atenção Primária. Além disso, a Atenção Primária corresponde ao espaço de cuidado que, quando bem estruturado, garante resolubilidade de mais de 85% dos problemas de saúde das pessoas, melhoria nos indicadores e menores custos (STARFIELD, 2002).

Alguns municípios brasileiros, diante disso, estão investindo em ampliar o tempo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, no intuito de garantir maior acompanhamento da população vinculada, como vem ocorrendo em Curitiba (CASTRO, 2013).

Outro aspecto relacionado ao posicionamento político das gestões locais quanto ao investimento na Atenção Básica reside na interpretação do que significa o adjetivo básico para esses atores. A percepção que tive é que muitos gestores, e também vários profissionais das equipes de saúde, incluindo médicos, compreendem a Atenção Básica como um espaço de pouca resolubilidade, de prestação de serviços considerados pouco complexos e sem necessidade de muitos materiais ou equipamentos. De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica representa

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b).

Com todas essas funções atribuídas a esse nível de cuidado, é difícil ver simplificação. Esse posicionamento foi identificado em quase todas as unidades que visitei e nas respostas dos médicos ao questionário de avaliação. Ouvindo alguns médicos, especialmente cubanos ou brasileiros que tiveram formação em Medicina de Família e Comunidade, estes insistiram em afirmar que “se pode resolver mais na Atenção Básica”.

No entanto, a resolubilidade desse cuidado pode ser prejudicada por ações administrativas, tais como: 1. Ausência de medicações; 2. Inadequação das medicações ao perfil epidemiológico da população; 3. Falta de equipamentos. Um dos exemplos é a ausência

de alguns medicamentos destinados ao tratamento de situações iniciais de urgência¹³¹. Mais de 60% dos médicos que responderam o questionário informaram que esses itens não estão disponíveis nas unidades onde atuam. Além disso, um dos médicos cubanos que visitei, oftalmologista, além de médico de família, disse que “quem pensou na farmácia da unidade de saúde não sabe que as pessoas têm olhos, nariz e ouvidos, pois não há nenhum medicamento que possa ser usado localmente para problemas nessas regiões do corpo”. Como na lógica da descentralização o município tem autonomia para definir se vai investir mais em medicações ou equipamentos do que os recursos que recebe do Ministério da Saúde, a observação desses elementos pode caracterizar o pensamento político de que determinadas ações “não são para a Atenção Básica”, como escutei de um gestor municipal durante uma visita, quando uma médica “cooperada” solicitou alguns medicamentos “extras” para “resolver mais na Unidade de Saúde”.

A partir das observações no campo, através das quais consegui me aproximar de alguns profissionais, além das relações que já tinha estabelecido com os membros da CCE, foi possível perceber que há uma associação, no imaginário desses atores, de que, quando o município consegue garantir um abastecimento “adequado” de medicamentos, contando com alguns itens além da lista “básica” para “resolver mais na Unidade de Saúde”, e um ambiente melhor estruturado para o trabalho dos profissionais, a gestão local (do município) “acredita” na Atenção Básica. Essa “crença” faz parte do posicionamento municipal quanto à organização do sistema de saúde.

Ainda no sentido de caracterizar a orientação política das municipalidades em relação ao modelo de atenção à saúde (PAIM, TEIXEIRA, 2006; MENDES, 2011), já que o pensamento predominante é de que a Atenção Básica “serve para resolver problemas mais simples”, percebi que o tema mais sensível e foco de diversos debates dos quais participei foi o da quantidade de habitantes cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, muito mais do que a estrutura ruim da UBS ou a falta de medicações. Essa quantidade está diretamente relacionada ao número de equipes de saúde considerada a população local. Lembrando que, de acordo com o número de habitantes em um município, o quantitativo de equipes possíveis pode ser obtido dividindo esse número por 2000 (o que dá o “teto” de equipes, conforme a Tabela 2). Após serem autorizadas (credenciadas) pelo MS, as equipes de saúde da família precisam ser implantadas pelos municípios, o que depende de investimento local. Em linhas

¹³¹ Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é um dos serviços destinados ao atendimento de situações de urgências, formando uma rede junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu), às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e aos hospitais de urgência. Para isso, há necessidade de alguns recursos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2003).

gerais, se as prefeituras não investem na Atenção Básica, além do que é recebido do MS, a gestão não amplia a cobertura populacional desse nível de atenção.

Normativamente, como já dito, pode-se solicitar o credenciamento de uma equipe para cada 2 mil pessoas, mas o que vi, em muitos lugares, foi uma relação população/equipe muito maior do que isso. Essa relação esteve associada a dois aspectos: a maior preocupação de todos os médicos com quem conversei, brasileiros ou estrangeiros, era o que eles chamam de “intensa demanda” – uma quantidade muito grande de pessoas para atenderem ao longo do dia; e a dificuldade de acesso da população ao serviço.

Essa intensa demanda está diretamente relacionada, na visão dos médicos, de alguns supervisores e de referências descentralizadas do MS, ao perfil do gestor, ou seja, ao posicionamento político diante da Atenção Básica. Isso é traduzido pela cobrança de um número de atendimentos médicos por dia de trabalho, sendo o limite a quantidade total de pessoas que aparecem no serviço. “Só cobra quantidade, e não qualidade”, disseram-me muitos profissionais, remetendo-se às exigências da gestão local. Esse fenômeno foi muito observado em João Pessoa, ao longo da semana, pelo fato de existirem muitas equipes sobrecarregadas com mais de 4 mil pessoas cadastradas, mas, em municípios menores, o que percebi foi a sobrecarga de trabalho em dias específicos, especialmente naqueles em que os profissionais de outras equipes não estavam atuando – exemplo disso é a situação que observei, em que um médico cubano ficava sozinho na cidade nas sextas-feiras, – o que aparece também como um problema de gestão dos horários dos trabalhadores. Surgem, então, duas situações, a quantidade de pessoas e o não cumprimento da carga-horária de atuação na UBS e, conseqüentemente, redução do tempo de acesso à Atenção Básica no município.

Em relação à quantidade de pessoas cadastradas, como já apontado e segundo algumas referências internacionais (GÉRVAS, 2005; GOLDBERG, 2000), o número de usuários vinculados a uma equipe de saúde deveria ficar em torno de 2 mil pessoas. Considerando a mudança do perfil de adoecimento populacional, com aumento das doenças crônicas, em geral um mesmo indivíduo procura a UBS mais de uma vez por ano. Os médicos que responderam o formulário de avaliação informaram que atendem, em média, 30 pessoas por dia de trabalho (362 pessoas por mês, em média), porém isso não ocorre todos os dias da semana, já que há visitas domiciliares e reuniões, com redução do número de consultas nesses momentos. Daí os profissionais mencionarem que quanto maior o tamanho da população vinculada à ESF, mais difícil atender todos os usuários quando necessitam. Observando a quantidade de pessoas cadastradas por equipe, nota-se que a maioria tem menos de 3 mil pessoas, resultando na seguinte distribuição:

Tabela 3 – Relação entre número de habitantes e quantidade de profissionais que responderam o formulário de avaliação

Número de Habitantes Cadastrados na Equipe de Saúde da Família	Número de Médicos que responderam o formulário de avaliação	Percentual	Percentual acumulado
Menor que 1000	5	2,9%	2,9%
Entre 1000 e 2000	33	19,7%	22,6%
Entre 2001 e 3000	67	40,1%	62,7%
Entre 3001 e 4000	38	22,7%	85,4%
Entre 4001 e 5000	17	10,2%	95,6%
Mais de 5001	7	4,4%	100%

Fonte: Formulário de Avaliação. Elaborado pelo autor

O maior quantitativo de pessoas por equipe era mais comum nas unidades da zona urbana. Esse fenômeno apresentou-se como um fator importante de queixa de profissionais médicos, alegando estresse e fadiga provenientes do trabalho. Em uma visita que fiz a um profissional brasileiro, o relato foi de que “aguentava porque sabia que era temporário”.

Nas áreas onde há muito território da zona rural, mais do que a quantidade de pessoas vinculadas a uma equipe, aparece o problema do transporte, o deslocamento da secretaria de saúde para a Unidade Básica de Saúde ou para as unidades chamadas de âncoras.

“O problema do carro”, como denominei no diário de campo após uma visita a um município do litoral norte paraibano, foi caracterizado da seguinte forma:

Um elemento importante quanto a esse aspecto do carro é o transporte dos profissionais para as unidades de saúde distantes e para as visitas domiciliares. Isso está definido na normativa do programa, que o município precisa disponibilizar transporte dos profissionais dentro da localidade. Um problema identificado foi que o transporte funciona no expediente da secretaria de saúde, ou seja, geralmente 8 horas da manhã começam as atividades, o que muitas vezes promove o atraso da chegada das equipes às unidades e conseqüente demora para o início dos atendimentos. Esse elemento pode se configurar como uma barreira de acesso. Já teve locais onde a equipe chegou à unidade às 9:00 horas da manhã. Nesse contexto, é comum a pressão dos profissionais para fazerem horário corrido, das 9 às 13 ou às 14, para depois irem embora direto, pulando o horário do almoço, o que não é permitido pela legislação (DIÁRIO DE CAMPO, 23 de abril de 2015).

Essa questão não se modificou durante todo o acompanhamento no campo, sendo uma prática constituída na rotina da política de saúde em geral e na Atenção Básica em particular dos municípios do interior. Os gestores municipais com quem conversei sempre expuseram a dificuldade em manter os carros e principalmente conseguir garantir a chegada dos

profissionais no horário de abertura da UBS. Em uma localidade, história confidenciada por uma médica que acompanhava, ocorreu uma situação que chamei de inusitada: o motorista do carro que estava escalado para transportar os profissionais para a unidade de saúde havia recebido o emprego do prefeito, que estava em conflito com o secretário de saúde e, portanto, boicotava os pedidos desse gestor.

Somado ao quantitativo de pessoas, esse problema do carro reduz ainda mais o tempo que a UBS permanece aberta para receber os usuários para atendimento. Assim, percebi que sempre foi bastante difícil observar o cumprimento integral da carga-horária dos profissionais. Com o atraso do carro, os médicos, mesmo chegando cedo ao município, no caso de não residirem na localidade, ou à secretaria de saúde, quando residentes na cidade, começavam o trabalho na unidade de saúde um tempo depois. Em alguns municípios que visitei, chegava a haver uma demora de mais de uma hora entre a chegada do profissional no local onde o carro iria pegá-lo até o início do atendimento na UBS. Consequentemente, os profissionais não conseguiam perfazer as 8 horas diárias exigidas pelo Programa.

Pelas normativas do PMM, o médico deve permanecer na UBS quatro dias por semana, totalizando 32 horas semanais, sendo as 8 horas restantes destinadas à atividade de formação (BRASIL, 2013d). A Política de Atenção Básica diz que a UBS deve funcionar 40 horas semanais. Dois fatos chamaram muita atenção durante o período do campo da pesquisa, o primeiro foi que os profissionais “contratados”¹³² pelos municípios, em quase todas as localidades, permanecem em média apenas três dias nas unidades de saúde; o segundo é que, com a presença dos profissionais do PMM, muitas unidades passaram a ter médicos em quatro dias da semana.

Uma parcela (25%) dos gestores que responderam o questionário informou que os médicos vinculados diretamente à municipalidade (não ao Programa Mais Médicos) ficavam dois ou três dias por semana trabalhando, mesmo sendo contratados por 40 horas. Alguns gestores, no decorrer do PMM, conseguiram garantir maior presença semanal de contratados, exigindo, no momento do contrato, que essa carga-horária fosse cumprida, já que para o Mais Médicos é assim. Em uma visita que fiz a uma unidade onde trabalhavam médicos do PMM e médicos contratados, o relato da coordenadora da unidade era que os médicos contratados afirmavam não exercer todas as funções assistenciais descritas na política de Atenção Básica ou não permanecer mais de três dias semanais na UBS pelo fato de receberem menor salário que os profissionais do Mais Médicos.

¹³² Incluem-se nessa categoria médicos vinculados ao município por meio de concurso público, contrato temporário de prestação de serviço, contrato via recibo de pagamento autônomo, dentre outros.

Em alguns municípios, onde a maioria dos médicos vinculados estava ali pelo PMM, houve uma mudança considerável da presença profissional na localidade. Mas, durante o trabalho de campo, ainda acompanhei essa problemática de ausências profissionais, com médicos do Programa ficando sobrecarregados porque médicos “contratados” não cumprem toda a carga-horária. Isso gerou, assim como a cobrança de um posicionamento estadual quanto à Atenção Básica por parte do Ministério Público Estadual, uma ação intersetorial com esse órgão judiciário que resultou na colocação de ponto digital nas Unidades de Saúde – houve intensa resistência por parte de médicos e até posicionamento do Conselho Regional de Medicina dizendo que os profissionais eram perseguidos.

Se, por um lado, o problema da carga horária de trabalho médico permaneceu entre os profissionais “contratados”, por outro, vários municípios estimulavam a redução do tempo trabalhado. Em um dos municípios que visitei, nenhum funcionário da secretaria de saúde ficava na localidade após as 15 horas. Isso era “cultural”, “sempre foi assim”, afirmou a coordenadora de Atenção Básica. Em alguns outros que acompanhei durante o trabalho de campo, e a partir do que observei através dos membros da CCE, havia a prática do “horário corrido”, o trabalho em um turno estendido, geralmente das 8 horas às 13 ou 14 horas. Dos 167 médicos, 15, a maioria atuante na zona rural, responderam que o funcionamento da unidade de saúde era do tipo “horário corrido”. Nesse caso, muitas vezes ouvi que isso ocorria porque a população não procurava muito a UBS à tarde, pois era “cultural” a frequência acontecer mais no turno da manhã. Ouvi muito falar dos acordos entre médicos e gestores. As referências descentralizadas, nas entrevistas, comentaram que muitos gestores, para não pagar a contrapartida, acordavam com os médicos para estes trabalharem menos dias que o exigido pelo Programa. Assim, percebi que a problemática do não cumprimento do horário não era exclusiva quando se tratava de médicos contratados, mas também era uma prática entre médicos vinculados ao PMM, exclusivamente profissionais brasileiros.

Muitas localidades, no início do Programa, sequer solicitavam que os profissionais registrassem ponto. Com o decorrer das ações do Mais Médicos, esse cenário foi se modificando nos municípios que aderiram ao PMM. A sensação que tive ao acompanhar os municípios foi de que havia uma espécie de “contrato de convivência” entre médico e gestor, sendo o elemento de mensuração a quantidade de reclamações do médico na secretaria de saúde. Ou seja, se o médico atendesse todo mundo e não houvesse reclamação quanto às consultas, era aceito que não cumprisse todos os dias da semana.

Como os municípios não geriam esse elemento da carga-horária profissional, a vinculação ao Mais Médicos funcionou como uma forma de fortalecimento local desse aspecto. Sobre isso, registrei no diário de campo após uma visita a um município:

Às vezes há a impressão de que as gestões passam a ter um “controle” maior sobre os médicos que atuam nos programas do MS. Como não há nenhuma forma oficial de avaliação do trabalho (desempenho, produtividade, metas) por parte da municipalidade, o fato de haver atores externos vinculados aos médicos (supervisores, coordenadores, tutores, referências descentralizadas) parece dar à gestão do município maior poder, o que promove uma forma de tratamento distinta diante dos demais médicos da rede (por exemplo: uma situação que em geral não teria nenhum comentário por parte da gestão, como um profissional ir embora diante de uma situação de violência, aparece como uma cobrança para com a médica do MM, já que a carga-horária deve ser cumprida conforme edital) (DIÁRIO DE CAMPO, 19 de março de 2015).

O fato mencionado no diário ocorreu em uma visita que fiz a uma médica do Programa. Em uma semana anterior, havia ocorrido um tiroteio do lado da UBS e todos os funcionários foram para casa. A médica do PMM recebeu ligação da gestão local para voltar a trabalhar, já que teria que cumprir a carga horária. Outra experiência que acompanhei se passou em uma unidade de saúde em que estive para visitar um médico do Mais Médicos, ocasião em que percebi chegar, por volta das 9h30min da manhã, um médico “contratado” que atuava no mesmo posto de saúde. Em diálogo com a coordenadora da unidade de saúde, pareceu não haver problema, uma vez “que o referido médico atende todo mundo”.

Assim, com o PMM, o município passou a ter o trabalho de controle da carga horária feito por terceiros – supervisores, referências descentralizadas, principalmente –, o que pode ser considerado um processo de centralização da política.

O cumprimento da carga horária foi relatado pelas referências descentralizadas como necessitando de intervenção, especialmente no início do Programa, mediante os instrumentos da denúncia, visita e notificação. Um aspecto comentado por elas foi que esse problema era característico de locais onde atuavam profissionais brasileiros. Segundo as apoiadoras do MS, não cumprir o tempo integral preconizado pelo PMM foi o principal problema identificado em relação à atuação de médicos formados no Brasil.

No caso dos médicos “cooperados”, a maior dificuldade dos municípios, segundo as referências descentralizadas, foi o pagamento dos chamados auxílios alimentação e moradia.

Conforme a normativa do programa, o município é responsável pelo pagamento de um valor que varia entre R\$ 550,00 e R\$ 770,00 de auxílio alimentação e outro entre R\$ 550,00 e R\$ 2750,00 de recurso pecuniário para moradia (BRASIL, 2017d). No início do Programa, o problema do pagamento dos auxílios gerava um número grande de denúncias, e isso ainda ocorre até o momento do fechamento desta investigação. Vários médicos já comentaram comigo que tinham dificuldade em receber o pagamento em dia. Um médico cubano que trabalhava na zona rural de um município próximo a João Pessoa comentou que chegou a ficar quatro meses sem receber, correndo o risco de ter o contrato de aluguel cancelado e não ter para onde ir.

Por outro lado, alguns secretários ou secretárias de saúde explicavam que não tinham muita capacidade de resolução, pois não eram gestores de recursos financeiros, o que em municípios menores fica centralizado na prefeitura. A secretária de um município localizado a aproximadamente 60 km a oeste de João Pessoa chegou a solicitar da referência descentralizada que notificasse a prefeitura da cidade para “ver se pagam os auxílios”. Trata-se de uma situação difícil, já que nem o gestor da saúde consegue garantir a manutenção dessa contrapartida para os médicos do PMM. Esse fato é importante para a compreensão do que já discutimos quanto aos gestores serem ou não profissionais de saúde. Mesmo a referida secretária sendo enfermeira, a falta de autonomia para gestão de recursos dificulta o funcionamento adequado do PMM.

Algumas localidades onde, segundo alguns membros da CCE, o prefeito mantinha uma “boa relação com o Programa” foram feitos projetos de lei para oficializar no orçamento o valor referente ao auxílio dos médicos do PMM. Mas, em várias cidades, essa problemática permaneceu, resultando em outro processo de centralização, com a criação de um canal de denúncia diretamente no Ministério da Saúde. Por esse canal, um endereço de e-mail, o próprio médico pode denunciar e aguardar que o MS notifique o município.

Ao longo do acompanhamento do PMM na Paraíba, foi possível perceber os desafios enfrentados pelos municípios para gerir a saúde. Parece existir muitas limitações, mesmo quando “se quer fazer a coisa certa”. As dificuldades da ação local são de origem multifatorial, como formação do gestor, relação entre gestor de saúde e prefeitura, posicionamento político da gestão em relação à saúde, falta de autonomia para gerir recursos financeiros. Decorrentes dessas dificuldades, observam-se problemas estruturais nas unidades de saúde concernentes à disponibilidade de elementos básicos como água potável, abastecimento de medicamentos e materiais, cumprimento de carga horária de trabalho e pagamento dos auxílios.

Algumas gestões municipais, no intuito de sanar alguns desses problemas, utilizavam o trabalho de atores chamados de consultores. Esses consultores são pessoas ou empresas contratadas pelos municípios para executar as funções operacionais de uma Secretaria de Saúde. Segundo a coordenadora da CCE, a figura do consultor atende as questões mais burocráticas como elaborar projetos e fazer relatórios. Pelo que percebi nas falas das referências descentralizadas, muitos municípios do estado utilizam o trabalho desses atores que são, algumas vezes, funcionários da própria Secretaria Estadual de Saúde, ou então ex-funcionários comissionados dessa instituição.

Houve duas situações durante o trabalho de campo em que fiquei confuso quanto ao funcionário que me recebeu para que eu explicasse minhas visitas para a pesquisa. Em um município, distante cerca de 90 km de João Pessoa, após conseguir falar com a secretária de saúde, uma enfermeira formada há pouco tempo, recebi a informação de que os dados sobre o Programa Mais Médicos ficavam com um funcionário que só estava na localidade duas vezes por semana, já que trabalhava em outras cidades também. Era inclusive ele quem alimentava o sistema com as informações dos médicos. Em outro município, fui recebido diretamente por um funcionário que se apresentou como assessor do secretário e que me deu as informações que solicitei.

Nas entrevistas com as referências descentralizadas, elas me falaram que esses atores com as características mencionadas eram os consultores dos municípios. Na maioria das vezes, tais atores não apareciam, ficavam na retaguarda, fazendo o que a coordenadora da CCE apontou, porém, duas situações chamaram atenção a partir das falas das RD: a primeira foi o fato de o consultor receber a apoiadora do MS e, por um tempo, parecer ser o secretário de saúde, já que se reportava diretamente ao prefeito. Nesse caso, mesmo com o nome do secretário de saúde constando nas documentações oficiais do PMM, quem operava tudo era o consultor, com indicação do prefeito da cidade. Assim, quando se precisou debater uma situação de denúncia de uma médica no município, a posição do consultor era de seguir o que o prefeito queria, mas a do secretário de saúde era contrária, gerando conflito entre esses atores. Nesse mesmo contexto, outra situação foi relatada por uma referência descentralizada da seguinte maneira:

Liguei para o município e falei com uma consultora que só quando cheguei no município foi que soube que estava falando com uma consultora e não com a secretária de saúde, mas ela falou comigo como secretária de saúde. E ela me relatou tudo e marcou comigo num dia que estava no município. Na reunião com

ela, com o prefeito e com o vice-prefeito foi que fiquei sabendo o que o vice-prefeito era o secretário de saúde. Descobri quando ela falou “sr. secretário...”. Nessa hora eu falei: você é quem aqui? E ela respondeu que era consultora. Então eu disse: ‘como estou falando de instituição para instituição, nesse momento não posso falar com você. Eu tenho que falar com o prefeito e com o secretário de saúde e depois eles podem te consultar, mas enquanto ministério da saúde eu não posso fazer acordo com você’. (Entrevista com a referência descentralizada III, ocorrida na UFPB no dia 7 de fevereiro de 2017).

A caracterização desses atores consultores por essa referência descentralizada foi:

Eles dão consultoria de saúde de uma maneira geral nos municípios. Eles fazem tudo, cadastram profissional, mexem no sistema. Os secretários de saúde são só pró-forma. A maioria dos municípios, principalmente quanto menor o município e menos técnico for o secretário, certamente esse secretário não tem a senha de nada. (Entrevista com a “referência descentralizada” III, ocorrida na UFPB no dia 7 de fevereiro de 2017).

A segunda situação remete à percepção inicial que tive do papel do consultor, sendo considerado negativo por parte de alguns membros da CCE (referências descentralizadas e instituições supervisoras), já que acabam assumindo um papel de gestor como uma forma de “terceirização da gestão”. Mas, às vezes, esse ator também era considerado como um aliado, ou como um ator reconhecido para a resolução de problemas relacionados ao PMM, como dito por uma apoiadora do MS:

Onde tem aquele consultor que falei é onde o cara que está lá e não sabe nem mexer no computador. Por exemplo Município X. É um secretário pró-forma, tem uma coordenadora de atenção básica, mas a menina que está mexendo comigo sobre o mais médicos é uma consultora que pega alguns municípios, mas ela trabalha com planejamento. Ela me disse: “Fulana, o ideal é que fosse a coordenação de Atenção Básica!”, mas eu disse que a coordenadora de Atenção Básica não sabia mexer no computador, então “fica tu mesmo” (reportando uma fala dela para a consultora). E no dia que eu for, tu vai ter que ir comigo para eu te passar umas coisas e eu vou ter que falar com ela para pelo menos acompanhar o dia a dia (reportando uma fala que teve com a consultora). (Entrevista com a “referência descentralizada” III, ocorrida na UFPB no dia 7 de fevereiro de 2017).

Ou seja, percebendo uma limitação grande de membros da gestão municipal, a relação institucional passou a ocorrer com o consultor, como um caminho para viabilizar as ações

necessárias para a implementação do Programa Mais Médicos. Esse processo também é um arranjo local da política que não está definido nas regulamentações, enfatizando a característica dos *atores* vinculados ao PMM na Paraíba.

Outros atores também faziam parte dessa rede de relações nos municípios e acompanhavam a gestão local e as referências descentralizadas. Esses atores são os supervisores, sobre os quais nos debruçaremos no próximo tópico.

6.3 As instituições de ensino no Programa Mais Médicos: tutoria e supervisão

Como já apresentei, o Programa Mais Médicos é caracterizado como um programa formativo. Os médicos vinculados recebem uma bolsa federal de estudos e devem cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde e 8 horas semanais de atividades acadêmicas à distância, conforme disposto nos Editais de adesão dos profissionais (BRASIL, 2015a). Apresentei também as funções dos atores vinculados às Instituições Supervisoras, os tutores e supervisores. São as relações entre esses atores e deles com os médicos e demais membros da CCE que explorarei a partir de agora.

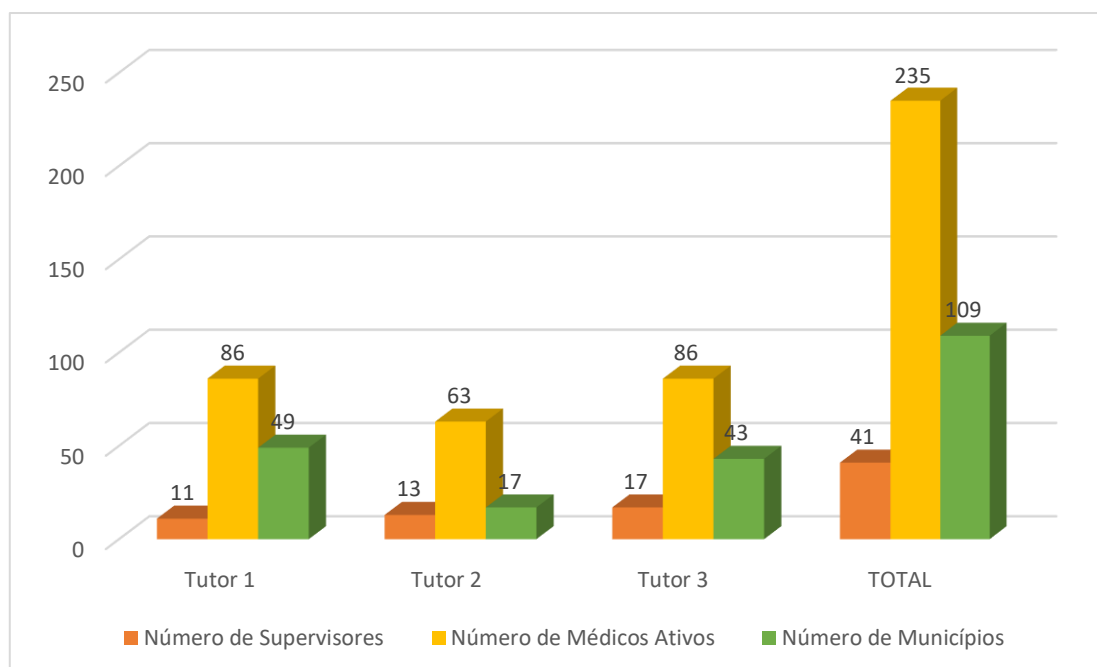
Inicialmente, na Paraíba, a tutoria foi assumida pela Universidade Federal de Campina Grande. Segundo um dos tutores do PMM, essa adesão foi articulada através da relação entre o MEC e a reitoria da UFCG, assumindo a função de tutor um docente médico que acabara de terminar o mandato como Diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde daquela universidade. Essa articulação foi possível também pela presença, em uma diretoria do Ministério da Educação, de um docente cedido pela UFCG de Cajazeiras, e pelo apoio da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes). Além disso, havia o cenário de pressão política interna na UFPB para a não adesão ao Programa, como mencionado anteriormente.

Ao longo da implementação do Programa, com o aumento do número de médicos no Estado e, conseqüentemente, de supervisores, a quantidade de tutores aumentou. Atualmente, são quatro tutores responsáveis por regiões diferentes do estado, todos vinculados à UFCG, sob a coordenação do tutor-chefe que permanece desde o início da política. A quantidade de tutores é definida de acordo com a quantidade de supervisores e de médicos no território. A partir das informações do webportfólio¹³³, elaborei gráficos para a visualização da

¹³³ O webportfólio é o ambiente de interação que reúne as atividades desenvolvidas por todos os participantes do projeto. Foi desenvolvido pela UNA-SUS e permite o acesso a diferentes perfis: médico, supervisor e tutor. Para

distribuição da quantidade de médicos e supervisores por tutor, considerando ainda a quantidade de municípios acompanhados. Os gráficos representam alguns recortes temporais anuais no período de 2014 a 2017, buscando compreender as relações entre médicos, supervisores, tutores e municípios ao longo do período de implementação do PMM.

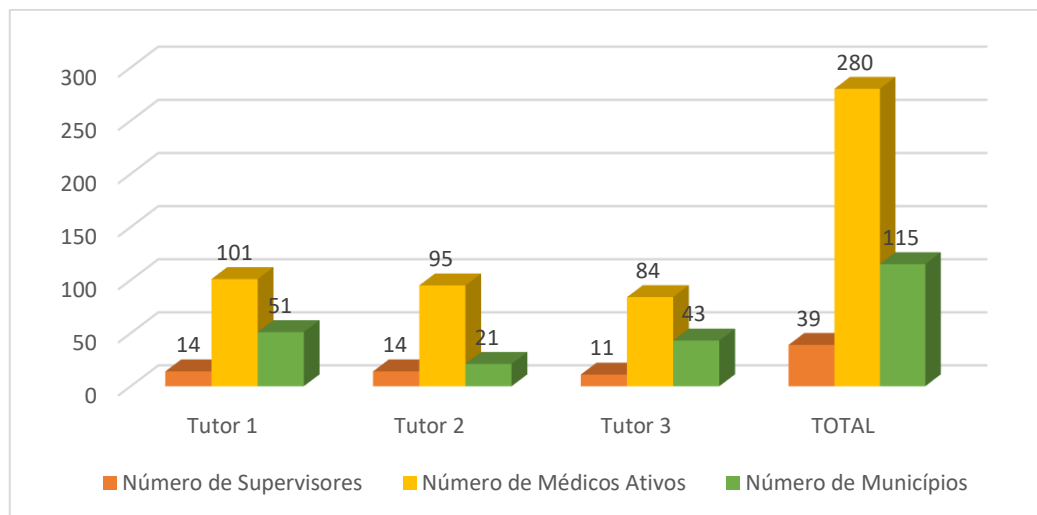
Gráfico 2 – Médicos, supervisores e municípios por tutor - Julho de 2014



Fonte: Webportfólio. Elaborado pelo autor.

Gráfico 3 – Médicos, Supervisores e Municípios por tutor - Julho de 2015

conseguir as informações sobre o número de supervisores e médicos por supervisor, fiz solicitação à tutoria acadêmica do Programa.



Fonte: Webportfólio. Elaborado pelo autor.

Até esse período, havia três tutores no Estado da Paraíba. Além disso, chama atenção que o Tutor 2¹³⁴ tem supervisores em um número menor de municípios, o que significa que há mais médicos por município na região desse tutor. Entre o Tutor 1¹³⁵ e o Tutor 3 há semelhança na distribuição de médicos, com aumento do número de supervisores de 2014 para 2015, em razão de os municípios na região do terceiro tutor serem de mais difícil acesso. O quantitativo de supervisores e de municípios variou pouco comparando os Gráficos 1 e 2, e houve um acréscimo no número de médicos.

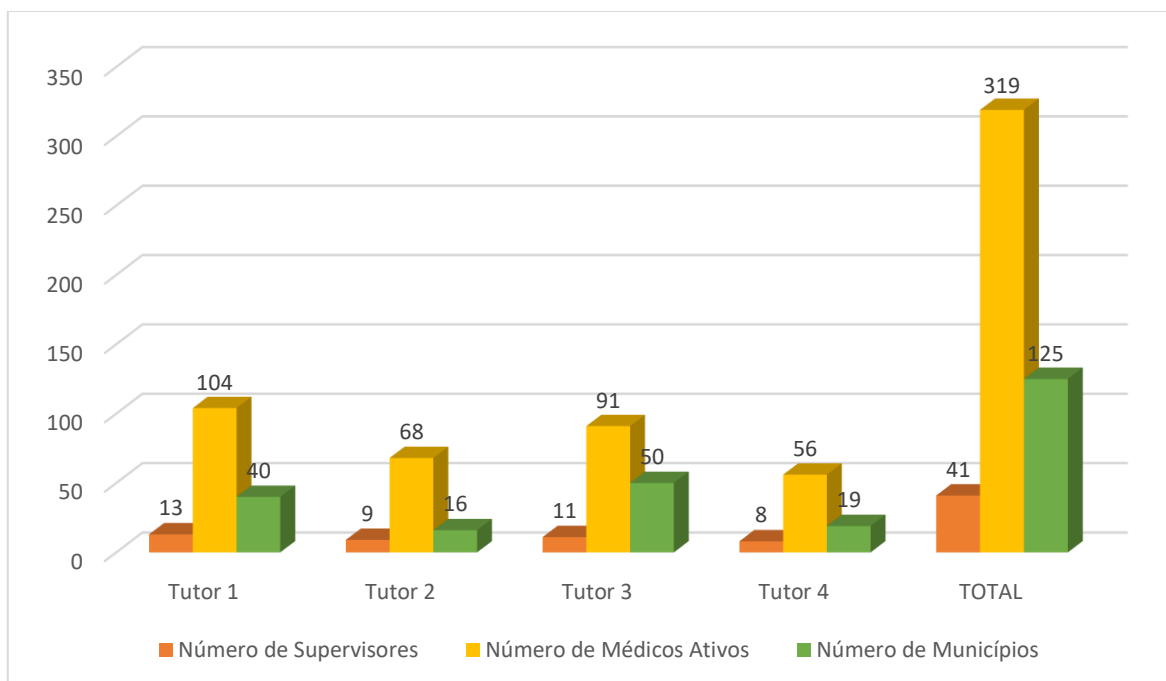
A partir de 2016, a Paraíba passa a contar com quatro tutores, havendo uma redistribuição do número de supervisores e médicos. A entrada de mais um tutor, perfazendo quatro no estado, ocorreu pelo fato de ter havido um acréscimo do número de médicos. A quantidade de supervisores não variou muito, então o que passou a ocorrer foi que cada supervisor começou a acompanhar um número maior de profissionais.

Cada supervisor, na norma, deve acompanhar de seis a dez médicos. Segundo os tutores entrevistados, uma quantidade menor pode ser justificada quando o supervisor atua em áreas de difícil acesso, como ocorre em regiões indígenas da Paraíba. Geralmente não ocorre a supervisão para mais de dez médicos, e, quando isso acontece, na maioria das vezes é temporário.

¹³⁴ No mapeamento das relações entre os atores da CCE, esse tutor 2 é o “Representante da Instituição Supervisora do PMM – UFCG II”.

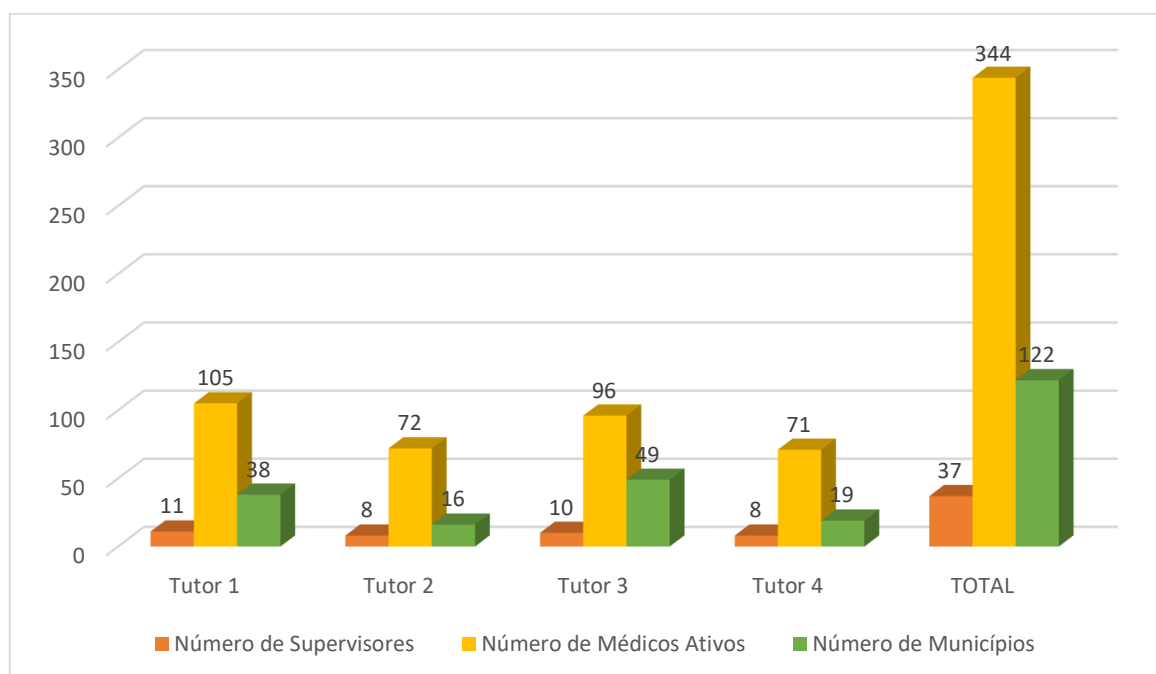
¹³⁵ No mapeamento das relações entre os atores da CCE, esse tutor 1 é o “Representante da Instituição Supervisora do PMM – UFCG I”.

Gráfico 4 – Médicos, supervisores e municípios por tutor - Julho de 2016



Fonte: Webportfólio. Elaborado pelo autor

Gráfico 5 – Médicos, supervisores e municípios por tutor - Julho de 2017



Fonte: Webportfólio. Elaborado pelo autor

Observando os Gráficos 3 e 4, o que primeiro chama atenção é o aumento do número de médicos seguido por uma elevação menor da quantidade de municípios. Em contrapartida, o número de supervisores não cresceu, e até diminuiu um pouco de 2016 para 2017. Nesse

contexto, a quantidade de médicos por supervisor cresceu ao longo do tempo. Segundo os tutores, essa diferença de proporção ocorreu principalmente a partir da mudança de governo em 2016. A gestão pós-*impeachment* passou a exigir o cumprimento da norma “ao pé letra”, o que antes era possível ser justificado. No início, o tutor informou que o canal de diálogo com o MEC era mais facilitado, permitindo discutir os motivos da menor atribuição de médicos por supervisor, que ocorria, no caso da Paraíba e mais especialmente no território de um dos tutores (Tutor 2), em virtude do “posicionamento político” segundo o qual o papel do supervisor era não só acompanhar os médicos supervisionados, mas também apoiar gestores e equipes de saúde.

O supervisor deve visitar todos os médicos pelo menos uma vez por mês, sendo três as atribuições principais dos supervisores para a execução do seu trabalho: “primeira visita de supervisão”, feita ao médico que ingressou há pouco tempo no Programa; “supervisão periódica – visita de supervisão *in loco*”, com regularidade mensal, acontece no município onde o médico está atuando; “encontro de supervisão locorregional”, trata-se de reunião, também chamada “oficina locorregional”, entre supervisores e médicos, com periodicidade trimestral.

Como em uma região da Paraíba foi ampliada a atribuição desse ator no PMM, em alguns períodos eram realizadas mais visitas, ou então eram feitas reuniões nos municípios. Assim, agregando a ideia de “trabalhar para qualificar mais a Atenção Básica”, houve um momento de menor proporção médico/supervisor. Essa função criada para os supervisores na Paraíba não está presente na Portaria do Projeto Mais Médicos, representando uma dinâmica própria da micropolítica estadual mobilizada pelos atores que implementaram a política no estado, ampliando as atribuições de tutores e supervisores e fortalecendo a Atenção Básica no estado.

Parte dessa agregação de função foi possível em um dos territórios do PMM na Paraíba, pelo fato de concentrar um conjunto de atores que já estabeleciam relações profissionais em outros espaços, e também por ser local de aproximação dos “atores militantes” que apresentei anteriormente.

Na norma do Programa, encontramos quatro funções definidas para o supervisor, duas delas remetem ao acompanhamento das atividades e disponibilidade para o médico supervisionado, e outras duas estão relacionadas ao papel de avaliador e fiscalizador (de carga-horária). Ao longo do tempo, foi possível observar, no grupo de supervisores, que essa divisão era utilizada de maneira fluida, ou seja, em alguns municípios e com alguns médicos o supervisor tendia a fazer mais acompanhamentos e a estar disponível, já em outros, atuava

mais como fiscalizador e avaliador. Segundo os supervisores, isso se definia no território, dependendo da atuação do médico acompanhado.

Após a mudança de governo, segundo um dos tutores, não houve mais o reconhecimento da importância desse “novo” papel dos supervisores, passando a ocorrer cobranças para seguimento exato dos instrumentos normativos, com cada supervisor acompanhando dez médicos, sendo esse um dos motivos pelos quais o número geral de supervisores se mostra menor em julho de 2017.

No contexto do Programa Mais Médicos na Paraíba, a figura do supervisor surge como um ator de identidade fluida, construída a partir de contatos sucessivos com médicos, equipes de saúde, gestores municipais, representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, tutores e “entidades médicas”, fato que o constitui como ator central para as dinâmicas do PMM. A agência dos supervisores, além da regulamentação do PMM, ganha uma diversidade de possibilidades na prática, constituindo-se ao longo do trabalho e do contato com outros atores, como um *ator-rede* na lógica de Latour (2012).

Em um momento, o supervisor atua como fiscalizador do cumprimento da carga horária e da execução do trabalho dos médicos; em outro, tira dúvidas sobre aspectos clínicos presencial ou virtualmente; discute e apoia o trabalho do médico na equipe de saúde; apoia a execução das atividades dos médicos na especialização à distância; elabora treinamento para médicos e equipes de saúde; apoia os gestores na execução das ações dos médicos no Programa; observa as condições de trabalho e moradia (quando for o caso) dos médicos; oferece auxílio no caso de situações complexas vivenciadas pelos médicos, por exemplo, violência; debate sobre a rede de saúde local e regional; visualiza as práticas de cuidado médico; identifica e articula locais para ampliação dos programas de residência médica.

Como desempenhei o papel de supervisor ao longo da pesquisa, acho importante trazer algumas observações realizadas sobre as práticas dos supervisores. Uma das primeiras coisas que me chamou atenção, tanto lendo materiais sobre políticas de saúde que tinham objetivo de “provimento” de médicos quanto nas visitas pelo PMM na Paraíba, foi o fato de esse ator – o supervisor – se constituir como algo novo, nunca antes presente na configuração da política e no exercício do papel de agente formador. Nas entrevistas com os tutores e na interlocução com os supervisores, percebi que são identificados momentos distintos, ao longo da implementação da política, no que diz respeito à representação do supervisor. No início, o supervisor era visto como um membro do Ministério da Saúde, presente nos municípios como uma figura fiscalizadora e avaliativa.

Essa percepção, de acordo com uma supervisora, ocorreu pelo fato de os municípios “não saberem muito bem como o programa funcionava” e foi importante para a aproximação com os gestores municipais e as equipes de saúde. Passado algum tempo, ficou compreendido que o supervisor estava vinculado à universidade, principalmente pela atuação das referências descentralizadas nas localidades municipais, diferenciando-se do papel de supervisão acadêmica. Assim, os supervisores passaram a ser vistos como “apoiadores” e como “mediadores”. “Apoiadores” dos médicos quanto aos aspectos estruturais e práticos do trabalho nos municípios, e dos municípios quanto ao funcionamento do Programa e processo de trabalho na Atenção Básica.

Em relação a esse papel de apoio, houve uma situação que acompanhei em um município envolvendo a demanda do médico e da gestão local sobre a adequação das prescrições feitas pelo profissional. As receitas elaboradas pelo médico continham as medicações consideradas corretas, porém a dosagem não condizia com o que existe disponível no Brasil¹³⁶. Diante disso, comentei com a coordenadora de Atenção Básica que um farmacêutico poderia acompanhar o médico cooperado por alguns dias para discutir as dosagens a serem colocadas nas receitas, o que rapidamente resolveu o problema.

Castro (2015) discute o papel de “apoio” dos supervisores. O autor explica que:

O conceito de apoio incorpora a noção de suporte. Se, por um lado, cumpre a função terapêutica ao ser garantido o suporte ao profissional, trabalhando suas dificuldades no cotidiano, por outro, a supervisão desloca o supervisionado em direção a um projeto coletivo, à medida que discute seu processo de trabalho, auxilia na análise das práticas e nas suas modificações (CASTRO, 2015, p. 73).

A colocação do autor assinala que o papel de apoio envolve uma atuação mais próxima entre supervisor e supervisionado, quase como uma relação “um a um”. No exemplo mencionado, percebe-se esses dois elementos do apoio do supervisor: a superação da dificuldade do médico em prescrever as concentrações disponíveis no Brasil e a relação em equipe com a proposta de inserção do farmacêutico.

O papel de mediador também foi muito observado durante as estratégias da pesquisa. Em uma reunião de supervisores, em 2014, no início do Programa, ele já era discutido:

¹³⁶ No início do Programa, alguns médicos estrangeiros prescreviam as medicações utilizando a concentração da medicação disponível em seu país. Por exemplo, a medicação propranolol – que é um remédio para pessoas com hipertensão arterial –, no Brasil, é comercializado com a concentração de 40mg, mas em alguns países se encontra a concentração de 50mg. Ou seja, o medicamento é o mesmo, mas a concentração por comprimido é diferente conforme o país, pois depende da indústria farmacêutica da qual o país adquire a medicação.

O Supervisor tem um papel pedagógico não apenas no acompanhamento dos médicos, mas também da equipe de saúde onde este médico atua e ainda com os gestores do município. Para efetivar esse papel surgiu a ideia de se fazer reuniões periódicas com médicos e gestão municipal. (DIÁRIO DE CAMPO, 21 de fevereiro de 2014).

Em visitas a algumas unidades de saúde, observei a mediação com membros da equipe quando uma enfermeira comentou ter percebido que o médico emitia receitas controladas em receituários trocados, ou seja, medicamentos que deveriam ser prescritos em receituário branco eram colocados em receituário azul, e vice-versa. Em conversa com a enfermeira, comentei que em alguns municípios o médico recebeu uma relação dos medicamentos que podem ser prescritos por tipo de receituário, e isso revolveu os problemas de troca. Ela falou que discutiria isso com a gerente de Atenção Básica. Dialogando com uma enfermeira em outro município, ela havia falado em tom de reclamação que o médico solicitava dados diferentes dos que equipe tem que produzir. Essa diferença ocorria porque o médico já estava anotando os dados do novo “sistema” (e-SUS), enquanto a equipe ainda coletava os dados do “sistema” antigo. Diante disso, a ideia foi que a equipe do PSF 1, onde atuava o médico cubano, fosse capacitada pela Secretaria de Saúde para o novo sistema.

Acompanhando outra reunião de supervisores do litoral, a ideia do supervisor como mediador foi observada como algo “oficial” na Paraíba.

A reunião começou com a discussão colocada pelo tutor da tentativa de potencializar o trabalho da supervisão deixando 6 médicos para cada supervisor. O ministério da educação coloca certa exigência para que cada supervisor acompanhe 10 médicos, com algumas possibilidades de ajuste para áreas com longas distâncias ou de muito difícil acesso. A proposta do tutor de redução do número de médicos por supervisor tem fundamento na necessidade de maior articulação com os municípios, a fim de tentar qualificar a Atenção Básica como um todo, incluindo gestores, e não apenas realizar o acompanhamento dos médicos. (DIÁRIO DE CAMPO, 27 de junho de 2014).

Assim, observa-se que o papel de mediador” está relacionado ao contato dos supervisores com médicos e com outros atores nos municípios, como profissionais de saúde e gestores, sendo uma relação mais “coletiva”.

Apesar de estar presente no discurso do Ministério da Saúde e de alguns membros da política nacional, tal como expresso no Seminário Nacional realizado em João Pessoa em

2014, que o Programa também teria como consequência a qualificação da Atenção Básica, nas atribuições dos supervisores, expostas nas portarias, se encontra apenas o ato de acompanhamento quase “preceptoral” dos médicos. Essa agência conjunta de tutores e supervisores, embora não fosse consenso entre todos os tutores, na Paraíba visava a ampliar o aspecto normativo do Programa. Evidencia-se, desse modo, como ocorrem mudanças na política pela inserção de novos atores no processo de implementação, ou seja, nessa fase, as normas são ressignificadas e apropriadas por cada ator de uma maneira distinta, possibilitando diversas interpretações e configurações quando postas em prática.

Atualmente, observando o Programa no pós-*impeachment*, o papel dos supervisores foi na direção de uma relação mais “preceptoral” com os médicos, como já mencionado. Em diálogo com alguns tutores e supervisores, ouvi afirmações, por parte deles, de que “não há mais apoio dos ministérios” para a manutenção do papel, especialmente, de mediador. A exigência da atuação individualizada dificulta a aproximação com a equipe e com os gestores de uma forma mais “visceral”.

Os supervisores, assim como os membros da CCE, também utilizam instrumentos de trabalho. Esses instrumentos são os chamados relatórios. O relatório de supervisão¹³⁷ apresenta um conjunto de “temas” que os supervisores podem trabalhar com os médicos, em uma tentativa de direcionar o trabalho do supervisor. Não há obrigatoriedade em seguir algum dos temas listados durante a supervisão, já que existe a possibilidade de escolher outros que não se encontram na relação. Os temas listados nos relatórios são:

Acesso e acolhimento com classificação de risco; Aperfeiçoamento da conduta clínica/diagnóstico/terapêutica/reabilitação; Articulação com dispositivos da rede (NASF, consultórios na rua, academia da saúde, CAPS, UPA, SAMU, aparelhos sociais); Assistência farmacêutica; Avaliação das atividades desenvolvidas na unidade de saúde; Avaliação sobre a supervisão; Carga horária/escala de trabalho e cumprimento de horário; e-SUS; Humanização em saúde; Linhas de cuidado, regulação em saúde e redes de atenção; Medicina centrada na pessoa; Medicina baseada em evidências; Gestão do tempo; Participação popular e organização comunitária; Planejamento em saúde; Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Saúde Indígena; Preenchimento correto de prontuários e receituários ; Processo de trabalho e reunião de equipe; Projeto terapêutico singular; Protocolo

¹³⁷ Há três tipos de relatórios que os supervisores devem responder. O “relatório de primeira visita de supervisão, para os médicos que ingressaram no PMM; o “relatório de supervisão periódica: visita de supervisão in loco”, que deve ser preenchido quando o supervisor acompanha individualmente o médico na unidade de saúde; e o “relatório de encontro de supervisão localregional”, que deve ser preenchido quando ocorrer um Encontro/Oficina Localregional, que tem periodicidade trimestral e reúne todos os médicos e supervisores.

clínico da Atenção Básica; Sistemas de Informação em Saúde; Telessaúde; Integralidade da Atenção à Saúde; Articulação Interinstitucional com dispositivos e equipamentos do SUS; Projeto de Intervenção; Relações interculturais; Álcool e drogas; Outro (WEBPORTFÓLIO.)¹³⁸.

Os temas contemplam um conjunto de possibilidades de trabalho com os profissionais vinculados ao PMM, tanto no que diz respeito ao trabalho médico especificamente quanto ao trabalho em equipe e rede de saúde. Para que esses ou outros temas sejam abordados nos encontros de supervisão, os relatórios de supervisão indicam as possibilidades elencadas para atuação do supervisor com os médicos, as quais estão sistematizadas no Quadro 7, a seguir:

Quadro 7 – Modalidades de supervisão indicadas nos Relatórios de Supervisão

Modalidade de supervisão	Explicação da atividade desenvolvida
Realizar “interconsulta” na unidade de saúde ou em visita domiciliar	Estar disponível para que o médico tire alguma dúvida clínica durante os atendimentos na UBS ou durante uma visita domiciliar
Revisão de casos clínicos e eventos críticos	Reunião com o médico fora do momento do atendimento para discutir uma situação acompanhada pelo profissional durante consultas
Revisão de prontuários	Observação dos registros elaborados pelo médico no prontuário
Construção de protocolo interno	Produção técnica que sirva para orientar atendimentos médicos na UBS ou na rede municipal
Adequação e validação de protocolo externo	Discussão sobre material técnico produzido por instituição de saúde como secretaria de saúde, Ministério da Saúde ou universidades
Exposição dialogada	Aula expositiva preparada pelo supervisor e apresentada ao médico supervisionado
Consulta simulada	Simulação de um atendimento para análise junto ao médico
Feedback	Devolutiva da impressão do supervisor quanto ao trabalho do profissional supervisionado
Ciclo de aperfeiçoamento profissional da equipe	Conjunto de discussões temáticas envolvendo membros da equipe de saúde
Ciclo de aperfeiçoamento profissional pessoal	Conjunto de discussões temáticas de acordo com a necessidade do médico
Planilha de necessidades	Listagem das dificuldades e necessidades apresentadas pelo médico para planejamento de ações pedagógicas
Análise de vídeo-gravação de consulta ou grupo	Filmagem de consulta do médico para posterior análise em momento fora do atendimento
Treinamento de habilidades	Execução de técnicas de comunicação ou de procedimentos estruturados

(Continua na próxima página).

¹³⁸ Disponível em: <<https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

Psicodrama, teatro do oprimido, terapia comunitária	Discussão de situações vivenciadas pelo médico utilizando experiências coletivas
Reunião	Agrupamento entre supervisor e médico; supervisor, médico e equipe de saúde; supervisor, médico e gestor, ou seja, entre os atores que atuam na “ponta” para discussão de temas previamente definidos
Plano de desenvolvimento pessoal	Registrar e monitorar as necessidades de aprendizado e aspirações
Outras possibilidades	

Fonte: Webportfólio. Elaborado pelo autor

É possível perceber que os temas sugeridos e as modalidades de supervisão indicadas no relatório de supervisão permitem uma diversidade de abordagens por parte do supervisor, contando ainda com a possibilidade de outras intervenções. Além disso, não está determinada uma forma semelhante à prática do preceptor, voltada apenas para a atuação clínica do médico, como se passou a exigir após o *impeachment* e por pressão das entidades médicas. Nesse contexto, nota-se que a formulação normativa da política informa um conjunto de atribuições aos supervisores, o instrumento utilizado para orientar o trabalho do supervisor permite amplas e diversas possibilidades de atuação, e as entidades médicas, seguidas pelo MEC após a mudança de governo, disputam um acompanhamento individual clínico. Durante o período de observação da pesquisa, notei que os supervisores chegavam a ficar confusos com esses elementos divergentes, mas recebiam apoio dos tutores para organizar seu trabalho.

Algumas informações importantes relativas ao trabalho desses atores também foram observadas nas respostas dos médicos ao Formulário de Avaliação do Programa Mais Médicos. O primeiro elemento que chamou atenção foi a boa avaliação que os médicos deram aos seus supervisores. Em uma escala de zero a dez, os supervisores obtiveram média nove. Apenas oito médicos dos 167 que responderam o questionário avaliaram com nota menor que sete os supervisores, estes médicos são os mesmos que informaram ter recebido poucas visitas de supervisão nos últimos três meses.

Em relação ao número de visitas nesse período, aproximadamente 70% dos médicos do PMM que responderam o questionário informaram ter recebido três ou mais visitas. Como dissemos antes, o supervisor deve visitar cada médico supervisionado ao menos uma vez por mês. Assim, em três meses eram esperadas três visitas, podendo ser duas, caso tivesse ocorrido encontro de supervisão locorregional.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos supervisores, a Tabela abaixo permite visualizar a percepção dos médicos.

Tabela 4 – Percepção dos médicos quanto aos recursos *utilizados* pelos supervisores durante a supervisão

Recursos utilizados pelos supervisores	NÃO	SIM
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	97	70
Atendimento conjunto	81	86
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	70	97
Discussão de casos	40	127
Estudo imediato em livros ou outros recursos bibliográficos junto com o supervisionado	84	83
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	61	106
Discussão de temas sem leitura prévia	69	98

Fonte: Formulário de Avaliação do PMM. Elaborado pelo autor

Considerando a necessidade do médico quanto ao que esperava ser desenvolvido pelo supervisor, a Tabela se apresenta da seguinte forma:

Tabela 5 – Percepção dos médicos quanto aos recursos que *esperam ser utilizados* pelos supervisores durante a supervisão

Recursos que os médicos esperam ser utilizados pelos supervisores	NÃO	SIM
Atendimento de pacientes pelo supervisor sob observação do supervisionado	84	83
Atendimento conjunto	71	96
Acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final	76	91
Discussão de casos	18	149

(continua na próxima página)

Estudo imediato em livros ou outros recursos bibliográficos junto com o supervisionado	64	103
Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente	24	143
Discussão de temas sem leitura prévia	61	106

Fonte: Formulário de Avaliação do PMM. Elaborado pelo autor

Observando as tabelas 9 e 10, percebemos que os supervisores realizam menos atividades de acompanhamento individual clínico com os médicos do que estes esperavam. Em relação à observação das consultas dos médicos por parte dos supervisores, a maioria dos profissionais que informou não querer esse tipo de atuação é de médicos brasileiros.

Oito médicos informaram que não gostariam de nenhuma oferta por parte dos supervisores. Desses, seis são do sexo masculino e duas do sexo feminino. Dois dos oito são cubanos. Metade (4) tem outra especialidade médica e 4 tem menos de 10 anos de formada. Quase todos esses médicos deram nota 10 como avaliação do supervisor. Como uma das atividades obrigatórias do PMM é a supervisão, há uma aparente contradição nesse grupo que desejaria não ter nenhum acompanhamento por parte dos supervisores, pelos menos quanto aos aspectos técnicos (atendimentos e discussão das consultas). No entanto, a grande maioria dos médicos concorda que os supervisores apoiam adequadamente sua qualificação clínica (151) e processo de trabalho (153).

Durante a observação das reuniões de supervisores, percebi que o elemento de “acompanhamento de consulta” (supervisor na sala do médico durante o atendimento de um paciente) era algo considerado difícil, especialmente quando se referiam a profissionais formados há mais tempo, os chamados mais antigos. Nesses casos, os supervisores preferiam discutir as situações fora do momento do atendimento. Isso explica porque pouco mais da metade (58%) dos supervisores acompanha as consultas dos seus supervisionados. Os supervisores com maior dificuldade nesse quesito foram aqueles que não tinham prática de preceptoria de residentes.

Além dos aspectos relacionados aos atendimentos, os supervisores desenvolvem outras modalidades de supervisão, como podemos ver nos elementos do relatório de supervisão. Segundo as respostas dos médicos, a modalidade menos utilizada foi a aula expositiva, o que significa uma atuação voltada para o que esses atores chamam de prática.

O papel de mediador também foi reconhecido pelos médicos que responderam o questionário. Cento e quarenta e seis profissionais informaram que o supervisor faz reuniões

regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por eles ou pelos outros médicos. Além dessa disponibilidade de atuação presencial, a grande maioria dos supervisores, segundo os médicos, mantém comunicação seja por mensagens de celular ou por e-mail.

Percebe-se, com as informações provenientes dos médicos, que o papel do supervisor é realmente diverso e se aproxima do que discutimos antes, de “apoio” individual e de processo de trabalho, e de “mediador”. Mas o papel de fiscalizador da carga horária não se desfez ao longo do tempo, sendo um dos problemas mais evidenciados nos municípios, especialmente quando vinculavam médicos brasileiros. Para lidar com o descumprimento da carga horária, o supervisor utiliza como instrumento a advertência, sendo esta uma forma de penalidade, como já dito. Esse instrumento está definido por resolução normativa da política (BRASIL, 2014f).

O supervisor, quando identifica atrasos ou faltas dos médicos, deve emitir a advertência, a qual se materializa em um documento padronizado criado pela CCE, além de informar ao tutor no relatório de supervisão. Quando desconfiado de que há descumprimento da carga horária, o supervisor pode fazer uma visita surpresa, sem informar o médico ou gestor, no intuito de atestar a presença ou ausência do profissional. Os gestores, quando identificam descumprimento da carga horária por parte dos médicos, geralmente informam os supervisores para que sejam tomadas “providências”, apesar de aqueles atores também poderem realizar a advertência. O problema ocorre quando médico e gestor “fazem acordo” para não cumprimento integral da carga horária, o que, segundo os supervisores, justifica ainda mais a visita surpresa.

Foi possível perceber que os supervisores se constituem como atores centrais no Programa Mais Médicos, tanto na relação com os médicos quanto com gestores e trabalhadores da equipe de saúde. Complementando o caráter formativo do PMM, é importante compreender o trabalho dos tutores, docentes médicos responsáveis pelo planejamento e acompanhamento das ações dos supervisores.

O processo de trabalho dos tutores envolve, de acordo com as portarias do PMM, selecionar os supervisores, apoiá-los e aos médicos no desenvolvimento do trabalho, definir o trabalho dos supervisores, avalia-los e elaborar relatórios para a coordenação do Programa. Para desenvolver essas atividades, os tutores utilizam alguns instrumentos como o plano de trabalho, as reuniões e a validação.

É no plano de trabalho que, mensalmente, os tutores “criam” a relação entre supervisor e médico supervisionado. Sempre que um médico entra no projeto, o tutor identifica a região

onde ele vai atuar, reconhece o supervisor ou supervisores distribuídos naquela região e, considerando o quantitativo de médicos para cada um, atribui a vinculação de supervisão. O plano de trabalho é uma ferramenta online, disponível no chamado webportfólio dos tutores, com acesso mediante senha individual. Em geral, os tutores elaboram o plano de trabalho no último dia de cada mês, o qual deverá ser aplicado no mês subsequente. Após o preenchimento das informações *online*, os tutores enviam as orientações aos supervisores, contendo o número de médicos e o que deverá ser feito com cada um, conforme os tipos de visitas ou ações que devem ser executadas pelos supervisores.

Além das atribuições principais, os tutores podem dar orientações de acordo com as ocorrências do mês anterior relatadas pelo supervisor (por exemplo, a falta de um médico durante a visita de supervisão *in loco*), pelas referências descentralizadas e, em menor proporção, pelos gestores locais. Assim, as orientações podem ser no sentido de os supervisores desenvolverem alguma ação específica, por exemplo, no caso de falta do médico, aplicar uma advertência, ou no caso de um problema técnico, realizar um “treinamento” com o profissional.

As “ocorrências” mensais são reportadas por meio dos relatórios de supervisão, instrumento de acompanhamento das atividades desempenhadas por esses atores e pelos médicos supervisionados. Mesmo recebendo informações de outras fontes (e-mail ou mensagem via celular), os tutores recomendam sempre que os supervisores expliquem nos relatórios todas as situações vividas. É a partir da “postagem” dos relatórios, que no linguajar do Programa significa inserir o relatório no sistema informatizado do webportfólio que os tutores utilizam o instrumento de validação das bolsas dos supervisores. Essa validação só ocorre se o supervisor “postar” um relatório de supervisão por médico acompanhado, e caso isso não ocorra, o supervisor não receberá a bolsa no mês seguinte.

Já as reuniões são acionadas para acompanhamento e avaliação dos supervisores, mas também para planejamento e qualificação desses atores. Cada tutor utiliza esse instrumento de uma maneira. Na região do agreste e litoral, na Paraíba, dois tutores realizam as reuniões conjuntamente, diferente do que ocorre no cariri e sertão. As reuniões tem periodicidade definida no grupo de tutores com seus supervisores e a participação é considerada obrigatória. Participei de várias dessas reuniões ao longo do campo, já que exercia minha identidade do *eu supervisor*. Esses encontros tiveram objetivos diversos ao longo da pesquisa: planejar os encontros de supervisão locorregional, elaborar o Formulário de Avaliação do Programa Mais Médicos (questionário), discutir o papel do Programa diante da ampliação da residência

médica, organizar o trabalho dos supervisores, elaborar estratégias para atuação nos municípios.

Outro aspecto relevante que observei, remetendo-me à cartografia das relações entre os atores, foi que, semelhante ao que ocorre na CCE, muitos supervisores e tutores já tinham proximidade antes do início do Programa Mais Médicos. Por exemplo, dos oito supervisores vinculados ao Tutor 2, considerando julho de 2017, cinco deles são médicos de família e comunidade e mantinham contato próximo antes do início do PMM, através de atuação na docência na UFPB. Isso também ocorre com metade dos supervisores do Tutor 4. Segundo um dos tutores, essas aproximações valorizaram a qualificação da Atenção Básica, além fortalecer as “visitas protocolares” para os médicos.

A regulamentação do PMM prescreve que os supervisores sejam das áreas de medicina de família e comunidade ou saúde coletiva, podendo ser das áreas de pediatria e ter experiência em saúde da família. Além disso, a indicação normativa recomenda que, para fazer parte do grupo de supervisores, é preciso se submeter a um processo de seleção constituído pela tutoria acadêmica, através de edital (BRASIL, 2013s). Mesmo estando na norma, apenas uma vez foi realizada uma seleção para supervisores do Mais Médicos na Paraíba (no ano de 2015), mediante análise de currículo, com o estabelecimento de uma pontuação para cada candidato. Para essa pontuação, contava tempo de graduação, tempo de experiência na Atenção Básica, tempo de experiência como docente ou como preceptor, e outros elementos como publicações. Após a classificação, eram disponibilizadas aos ingressantes na supervisão as áreas para atuação, escolhidas por ordem de classificação no processo seletivo. Havia uma divergência no grupo de tutores quanto à realização de um processo seletivo, pois alguns desses atores argumentavam que isso poderia gerar uma identificação de vínculo com a UFCG. Assim, grande parte dos supervisores foi identificada pelos tutores considerando a experiência que relatei acima. Essa identificação ocorreu principalmente por parte do próprio tutor, a partir da relação que mantinha com o possível supervisor, e também por indicação de algum supervisor já atuante no grupo de supervisão.

As caracterizações de tutor e supervisor na medicina extrapolam a normativa do Programa Mais Médicos. Tais designações são bastante utilizadas na formação médica desde a graduação até os programas de residência. Em relação aos supervisores, nas universidades ou hospitais encontramos os supervisores de estágio, os supervisores de programas de residência, os de núcleo, os de campo, os de pesquisa e extensão, e muitas outras possibilidades. Essa nomenclatura é polissêmica, podendo significar papéis distintos conforme a função desempenhada, como de coordenação, ensino, avaliação.

Outros termos também surgem nessa polissemia, como tutor e preceptor. Assim, para compreender a escolha do termo supervisor no PMM, achei importante discutir algumas diferenças entre as terminologias, já que estão definidas conforme papéis específicos na política. Botti e Rego (2008) tentaram caracterizar as tipologias presentes que remetem a profissionais que atuam com estudantes de graduação ou pós-graduação na área médica. Mesmo não encontrando um conceito apenas, os autores explicam que observar alguém no exercício de determinada atividade, zelar por essa pessoa e ter a certeza de que ela exerce sua atividade são as principais atribuições do supervisor.

Reis e Hortale (2004, p. 494) explicam que:

O termo supervisão se origina das palavras latinas “super” que significa “sobre” e “vídeo” que equivale a “eu vejo”. O emprego literal destes termos pode ser interpretado como inspeção; contudo, de sua evolução resultaram novas concepções. Na visão tradicional, supervisão significa “visão sobre” o objeto do trabalho realizado por outro; define, comanda, impõe, inspeciona, fiscaliza; estabelece uma relação assimétrica entre o supervisor e o supervisionado, é imposta e autoritária; faz parte de um modelo de gestão vertical (cobrança/auditoria). A visão moderna associa controle e educação, propõe uma relação entre parceiros, identifica práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto de trabalho.

Nesse contexto, percebe-se que o conceito de supervisor não representa um elemento dado, o que nos permite dizer que é passível de construção. Assim, a construção social do conceito de supervisor dependerá de como os atores se apropriam da ideia, considerando os papéis que podem ser desempenhados, associando aspectos normativos e prática profissional progressa ao que ocorre no PMM.

Mesmo desempenhando um conjunto de atribuições e no sentido de diversificar o trabalho na supervisão, o elemento fiscalizar a carga horária esteve presente nas falas da maioria dos supervisores nas reuniões que acompanhei como uma atribuição chave do papel do supervisor. Consegui compreender pelo menos duas explicações para isso, sendo a primeira o fato de os atores representantes da macropolítica (Ministério da Saúde, tutoria acadêmica, Secretarias de Saúde) exigirem com muita ênfase o cumprimento das 32 horas práticas e das 8 horas de estudo, havendo até Portaria exclusiva para isso. Essa discussão da carga horária do médico vem de uma crença da profissão de que no serviço público não se deve cumprir a carga horária contratada, como mencionei várias vezes nessa tese. A segunda, por sua vez, corresponde ao processo de compreensão de que a presença do médico na unidade de saúde deveria ser garantida como uma forma de “estar fazendo o programa

funcionar”, e conseqüentemente de melhorar a Atenção Básica nos municípios, que antes do PMM não contava com profissionais todos os dias da semana.

As outras tipologias estudadas por Botti e Rego (2008) foram a de preceptor, tutor e mentor. O preceptor é aquele ator que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, e que ensina um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática (MILLS, FRANCIS, BONNER, 2005; RYAN-NICHOLLS, 2004). Considerando isso, durante a implementação do PMM houve disputa com as entidades médicas sobre esses conceitos. A corporação profissional mantinha um discurso de que o papel do supervisor deveria ser o de acompanhar o médico no desempenho de suas funções clínicas, o que, de acordo com os conceitos que apresentei, seria uma função do preceptor. Esse discurso se embasou na ideia, já apresentada quando discuti a convocação dos supervisores pelo CRM, de que os médicos do Mais Médicos – “cooperados” e “intercambistas” – não são médicos e, portanto, necessitam de suporte para a realização da prática profissional.

Na maior parte do tempo que acompanhei a implementação do Programa, esse discurso da corporação médica não teve muita reverberação, já que os processos de supervisão eram desenhados entre supervisores, tutores e médicos focando as necessidades dos médicos e dos municípios. Após a mudança de governo, no entanto, a exigência de um acompanhamento presencial individual, na lógica de “apoio clínico”, apareceu novamente, dessa vez proveniente do Ministério da Educação (responsável pela supervisão do Programa). Com essa mudança, as atividades desenvolvidas por alguns supervisores para apoio da Atenção Básica de maneira geral, com possibilidade de realização de reuniões coletivas com os médicos para discussão de temas clínicos ou aspectos relacionados ao trabalho, passaram a se tornar mais escassas ou deixaram de existir. Para garantir isso, o MEC passou a exigir mensalmente o atestado de supervisão, documento que deve ser assinado pelo médico e por um gestor local para atestar que a visita de supervisão foi realizada. O instrumento atestado de supervisão deve ser enviado aos tutores mensalmente, os quais os mantêm armazenados para envio ao MEC, se solicitado. Nesse contexto, mesmo não sendo fundamental para a validação das bolsas dos supervisores, o atestado de supervisão passou a ser um segundo documento, além do relatório de supervisão que os supervisores devem “postar”.

O tutor, de acordo com Botti e Rego (2008), orienta, ensina, auxilia na busca de conhecimento e tem também papel importante como avaliador. É um ator vinculado à academia cuja função é reconhecer e estruturar o processo de treinamento de profissionais e professores. Esse conceito se aproxima do que está definido normativamente como função do

tutor acadêmico no PMM. Por fim, nas tipologias apresentadas, encontra-se o mentor, que deve ser capaz de ouvir o profissional em formação, suas posições, seus juízos e seus valores. Deve questioná-lo, buscando suas justificações e estimulando que o mais jovem desenvolva sua capacidade de raciocínio crítico. Além disso, o mentor não desempenha papel clínico nem de avaliador. Esse último conceito não está presente no Mais Médicos.

Para além dos conceitos e terminologias, cabe salientar, e já apontei vários indícios disso, que as relações entre tutores e supervisores no estado da Paraíba ocorreram no sentido de se *constituírem coletivo* atuante no apoio à implementação do Programa Mais Médicos e à qualificação da Atenção Básica. Apenas um supervisor foi oficialmente desligado do PMM por não cumprir as atribuições definidas pelas regulamentações, e outros dois tiveram a bolsa suspensa temporariamente por falta da “postagem” dos relatórios. Com uma média de 40 profissionais realizando a supervisão no estado, os problemas existentes foram considerados inexpressivos.

Observando o trabalho e as relações entre esses atores – tutores e supervisores –, é possível dizer que *constituição* desse *coletivo* permitiu a singularidade do PMM no estado da Paraíba.

7 OS MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: ATUAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICAS DE CUIDADO

O Programa Mais Médicos apresenta em sua formulação um conjunto de estratégias diversas, chamadas de eixos nos documentos oficiais, dentre eles, o eixo formação para o SUS e o eixo provimento emergencial. Apesar de as disputas da corporação médica terem se dado no sentido de inviabilizar o eixo formação para o SUS, que é baseado na ampliação de vagas de graduação em medicina, criação de novos cursos médicos, aumento de vagas de residência médica e modificação no formato do acesso à residência, foi o chamado eixo de provimento emergencial que alcançou maior visibilidade social, principalmente através dos meios de comunicação de massa.

A adesão, capacitação, distribuição e alocação dos médicos vinculados ao PMM significou uma imensa operação logística arquitetada pelo Ministério da Saúde com participação de estados e municípios. Pude acompanhar, na CCE, que o momento do anúncio do quantitativo de médicos que chegariam na Paraíba, em cada ciclo, gerava um misto de satisfação e apreensão por parte dos atores integrantes da Comissão. Satisfação em ver o Programa funcionar com a possibilidade de ocupação de uma vaga disponível em uma UBS que não conseguia garantir atendimento médico à população, e apreensão pela possível resistência à vinda dos profissionais, principalmente dos cubanos, associada ao volume de trabalho necessário para garantir que “tudo corresse bem desde o acolhimento no aeroporto até o início do trabalho no município”, como mencionou uma referência descentralizada do MS.

Como pude acompanhar atores e processos durante o trabalho de campo, o objetivo inicial foi descrever o processo desde a entrada do profissional no Programa até as relações dos médicos com gestores, equipe de saúde, usuários, outros médicos e supervisores, exigindo que muitas relações fossem cartografadas. Essa cartografia, portanto, segue o caminho da implementação da política e permite compreender os percursos durante a pesquisa. Nesse sentido, começo com o momento da adesão do profissional ao PMM, a chegada ao município – relação com gestor e chegada à UBS –, relação com a equipe, relação com os usuários e com outros médicos e as visitas de supervisão – relação com o supervisor. Não correspondendo a um passo específico, mas a um fenômeno muito significativo do Programa, em razão não apenas do quantitativo de profissionais, mas também das reações e do

imaginário social observado ao longo da pesquisa. Além disso, achei importante discutir a inserção do médico cubano na saúde da família paraibana.

Assim, de saída, para ingressar no Programa, os médicos brasileiros e intercambistas individuais precisam fazer a adesão. No discurso oficial do Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos não é obrigatório para os médicos, sendo de livre escolha participar (“aderir”) ou não. Isso dá uma ideia de voluntariado que ficou caracterizada na Lei nº 12871 de 2013, diferente do que foi proposto na Medida Provisória, quando a adesão integrava o segundo ciclo de graduação para os egressos da graduação médica, período durante o qual os profissionais teriam registro provisório. A não obrigatoriedade é característica de outras políticas anteriores desenhadas com o objetivo de disponibilizar médicos para áreas distantes e de difícil acesso. Coloco dessa forma, remetendo ao discurso oficial, pois durante o trabalho de campo pude observar discursos divergentes em relação ao que está normatizado.

Tudo começa com a publicação, por parte do Ministério da Saúde, do edital de adesão, documento que regulamenta o processo de ingresso dos médicos no PMM. De acordo com informações do Ministério da Saúde, os editais eram publicados em média três vezes por ano. Considerando o período de 2015 a 2017, houve publicações em janeiro, julho e outubro de 2015; em janeiro, abril, maio¹³⁹, julho e novembro de 2016; em abril e novembro de 2017 (BRASIL, s/d). Os editais de adesão criados em 2017 foram destinados exclusivamente aos profissionais brasileiros (formados no Brasil ou no exterior). Em 2016, houve um edital destinado também a profissionais estrangeiros (julho de 2016). Os dois editais de 2015 foram destinados a brasileiros formados no Brasil ou com diploma revalidado e brasileiros formados no exterior (BRASIL, s/d). Após a ocupação das vagas em unidades de saúde por médicos brasileiros, abria-se a possibilidade de vinculação dos cooperados (aqueles provenientes de Cuba).

Para os médicos cubanos, o processo é distinto. Segundo um dos tutores entrevistados por mim, que atuou no MS na coordenação nacional do Programa, esses profissionais são distribuídos pelo Depreps, já que a relação é com a OPAS, e não com cada médico individualmente. Segundo esse interlocutor, o Depreps tem o cuidado de observar se há parentes ou cônjuges já alocados em algum município para designar os novos médicos para a mesma localidade. Nesse sentido, as vagas que não são ocupadas pelos médicos brasileiros ou intercambistas individuais no momento de adesão são destinadas aos médicos cubanos mediante distribuição centralizada pelo MS.

¹³⁹ Esse edital foi destinado apenas ao estado de São Paulo.

Para os médicos, de uma maneira geral, o edital é o instrumento que dá ciência das regras do Programa. O texto do documento, tomando como exemplo o Edital nº 02, de 15 de janeiro de 2015, começa explicando o objeto da política quanto ao eixo provimento:

Este Edital tem por objeto realizar chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras e estrangeiras, nos termos do art. 13 da Lei nº 12.871/2013, do art. 18 da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC/2013 e dos arts. 1º e 2º, inciso I, da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC/2011 para adesão aos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde referentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), nos termos estabelecidos no presente Edital, com a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço (BRASIL, 2015a).

Nota-se, no texto do edital, a vinculação dos médicos em um processo de formação, tal como foi caracterizado o Projeto Mais Médicos para o Brasil, e não a relação trabalhista, aspecto que discutimos anteriormente.

Após a publicação do edital, os médicos seguem o que está regulamentado para fazer a inscrição. As inscrições ocorrem em fases: a primeira é destinada a médicos brasileiros formados no Brasil ou com diploma revalidado; a segunda recebe inscrições dos médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado no Brasil; na terceira fase podem se inscrever médicos estrangeiros habilitados para exercer a medicina no exterior¹⁴⁰. Todo o processo de inscrição ocorre por via eletrônica, através do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), onde também devem ser anexados pelos médicos os documentos comprobatórios de exercício profissional, para receberem a validação.

Apenas após a inscrição validada é que o profissional passará para a etapa de indicação dos municípios. Nessa etapa, o médico visualiza, através do SGP, a relação de municípios que disponibilizam vagas para o PMM e indica interesse em quatro municípios diferentes. Esses locais estão classificados em oito perfis, de acordo com as características previstas na regulamentação do PMM e dispostas no quadro abaixo:

¹⁴⁰ Lembrando que os médicos cubanos da cooperação com a OPAS não entram nessas fases, sendo distribuídos pelo MS conforme vagas remanescentes.

Quadro 8 – Caracterização dos perfis dos municípios apresentados aos médicos no momento da adesão ao PMM

PERFIL	CARACTERÍSTICA DO PERFIL
PERFIL 1	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV ¹⁴¹ do PAB fixo
PERFIL 2	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo
PERFIL 3	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas
PERFIL 4	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo
PERFIL 5	Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes
PERFIL 6	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade
PERFIL 7	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza
PERFIL 8	Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena

Fonte: Brasil, 2015a.

Considerando as informações presentes no quadro, quanto mais alta a numeração do perfil (1 a 8), maior a vulnerabilidade e pobreza da população. Assim, é possível dizer que as localidades do perfil 1 têm melhor infraestrutura que as do perfil 8. Nesse sentido, um fenômeno apontado por um dos tutores entrevistados é que a maioria dos médicos –

¹⁴¹ Esses grupos são definidos a partir dos seguintes critérios: tamanho da população; PIB per capita; população com Bolsa Família e em extrema pobreza; população com plano de saúde e densidade demográfica (BRASIL, 2013t).

brasileiros – escolha municípios dos perfis iniciais. Assim, os “cooperados” serão aqueles que ocupam as cidades com mais problemas socioeconômicos.

No Brasil, segundo informação do Ministério da Saúde, 14 localidades não foram escolhidas por profissionais brasileiros em nenhum dos ciclos, são elas: Igaci (AL), Milhã (CE), Araguapaz (GO), Cristianópolis (GO), Cantagalo (MG), Santo Antônio de Itambé (MG), Novo Horizonte do Sul (MS), Santa Cruz do Xingu (MS), Cafeara (PR), Magé (RJ), Tenente Laurentino Cruz (RN), Cambará do Sul (RS), Guaraciaba (SC) e Piraquê (TO). Não é possível saber o motivo pelo qual essas cidades não foram escolhidas, pois a escolha é feita pelo médico diretamente no sistema eletrônico do Programa que não solicita justificativa quanto às opções feitas.

Após a indicação dos municípios, no sistema, ocorre o processo de seleção dos aspirantes às vagas. Essa seleção se dá através de um sistema informatizado que cruza informações da inscrição dos profissionais (critérios) com as escolhas feitas por eles, para depois definir a localidade onde cada médico obteve uma vaga. Em caso de não seleção do médico para a primeira localidade indicada, passará a concorrer para a segunda indicação e assim por diante, até o quarto município escolhido. Para os médicos formados no Brasil ou formados no exterior com diploma revalidado, que são os primeiros a escolher as vagas, os critérios de seleção seguem uma espécie de análise de currículo. No caso de médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado no Brasil, a seleção é feita mediante observação do critério idade e ordem de inscrição no sistema. No caso do médico estrangeiro formado no exterior, o critério de seleção é a idade, tendo preferência o mais velho.

Após serem selecionados, os médicos devem se apresentar nos municípios para receber uma segunda “validação”, dessa vez por parte do gestor municipal, que deverá informar no sistema *online* que o profissional chegou à cidade e começará a atuar.

Os médicos estrangeiros formados no exterior e sem diploma revalidado no Brasil, à semelhança dos médicos “cooperados”, devem participar do Módulo de Acolhimento e Avaliação para ter sua inscrição validada pelo Ministério da Saúde.

Um fenômeno que ocorre em virtude da política do Mais Médicos é a forma distinta de relação entre os médicos e os gestores municipais. Em uma visita que fiz a um município no agreste paraibano, onde já atuava um médico pelo PMM e era esperado um novo profissional se apresentar para ocupar uma segunda vaga, notei que a secretária de saúde e a coordenadora de Atenção Básica davam como certo que o médico iria chegar, já que tinham visto no SGP que a vaga na cidade havia sido escolhida por algum dos profissionais, como

uma sensação de “segurança” de que a UBS teria uma equipe completa. Mesmo sabendo que o profissional poderia desistir e não se apresentar no município, as gestoras falaram que com o PMM não tinham que “ficar paradas esperando o profissional ligar para saber se tinha vaga”. Essa interlocutora se remete ao modo tradicional de ocupação dos postos de trabalho de médicos no estado que ocorria da seguinte maneira: ou o município anunciava por redes sociais ou por contato verbal com pessoas conhecidas na SES-PB, nas universidades e em outros municípios; ou o médico ligava para a localidade para saber se tinha posto de trabalho. Após a identificação de que havia uma UBS disponível com equipe incompleta, começava o processo de “negociação” da carga horária e do salário a ser recebido, processo que, segundo as gestoras, era muito “desgastante”¹⁴².

Antes do início do PMM, a maioria dos municípios informou que as UBS onde o profissional do Programa foi inserido havia ficado de 1 a 4 meses sem atendimento médico. Um fenômeno interessante é que esse período de tempo sem médico se amplia na percepção de alguns membros das equipes de saúde e de alguns usuários com quem conversei. Isso pode ocorrer porque os gestores, para não perderem o recurso enviado pelo Ministério da Saúde caso a equipe esteja incompleta, cadastram o nome de um profissional que na verdade não trabalha na cidade, e demoram para retirar o nome de um médico que já deixou a equipe ou faz rodízio de médicos de uma unidade para outra no mesmo município.

O outro elemento relatado pelas gestoras como aspecto positivo do PMM foi não precisarem mais fazer a negociação, de modo que “o profissional já chega sabendo o que tem que fazer”. Esse elemento também não foi extinto com o Programa. Mesmo os médicos sendo alocados nos municípios através de uma política federal, mantinham a tentativa de negociação. Segundo uma das referências descentralizadas que entrevistei e que era responsável por acompanhar municípios do sertão do estado, o principal problema com o qual tinha que lidar era o fato de os médicos brasileiros negociarem com os gestores o não cumprimento da carga-horária. Nas palavras dela, “os médicos negociavam trabalhar três dias por semana e ficar sem receber a contrapartida do município”.

Essa prática de negociação do médico com o gestor municipal representa uma relação entre o processo liberal da profissão, essencialmente privado, e o setor público de assistência à saúde. Poder escolher os dias de trabalho, os horários de chegada e saída, bem como discutir

¹⁴² Essa forma de procura por postos de trabalho e vinculação dos médicos ao município não deixou de existir com o PMM, apesar de os atores envolvidos considerarem que reduziu. No decorrer da pesquisa, recebi mensagens via celular de pessoas que trabalhavam em alguns municípios divulgando vagas disponíveis para contratação de médicos. Na Paraíba, como em outros estados que conheci, não há prática dos municípios colocarem anúncios de contratação nos jornais.

os honorários médicos faz parte do ideal liberal da medicina (MACHADO, 1997; GOMES, 2016). Esse elemento é tão marcante que, mesmo havendo um conjunto de portarias e outras normativas para a forma de vinculação profissional na saúde pública, permanece corrente nas relações médico-gestor.

Pelo lado das municipalidades, há a prática de uma vinculação frágil, com contratos temporários. Dos 48 gestores que responderam o questionário, 35 informaram que a forma de contrato de médicos no município é predominantemente de caráter temporário. Esse fato também possibilita o processo de negociação e é muito utilizado pelas entidades médicas para caracterizar a dificuldade de vinculação dos médicos em locais mais distantes e de difícil acesso. Porém, mesmo em municípios que contratam médicos mediante concurso público, também há formas de negociação. Dos 8 municípios que informaram ter médicos concursados para cumprir 40 horas semanais de trabalho, metade referiu que os profissionais permanecem na localidade apenas 30 horas por semana.

Muitos municípios promoveram recepções quase solenes para os médicos que chegavam pelo PMM. Isso ocorreu mais no início do Programa, com a chegada dos primeiros profissionais. Participei de um evento de acolhida em João Pessoa no ano de 2015, quando a cidade estava recebendo médicos do PMM e do Provab. Em geral, eu não tinha conhecimento desses eventos, pois a chegada de médicos brasileiros era visualizada pelo município através do sistema, e a de “cooperados” era informada pelo MS através da CCE diretamente às localidades. Soube da reunião em João Pessoa porque ela estava sendo organizada por membros da Comissão Coordenadora Estadual junto à Secretaria de Saúde do município, e isso ocorreu em uma das reuniões da comissão na qual estava presente. Na acolhida, foram apresentadas as atribuições dos médicos do Programa, o funcionamento da Secretaria de Saúde e de alguns serviços da rede de saúde da capital. Por fim, foi apresentado o mapa da cidade e a unidade de saúde a que cada profissional estaria vinculado.

Todos os médicos com quem tive contato durante a pesquisa informaram que a chegada ao município e ao Programa tinha como primeiro ponto de contato a Secretaria de Saúde. Sempre eram passadas algumas informações sobre o município e sobre a unidade de saúde. Para os cooperados, ainda havia o momento de “conocer la casa y organizar las cosas”, como disse uma médica cubana. Em geral, um funcionário da Secretaria de Saúde e, em alguns lugares, a própria secretária, como acompanhei em um município próximo a João Pessoa, ficava como uma espécie de guia para os médicos cubanos que estavam vindo residir no município. Uma secretária de saúde chegou a comentar que fora em uma loja de móveis com a médica para ajudá-la a escolher o mobiliário da casa.

Nesse contexto, foi possível perceber que a chegada ao município era diferente entre os médicos brasileiros e os cubanos. Em sua totalidade, os profissionais brasileiros residem em cidades maiores e se deslocam com carro próprio para o município onde vão atuar pelo Programa. Alguns intercambistas e todos os cooperados residem na cidade onde estão vinculados como médicos do PMM. Um fenômeno que pude observar foi a categorização, por parte dos médicos, no que diz respeito à estrutura das casas nos municípios. Foi possível encontrar 4 tipologias:

1. Os médicos brasileiros formados no Brasil, quando questionados sobre morar no município, diziam que na cidade “não havia casas com condições de moradia para eles”, por isso preferiam se deslocar alguns quilômetros para trabalhar e morar onde “havia mais estrutura”. O que apareceu implícito nesse discurso foi o fato de não haver moradias adequadas para médicos. Como dizem Becker et al. (2007), o processo de formação médica forma também para a aquisição do *status* de médico, e esse *status* indica que o profissional deve ter uma (ou mais de uma) casa ampla em local privilegiado de uma cidade. Esse elemento é muito importante para pensar a continuidade da política de fixação de profissionais quando do término do PMM e saída dos profissionais “cooperados”;
2. Os médicos brasileiros formados no exterior e sem diploma revalidado no Brasil não residiam, em sua maioria, no município de atuação pelo PMM, mas era possível encontrar alguns que preferiam essa opção. Apesar de mencionarem problemas na infraestrutura municipal, conseguiam organizar a casa para permanecer no município. Muitos desses profissionais foram formados em Cuba, Bolívia ou Argentina, e parece que a ideia do *status* não era tão marcante, como se o país e o processo de formação pelo qual passou o profissional contribuísse para a constituição de diferentes concepções acerca do *status* da profissão (DUBAR, 1998);
3. Os médicos estrangeiros formados no exterior e sem diploma revalidado, como foram alocados em cidades próximas a João Pessoa ou Campina Grande, residiam nessas cidades;
4. Os médicos cubanos foram os únicos a manterem residência fixa na mesma cidade de atuação pelo PMM. Nos contatos que mantive, a maioria dos médicos falava bem da casa onde estava. Havia algumas reclamações quanto à necessidade de manutenção ou acesso à internet que, na maioria das vezes, foram resolvidas. Durante as reuniões da CCE que acompanhei, uma médica “cooperada” precisou ser remanejada do município por um problema que foi associado às condições de moradia, mais pelo

isolamento social do que de infraestrutura da residência. Em conversa com alguns médicos, ouvi que “a casa tem tudo que preciso”, indicando outra representação da lógica do *status* profissional que não está relacionada aos bens.

Para os médicos cubanos, a chegada ao município ainda era composta por outro elemento importante: a diferença do idioma. Aqueles que tinham passado por missões em ex-colônias portuguesas na África, falavam muito bem o português. Apesar de todos terem realizado o Módulo de Acolhimento e Avaliação com aulas de português e de saúde, as terminologias médicas não são muito diferentes de idioma para idioma, então, durante o curso, não havia muita dificuldade. Em conversa com gestores, alguns membros das equipes de saúde e uma referência descentralizada, entendi que o idioma foi um problema para praticamente todas as localidades nos primeiros meses da chegada do médico. Compreender as gírias, os sintomas que não estão na literatura profissional, as “frases comidas”, como me disse uma médica, não é algo simples. Para essa questão, todos os municípios que acompanhei criaram estratégias para “melhorar o entendimento dos médicos”, como mencionou uma enfermeira. Em alguns locais, um profissional da equipe, geralmente técnico de enfermagem, passou um tempo ao lado do médico cubano nas consultas para auxiliar na interpretação das necessidades dos pacientes.

Em outras localidades, a equipe estimulava o médico a ler documentos ou textos nas reuniões de equipe. Em alguns municípios, os médicos eram encorajados a fazer palestras para os usuários antes dos atendimentos. Enfermeiras davam livros para os cooperados, em outras cidades. E em algumas unidades havia a orientação para os usuários passarem na enfermagem para tirar alguma dúvida após a consulta com os médicos. Percebi, com isso, que a maioria dos municípios garantiu um período de adaptação para os cubanos. Em uma unidade de saúde que visitei, onde atua um médico cooperado, perguntei a uma usuária como era a questão do idioma e a resposta foi: “no começo eu não entendia muito e tinha que perguntar pra enfermeira, mas agora eu entendo melhor e se não entender peço para ele falar mais devagar” (e terminou dando risada, com ar de vergonha por estar falando do médico com certa intimidade).

Assim, é importante saber quem são esses profissionais. O perfil dos médicos do PMM pode ser traçado a partir das respostas ao Formulário de Avaliação do PMM elaborado pela tutoria acadêmica. Considerando as respostas, mesmo que não contemple a totalidade dos médicos, foi possível identificar os profissionais que atuaram ou ainda estão atuando nos municípios paraibanos pelo Programa Mais Médicos.

Dos 167 respondentes ao questionário, 92 relataram ser do sexo feminino e 75 informaram ser do sexo masculino. Em relação à nacionalidade, a distribuição encontrada foi a seguinte: Argentina 1, Espanha 1; Uruguai 1; Venezuela 2; Cuba 69; Brasil 93.

Em relação às idades, o conjunto de profissionais na Paraíba tinha menos de 40 anos, com predomínio para a faixa etária entre 30 e 40 anos (36%). Esse grupo é seguido pelos médicos com idades entre 40 e 50 anos (26%). Mais de 14% dos profissionais vinculados ao PMM no estado tinham mais de 60 anos de idade, com percentual menor (8%) de médicos com menos de 30 anos de idade.

Os médicos vinculados ao PMM na Paraíba tinham em média 17 anos de formados, havendo dois grandes grupos, um com menos de 5 anos de graduação (49 profissionais) e outro entre 20 e 30 anos de formação (43 médicos). Quinze por cento dos médicos tinham mais de 30 anos de graduação. Entre 6 e 10 anos de formados, havia 21 profissionais, e entre 10 e 20 anos, 25 médicos.

Dos médicos que responderam o questionário, a maioria se formou em Cuba (79 médicos, sendo 8 brasileiros e 1 uruguaio) e no Brasil (78 profissionais); 2 se formaram na Argentina (1 brasileiro), 3 na Bolívia (3 brasileiros), 1 no Equador (brasileiro), 1 na Espanha e 3 na Venezuela (1 brasileiro).

Além da graduação em medicina, o questionário abordou a experiência de pós-graduação dos médicos vinculados ao PMM na Paraíba. O primeiro questionamento quanto a isso foi se os profissionais tinham realizado residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Essa questão, quando pensada para ser inserida no Formulário, trouxe o discurso dessa especialidade como a área médica preferencial para ocupação das vagas na Atenção Básica, por serem profissionais formados para esse nível de atenção e pelo fato de essa residência aparecer como um dos elementos centrais da política. Sessenta e quatro profissionais mencionaram ter feito a residência em MFC ou similar (em alguns países a especialidade tem outro nome, como Medicina General y Integral, em Cuba). Oito médicos responderam ter obtido o título¹⁴³ da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, porém, visitando o site dessa Sociedade médica, que disponibiliza uma plataforma de busca de todos os titulados, nenhum dos nomes aparece na lista, podendo

¹⁴³ O título é obtido mediante um concurso no qual o médico faz uma prova elaborada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e reconhecida pela Associação Médica Brasileira. Para se submeter à prova, o médico precisa comprovar no mínimo quatro anos de trabalho na Atenção Básica exercendo atribuições dos Médicos de Família e Comunidade. Apenas com o título, ou com o certificado de conclusão de uma Residência Médica credenciada na Comissão Nacional de Residência Médica, é que o profissional pode anunciar ser especialista na área. As especializações *lato sensu* em saúde da família não permitem o registro como especialista, servindo apenas para os meios acadêmicos.

representar que os profissionais que responderam positivamente à questão não compreenderam bem o que se perguntava ou interpretaram o título como um certificado obtido em algum curso de saúde da família. Noventa e cinco profissionais informaram não ter realizado residência alguma.

Outra questão importante foi sobre a formação em outra especialidade médica através da pós-graduação, além da Medicina de Família e Comunidade. Vinte e três profissionais responderam ter outra especialidade, conforme tabela abaixo:

Tabela 6 – Número de médicos do PMM por especialidade médica

Especialidade	Número de profissionais
Cirurgia general e do aparelho digestivo	1
Cirurgia geral	2
Clínica médica	4
Cardiologia	2
Neonatologia	1
Endocrinologia	1
Ginecologia e obstetrícia	1
Medicina preventiva e social	4
Título em obstetrícia	1
Neurologia	1
Oftalmologia	1
Pediatria	3
Psiquiatria	1

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação à formação acadêmica *stricto sensu*, 20 profissionais informaram ter titulação de mestrado, sendo 17 cubanos e 3 brasileiros. Nenhum dos 167 médicos que respondeu o questionário tinha título de doutor. Setenta e um médicos referiram ter cursado alguma especialização *lato sensu*. Dentre as áreas informadas, encontramos: saúde da família, medicina do trabalho, pneumologia sanitária, dermatologia, saúde pública, urgência e emergência, psiquiatria, saúde da mulher, gerência médica, educação superior e geriatria.

Apenas 13 médicos informaram que o Programa Mais Médicos era sua primeira atuação profissional na carreira, o que significa que 93% dos profissionais já tinham alguma experiência profissional antes de ingressar no Programa. Considerando essa experiência prévia, 150 médicos (89% dos que responderam o questionário) referiram já ter atuado na Atenção Básica. O tempo médio de trabalho dos médicos na Atenção Básica foi de 9 anos, sendo que 77 atuavam a menos de 5 anos (46%), 17 atuavam entre 5 e 10 anos, 37 tinham entre 10 e 20 anos de atuação, 31 entre 20 e 30 anos, e 5 médicos tinham mais de trinta anos de trabalho. Daqueles com mais de 20 anos de experiência profissional, a grande maioria era

de médicos cubanos (29), e 7 brasileiros tinham esse tempo de experiência. Dentre os médicos brasileiros, a maioria tinha até 10 anos de experiência de trabalho, sendo maior o número de médicos com menos de 5 anos, portanto uma força de trabalho jovem.

Um elemento que chamou atenção foi que 61 médicos vinculados ao PMM já haviam tido experiência de ensino com estudantes de graduação em medicina. Desses profissionais, 1 era brasileiro, 1 era argentino e os restantes 59 eram cubanos. Quando estive em Cuba para o Módulo de Acolhimento e Avaliação, o grupo de professores com os quais eu estava visitou alguns serviços de saúde. Praticamente todos os serviços de saúde cubanos são também de ensino, e cada profissional atuante acaba recebendo uma função docente ou de orientação de estudantes. Esse fenômeno também chamou atenção do grupo de supervisores, que chegou a discutir, no início do Programa, possibilidades de aproximar os estudantes de medicina das universidades paraibanas desses profissionais, no intuito de um intercâmbio e troca de experiências. Essa discussão não avançou, pois pareceu que representaria um problema político dentro das IES, cuja representação corporativa é significativa. No entanto, um médico cubano conseguiu ser vinculado como professor convidado em uma escola médica particular do estado que teve o curso reconhecido após o início do PMM, isso se deu em razão da aproximação da coordenadora do curso com o Programa e por ela ter acompanhado o trabalho desse profissional.

Além da experiência com acompanhamento de estudantes de graduação, todos os médicos cubanos que responderam o questionário informaram que já haviam participado de missões em outros países antes de virem ao Brasil para atuar no Programa Mais Médicos. Um médico argentino e um brasileiro também responderam já ter participado de missões internacionais, porém o brasileiro não informou a localidade onde se deu essa atuação. Os países citados pelos profissionais foram: Venezuela, Gambia, Bolívia, Haiti, Paquistão, Timor Leste, Guatemala, Honduras, Cabo Verde, Namíbia, Guiné-Bissau, Portugal e Espanha.

Agora já é possível ter uma ideia melhor de quem são esses profissionais que vieram para a Paraíba vinculados ao Programa Mais Médicos. Até esse momento do texto, apresentei o processo de alocação dos médicos (inscrição e validação), seu encaminhamento aos municípios (chegada), e sua apresentação ao gestor local e organização do início da vida na localidade. É a partir deste ponto que começam as relações entre médico e equipe de saúde, médico e outros médicos do município, médico e usuários. Em todas as relações cartografadas, foi preciso trabalhar sempre observando os fenômenos considerando médicos brasileiros e médicos cubanos, já que muitas relações eram diferentes dependendo dos atores envolvidos.

7.1 Os médicos, municípios e equipes de saúde

Após quase tudo resolvido¹⁴⁴ quanto aos aspectos documentais e de residência (nesse caso, dos médicos cubanos), é a vez da chegada do médico na Unidade Básica de Saúde. Na maioria das vezes, as equipes de saúde estavam sem profissional médico há alguns meses, portanto, a sensação da chegada de um médico, segundo alguns profissionais com os quais conversei, era de “tranquilidade”. Essa palavra me chamou atenção, e entendi que se tratava do fato de que, sem médico na equipe, os profissionais tinham que resolver “muitos problemas” de saúde dos usuários. Em quase todas as equipes que visitei, os profissionais haviam recebido a notícia de que o médico estava chegando e, em algumas localidades, já haviam marcado pacientes para o primeiro dia da chegada do profissional. Isso assinalou uma diferença entre a chegada dos médicos cubanos e a chegada dos médicos brasileiros. A maioria dos médicos cooperados era resistente a esse tipo de abordagem em que já teriam usuários para atender no primeiro dia de atuação na UBS. “Eles gostam de conhecer as pessoas primeiro, fazer visitas e saber como é a área”, contou-me uma coordenadora de Atenção Básica de um município que fica a 70 km de distância de João Pessoa. Não ouvi isso como problemática nos locais que receberam profissionais brasileiros. Quando visitei uma equipe onde trabalhava um médico cubano nesse município, o profissional já havia visitado pelo menos uma vez todas as casas da área de abrangência¹⁴⁵ de sua equipe no período de pouco mais de cinco meses de sua chegada à cidade, de acordo com a enfermeira da equipe.

Apesar da insatisfação de já terem usuários agendados no primeiro dia de trabalho na UBS, isso não representou um problema em termos negativos para os profissionais cooperados. Não ouvi, durante o trabalho de campo, o questionamento sobre “quantos pacientes o médico deve atender por dia”, queixa sempre presente nas visitas às unidades onde atuavam médicos brasileiros ou nas reuniões com esses profissionais. Essa é outra diferença que percebi na relação entre brasileiros e cubanos. O número de atendimentos foi uma das situações mais observadas durante a pesquisa, no que diz respeito às relações

¹⁴⁴ Na maioria dos municípios que visitei, os médicos começavam a atuar nas unidades quando a situação de permanência no local havia sido regularizada (casa já alugada, pronta para morar; documentação completa com registro no MS e carimbo para legitimar os atendimentos e outros documentos médicos). No entanto, percebi a partir das entrevistas com as “referências descentralizadas” e em três cidades onde pude realizar trabalho de campo, que era mais comum que os profissionais comessem a atender sem ainda ter uma residência definida. Nesses casos, a gestão municipal mantinha o médico em uma pousada ou na casa de algum membro da secretaria municipal de saúde, podendo ser, inclusive, o próprio secretário.

¹⁴⁵ A área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde é o território onde vivem as pessoas que estão vinculadas à equipe de saúde através do cadastro domiciliar. Ou seja, é a área sob responsabilidade de atuação de uma equipe de saúde da família.

médico-gestor e médico-usuário. Mas essa situação era trabalhada de maneira distinta conforme o profissional.

A maioria dos médicos brasileiros tentava negociar com a equipe e os gestores um número fixo de pessoas para atendimento, e solicitavam dos supervisores um posicionamento e até documentos que informassem aos gestores que deveria haver um limite. “Eles só querem quantidade, e não qualidade”, comentou uma médica que visitei referindo-se à gestão municipal. Muitos profissionais simplesmente definiam a quantidade, como uma médica que disse em um encontro locorregional atender dez pessoas por turno, porque era a quantidade de espaços que tinha na ficha do sistema de informação.

Outros profissionais brasileiros, aqueles que as gestões locais informavam ter perfil para Atenção Básica, tentavam atuar em conjunto com equipe de profissionais existente na UBS para organizar o acesso dos usuários aos atendimentos. Esses profissionais evitavam delimitar uma quantidade rígida de pessoas.

Assim também atuavam os médicos cubanos que acompanhei e que pude observar a partir dos relatos dos supervisores e de membros da CCE. Os cooperados eram caracterizados como aqueles que “não mandam nenhum paciente voltar”, atendendo todos que procuram. “Atendem inclusive usuários de outros médicos”, disse-me uma secretária de saúde de um município que fica entre João Pessoa e Campina Grande. Nessa ocasião, pude observar como é esse processo relatado pela secretária. Quando eu estava na Secretaria de Saúde desse município, em cujo prédio também funciona a UBS onde atuava um médico cubano, aguardando o profissional para conversar, soube que ele havia saído para uma visita domiciliar de urgência e ainda tinha alguns pacientes para atender. A enfermeira de uma outra equipe, na qual trabalhava um médico brasileiro contratado como prestador de serviço, ligou para a Secretaria de Saúde para solicitar a realização de um atendimento para uma paciente que cortara o dedo e precisava de pontos. O médico da equipe disse que não fazia esse tipo de atendimento (suturar/dar pontos) na UBS, e que teria que encaminhar a paciente para o hospital. Falando com a enfermeira, a secretária de saúde disse que falaria com o médico cubano e que ele “faria os pontos”, pois ele já fez isso outras vezes. “Fazer pontos” é uma atribuição do médico que trabalha na Atenção Básica e é um procedimento que deveria ser aprendido na graduação de medicina. Como já dito antes, há profissionais que veem a Atenção Básica como local de baixa possibilidade de resolução dos problemas das pessoas, fato causado por esses próprios profissionais.

Essa característica de “atender todo mundo” sempre foi muito positivamente ressaltada pelos gestores municipais. Alguns deles chegavam a mencionar que “se pudesse, manteria

apenas médicos cubanos nas unidades do município”, e um secretário de saúde “chegou a ligar para o Ministério da Saúde” solicitando isso.

Por parte de todos os médicos, brasileiros e cubanos, independentemente de como lidam com a quantidade de pessoas para atender, o excesso de consultas por dia foi um dos problemas mais comentados. A intensa demanda, como se fala na linguagem da saúde, provocava, segundo muitos médicos com quem conversei ou que ouvi falando em reuniões do Programa, “angústia”, “cansaço”, “estresse” e “vontade de sair”. Os cooperados tinham um discurso mais comedido quanto a isso, talvez porque a vinculação fosse diferente e por haver o receio de retorno precoce a Cuba. Mas, além da quantidade, havia um fator que contribuía para piorar o problema: a falta de entendimento da gestão local.

Dois situações passaram a se repetir com a participação dos médicos cubanos nos municípios, no que diz respeito à demanda por atendimentos. A primeira foi que na maioria dos municípios os médicos trabalhavam três dias na semana, quatro dias em alguns poucos locais, em alguns dias só permaneciam os “cooperados” para atenderem a população. Em um município que visitei, com sete equipes de saúde, apenas o médico cubano do Mais Médicos trabalhava nas sextas-feiras, conforme já mencionado anteriormente. Os outros seis profissionais contratados tinham “folga” nesse dia, o que gerava sobrecarga para o médico do PMM, que tinha que atender usuários de mais seis equipes além da dele. Vendo isso, em conversa com a Secretária de Saúde, sugeri que fosse feito um rodízio dos dias de folga dos médicos para que sempre houve cinco ou seis médicos na cidade todos os dias, diminuindo a possibilidade de sobrecarga em apenas um profissional.

A segunda situação, mais comum no início do Programa, foi a solicitação para os cooperados atenderem fora do horário de trabalho, à noite e nos finais de semana. Em um município do sertão, o secretário de saúde chegou a pedir para um carro levar um paciente na casa do médico durante a madrugada para atendimento. Para alguns gestores, como o médico cubano passou a residir no município, havia possibilidade de solicitá-lo para realizar atendimentos a qualquer hora e todos os dias da semana. Dois processos contribuíram para diminuir essa cobrança por parte dos gestores: primeiramente, com a maior presença dos supervisores junto aos médicos, esse tema do atendimento fora do horário de trabalho foi pauta de diversas reuniões com os gestores; em segundo lugar, os profissionais passaram a organizar encontros nos finais de semana, e às vezes não estavam no município. Um dos médicos cubanos que acompanhei me explicou como eram esses encontros:

No final de semana passado fui para a casa do Dr. Médico, que eu sabia que estava em uma cidade aqui perto. Lá encontrei outros médicos conhecidos. Fizemos almoço e alguns até dançaram. Eu não gosto muito de dança, mas foi bom o almoço. Sempre que podemos, fazemos isso. Juntamos um grupo de cubanos em um município para passar o final de semana (DIÁRIO DE CAMPO, 15 de setembro de 2015).

Segundo o médico, esses encontros eram “bons para fazer coisas diferentes” e “para amenizar a saudade da família”. Em uma outra cidade que visitei, os próprios funcionários da secretaria de saúde levavam o médico “cooperado” para momentos de socialização nos finais de semana. Foram almoços, festas em outras cidades e churrascos dos quais o médico participou, convidado por alguns membros da Secretaria de Saúde. Nesse caso, notei a relação muito próxima entre o médico e os funcionários, com compartilhamento de brincadeiras e amizade.

O que mais me chamou atenção nessa relação dos gestores com os médicos cubanos foi os primeiros pensarem que podiam fazer exigências de atendimento fora do horário. Pelo lado dos gestores, observei a ideia de que “o cubano aceita mais”, que “faz mais coisas sem reclamar”, havendo permissão para a cobrança maior. É como se houvesse no imaginário o seguinte pensamento: como o médico já mora aqui na cidade e nós damos o auxílio para ele, temos o direito de cobrar além dos atendimentos na unidade de saúde. Havia uma dupla visão dos gestores em relação aos médicos cubanos, nesse aspecto do atendimento e da carga horária: por um lado, era considerado positivo não haver necessidade de negociação e os profissionais eram “mais disponíveis”, e, por outro, parecia ser “permitida” uma cobrança maior.

Essa cobrança, no entanto, apresentava-se mais como uma forma de mudança nas relações de poder. Nas relações com os médicos brasileiros, os gestores municipais colocavam-se em uma posição de menor poder, aceitando mais o que era “barganhado” pelos profissionais, já que “é melhor ter um médico dois ou três dias do que não ter nenhum”. Isso ocorria mais com profissionais que eram contratados, mas não era raro com profissionais do Programa. Já em relação aos cubanos, como a vinculação desses profissionais é com a OPAS e há o aparato normativo e institucional do PMM, parece que os gestores se portavam como mais fortalecidos.

A relação do gestor com os médicos era desigual. O médico brasileiro tinha mais poder de barganha em relação ao cubano, de modo que esse último é, simbolicamente, colocado em situação de inferioridade (BOURDIEU, 2011). Isso significa também que não se

trata apenas de relações entre indivíduos, no sentido de que a interlocução com médicos brasileiros é também uma relação com a corporação profissional. Essas relações eram diferentes daquelas que ocorriam com os “cooperados”, que não são “reconhecidos” e não recebem o poder/*status* proveniente da corporação.

Após a chegada ao município e o começo das relações com os gestores e funcionários da gestão local, os médicos iniciam suas trajetórias nas equipes de saúde. Os primeiros dias, segundo os médicos que visitei, são sempre “turbulentos”, pois as pessoas recebem a notícia da chegada do profissional e passam a procurar a unidade de saúde. Mesmo a saúde da família sendo composta por diversos profissionais, a ausência do médico promove menor procura dos usuários pelos serviços da UBS. Por mais que a área da saúde coletiva discuta a mudança do paradigma de atenção à saúde com o deslocamento da atuação do profissional médico para um centrado no usuário, com maior envolvimento da equipe multiprofissional, como dizem Franco, Bueno e Merhy (1999), observei que, na maioria das UBS visitadas, quando os médicos não estavam presentes (o que ocorreu quando fui à unidade sem saber que o profissional estava de férias ou em atividade externa), a unidade de saúde se encontrava vazia. Os profissionais das equipes diziam que “as pessoas vêm procurar o médico, e quando sabem que não tem, deixam de vir”. Esse fato contribui para a manutenção do poder profissional e abre o espaço para a negociação que descrevi anteriormente, assim como reforça o modelo médico-centrado.

Uma situação que acompanhei em um município próximo à Campina Grande foi que os trabalhadores da equipe de saúde, antes da chegada do médico do PMM, finalizavam o expediente de trabalho às 15 horas, “às vezes antes”, mesmo tendo feita a parada para o almoço. Com a inserção do médico cubano, os profissionais passaram a sair após as 17 horas, horário oficial mencionado pela Secretaria de Saúde do município. Nas reuniões de supervisores das quais participei, observei que isso não era incomum, tanto que em algumas localidades chegava-se a ter reclamações de outros profissionais das equipes de saúde em relação à mudança no horário de trabalho após a chegada do médico.

Em um município próximo de João Pessoa, enquanto o médico terminava os atendimentos, eu observava o trabalho da equipe e conversava com a enfermeira. Quando abordei o assunto da mudança no horário, a profissional comentou:

Como o posto é pequeno, os trabalhadores fazem horário corrido e terminam o expediente no máximo às 15 horas, parando para o almoço. Com a chegada do médico, a rotina da equipe foi alterada, pois o médico chega muito cedo e só deixa o

posto perto das 17 horas. Esse fato fez com que a enfermeira emitisse comentários sobre essa atitude do médico – “nós não somos obrigados a seguir do jeito que ele faz”; “já trabalhávamos desse jeito (fazendo horário até às 15 horas) há bastante tempo, inclusive é assim em todas as unidades da cidade” (Enfermeira da UBS; DIÁRIO DE CAMPO, 13 de maio de 2014).

É importante ressaltar que esse fenômeno era mais comumente observado em locais onde estavam atuando médicos cooperados, diferentemente do que ocorre com médicos brasileiros que se adaptam aos “esquemas” de horários já existentes. Esse elemento chama atenção, pois o serviço de saúde representa um dos primeiros locais de procura dos usuários em caso de necessidade e deveria estar ofertando atendimento em todo o horário de funcionamento. Em geral, a população vinculada à UBS tenta se adaptar aos horários definidos pelos profissionais da unidade.

O fato de os profissionais terem uma prática instituída quanto ao horário de trabalho chegou a gerar conflito dentro das equipes, com três situações observadas: na primeira, vista em poucas localidades, os profissionais das equipes, especialmente da enfermagem, faziam resistência ao que era solicitado pelo médico, e, às vezes, reclamavam diretamente para a Secretaria de Saúde no intuito de enfraquecer o profissional diante da gestão; a segunda situação, mais comum e que tendia a ocorrer com o passar do tempo de convivência em equipe, era uma readaptação da equipe em relação ao horário oficial de trabalho; e a terceira correspondeu à adaptação do médico ao horário praticado pela equipe, portanto não cumprindo o horário normativo. Essa última situação foi mais vista em locais onde atuavam profissionais brasileiros, mas também observei em municípios onde trabalhavam médicos cooperados. No caso dos cubanos, percebi que havia uma tentativa de se “vincular”, fazer-se “mais igual”, deixar de ser *outsider*, na lógica de Elias e Scotson (2000).

Nota-se nesse contexto, diferentes relações entre os médicos cubanos e os profissionais de enfermagem. Assim, duas situações foram predominantes: uma, observada durante o trabalho de campo, foi a oferta de apoio à adaptação do médico à cidade e ao posto de saúde, inclusive em relação ao idioma; e a outra correspondeu a um posicionamento de resistência às mudanças que a chegada do médico provocou no processo de trabalho das equipes.

Não foi apenas a questão do horário que chegou a gerar conflito com a equipe de saúde. Houve também a forma diferente de perceber a Atenção Básica, expressa na intensão de visitar todas as pessoas cadastradas, como mencionei antes, e, principalmente, na

solicitação de informações que não faziam parte do que já era produzido pelos profissionais das equipes. Por um tempo, os médicos do PMM precisavam enviar mensalmente um conjunto de informações sobre os atendimentos que realizaram e sobre as características das equipes e dos usuários. Geralmente, os profissionais solicitavam essas informações da enfermagem, o que era visto como “tarefa extra”. Após uma visita a uma equipe de saúde, registrei no diário de campo:

Na conversa com a enfermeira da unidade, ela havia falado em tom de reclamação que o médico fica solicitando dados diferentes dos que a equipe tem que produzir. Essa diferença ocorre pelo fato do médico já estar anotando os dados do novo sistema (e-SUS) do Ministério da Saúde, enquanto a equipe ainda coleta os dados do sistema antigo. Diante disso, a ideia foi que a equipe do PSF 1, onde atua o médico cubano, fosse capacitada pela secretaria de saúde para o novo sistema (DIÁRIO DE CAMPO, 22 de setembro de 2015).

Apesar da existência desses relatos de conflitos entre médicos cooperados e profissionais das equipes, observei que eles não eram predominantes, e sim uma relação de trabalho em equipe “harmoniosa” e “tranquila”, como ouvi de vários profissionais. Muitas enfermeiras com as quais conversei informaram que o trabalho “corria bem” e que não percebiam diferenças técnicas entre os profissionais brasileiros e cooperados. Uma enfermeira que trabalhava em um município próximo a João Pessoa mencionou que achava o médico “muito atencioso” com os pacientes e que nunca houve reclamações por parte dos usuários. Disse também que não vê diferenças entre o atendimento dele e dos médicos brasileiros quanto à técnica, além do fato de ele fazer mais do que alguns brasileiros, como “sutura”.

No âmbito das relações de poder entre médicos e enfermeiros, as relações variavam em conformidade com o perfil dos atores envolvidos. Havia aquele profissional médico brasileiro que chegava à unidade de saúde para atender as pessoas e ir embora. Esse definia a quantidade de pessoas que iria atender e deixava a responsabilidade quanto ao modo como isso iria ocorrer, o modo de “enfrentar a população”, para a enfermagem. Observei isso principalmente em profissionais de mais idade.

Havia também o médico que conseguia realizar o trabalho mais próximo da equipe, mas mantinha o discurso de que a enfermagem “não faz nada” e que “tudo recai sobre ele”, que “só o médico toma decisões importantes”. Tive contato com esse profissional em várias unidades que visitei representado por médicos mais jovens que não tendem a enrijecer em

relação ao quantitativo de pacientes atendidos, mas que cobram mais atuação da enfermagem. Em uma visita que fiz registrei o seguinte no diário de campo:

O conflito com a enfermeira, referido pelo médico, já foi visualizado em outras unidades. Parece que os profissionais da enfermagem desenvolvem um processo de trabalho muito voltado para aspectos administrativos e para situações programadas de grupos específicos (DIÁRIO DE CAMPO, 27 de maio de 2014).

Em outra ocasião, em um município distinto:

O profissional informa que se sente muito sobrecarregado. Fala que a enfermeira só faz praticamente “citológico” e “pré-natal”. São dois dias para casa coisa dessas. Com um dia de reunião, não atende praticamente nenhuma pessoa que chega na unidade que não esteja agendada (DIÁRIO DE CAMPO, 7 de junho de 2016).

Essa situação realmente foi bastante observada, principalmente a partir da fala de profissionais brasileiros. Isso demonstra que a relação entre médicos e enfermeiros é um constante jogo de disputas e poderes que extrapola os indivíduos, já que existe uma disputa profissional. As definições de atribuições dos enfermeiros estão definidas em lei federal (Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 e Decreto nº 94406 de 8 de junho de 1987), e há um movimento da corporação médica para determinar quais são essas atribuições a partir da lógica da medicina, também definido na lei (Lei do Ato Médico, nº 12842 de 10 de julho de 2013). Nesse contexto normativo, aparece a ambivalência no discurso médico, trazendo, por um lado, a defesa da corporação em definir a atuação de outro profissional, e, por outro, a expectativa de que a enfermagem faça mais.

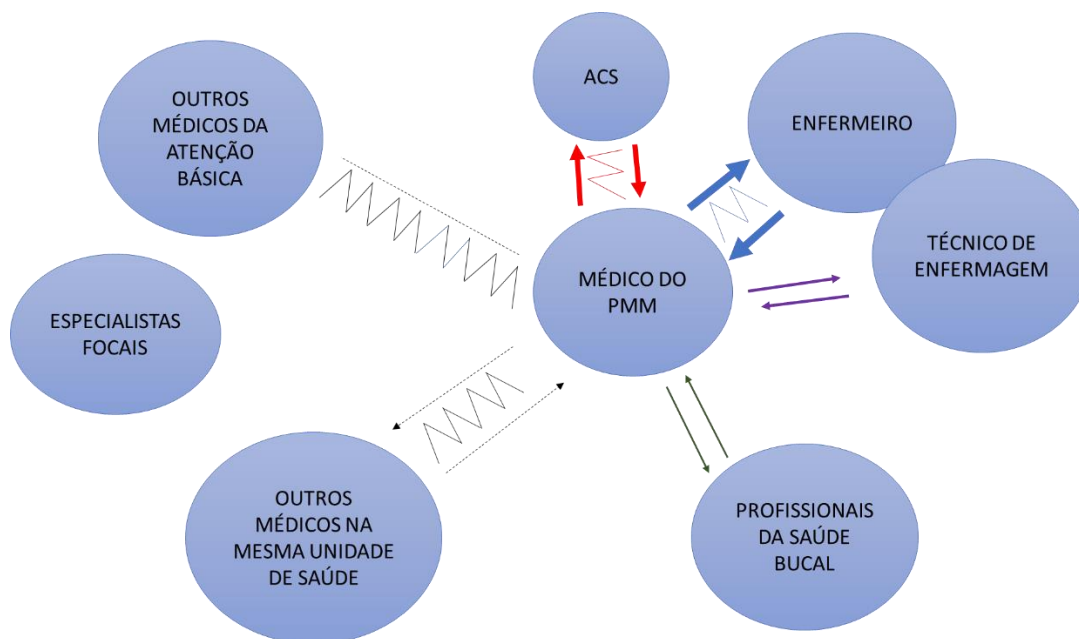
No que diz respeito aos médicos cubanos, percebi que houve uma surpresa no início do Programa, em virtude do conjunto de ações que os profissionais da enfermagem podem executar na Atenção Básica. Dotados de uma formação e uma prática bastante hierarquizada no que concerne à relação médico-enfermeiro, os cooperados relatavam certo estranhamento diante de algumas ações da enfermagem como prescrever anticoncepcionais ou tratamento para doenças sexualmente transmissíveis. Em Cuba, quando estive acompanhando o Módulo de Acolhimento e Avaliação, foi possível perceber essa hierarquia profissional em algumas visitas feitas a serviços de saúde, apesar de haver um trabalho organizado e respeitoso. Entretanto, não pareceu demorar para que os médicos se adaptassem a esse papel da enfermagem na Atenção Básica brasileira.

A relação médico-enfermeiro é a que ocorre mais intensamente nas unidades de saúde da família, sendo estes os dois profissionais considerados centrais na Atenção Básica. Também pude observar as relações dos médicos com os demais profissionais das equipes, como agentes comunitários de saúde (ACS) e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal). No caso da saúde bucal, a relação parece mais distante. Apesar de haver um discurso normativo na política da saúde da família sobre a integração entre os profissionais, o consultório odontológico funciona quase separado da UBS. Na maioria das unidades que visitei, muitos processos ocorriam separadamente, como a “fila para o médico ou para a enfermeira” e a “fila para o dentista”.

Na relação com os ACS, a interação era mais frequente do que com os odontólogos. Pelo menos em duas situações pude observá-las: 1. Nas visitas domiciliares, nas quais os médicos sempre iam acompanhados por um ACS e em quase todos os locais eram estes últimos que definiam a ordem das visitas; e 2. Na unidade de saúde quando o agente comunitário precisava relatar uma situação ou pedir algo para um usuário. Em geral, os médicos, não mencionaram problemas nas relações com os ACS, tampouco esses profissionais relataram a presença de conflito com os médicos. Houve duas situações, nessa relação médico-ACS, que chamaram atenção. A primeira foi uma denúncia feita na Secretaria de Saúde por uma médica que atuava em um município próximo a João Pessoa de que os ACS não estavam trabalhando, pois não estavam na unidade e ela soube que tinham outro emprego no mesmo horário da Atenção Básica. Essa médica passou a ter muita dificuldade no trabalho, decorrente de uma micropolítica na unidade de saúde e na comunidade, em que os ACS falavam mal da profissional do PMM, uma brasileira formada em Cuba. A outra situação foi que muitos médicos informaram que os ACS “não fazem as visitas”, que “ficam muito tempo na unidade de saúde e não conhecem as pessoas da sua área”. De fato, sempre que eu estava em uma unidade, percebia que alguns agentes de saúde permaneciam lá todo o tempo, o que era mais comum em municípios maiores e em UBS na zona urbana.

Para resumir o complexo dessas relações, elaborei a figura abaixo. As setas da figura indicam as direções das relações, e a espessura indica a intensidade ou proximidade. As linhas tracejadas expressam relações fracas, e a linha serrilhada expressa a existência de conflitos. É importante deixar claro que a figura apresenta uma visão geral dos locais pelos quais passei, podendo variar em função da localidade.

Figura 11 – Cartografia das relações entre os médicos do PMM e profissionais das equipes de saúde e outros médicos no município



Fonte: Elaborado pelo autor

Nota-se pela figura que as relações mais fracas ocorrem entre os médicos do PMM e os demais médicos. É possível perceber ainda que há uma diferença dependendo de onde esses médicos atuam. A relação mais distante, quase exclusivamente mediada por um papel de “encaminhamento”, ocorre entre os profissionais do PMM que atuam nas UBS e os profissionais que atuam nos níveis secundários ou terciários do sistema de saúde. Esses médicos geralmente são os chamados especialistas focais. A relação desses especialistas com os médicos do Mais Médicos se resume a receber o usuário encaminhado para uma consulta.

Algumas situações de aproximação que ocorreram em encontros de supervisão locorregional no sertão do estado, foi que alguns especialistas focais foram convidados para ofertar treinamentos para os médicos da Atenção Básica vinculados ao Programa Mais Médicos. Pelo que observei, a partir dos relatos dos médicos do PMM, com ênfase nos “cooperados”, não houve problemas em relação aos especialistas focais, no sentido de se negarem a fazer a consulta quando o paciente foi encaminhado por um cubano – essa foi uma hipótese que formulei no início do Programa e que não foi observada no campo.

Minha expectativa era de que haveria uma resistência no nível secundário de atenção aos encaminhamentos de profissionais do PMM, o que não se deu explicitamente. Algumas situações podem explicar a aceitação dos encaminhamentos, não significando, todavia, que os especialistas focais não apresentavam resistência ao programa, já que foi nesse grupo que

apareceram algumas críticas diretas ao PMM, no seu início, representadas por uma relação “estabelecidos-*outsiders*”.

Como muitos outros estabelecidos, sentiram-se expostos a um ataque tríplice – contra seu monopólio das fontes de poder, contra seu carisma coletivo e contra suas normas grupais. Repeliram o que vivenciaram como um ataque, cerrando suas fileiras contra os recém-chegados, excluindo-os e humilhando-os (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 50).

A esse respeito, algumas reações foram significativas, por exemplo, na tentativa de “humilhação”: um médico de um hospital (nível terciário) que fica em um município próximo a Campina Grande fez um vídeo de um paciente mostrando uma ferida na perna e pedindo para a pessoa falar o que ocorrera na ocasião de um atendimento anterior por um médico cooperado. O profissional quis informar que a “culpa” pela piora da ferida havia sido do profissional cubano.

Assim, uma dessas explicações da “não negativa” é o fato de que os profissionais, muitas vezes, recebem por quantidade de pacientes atendidos, então negar um atendimento implicaria perda de dinheiro. Outra explicação é a relação distante desses especialistas com a Atenção Básica de forma geral. Apesar de todos os instrumentos normativos do sistema de saúde brasileiro voltarem-se para a construção de redes de atenção à saúde, a comunicação entre os níveis de atenção, de maneira oficial, ainda é muito frágil ou inexistente em algumas localidades. Portanto, a relação distante entre os médicos do PMM e o que chamei de “outros médicos” não é limitada aos profissionais cubanos.

Quando nos aproximamos da Atenção Básica, passa a ocorrer alguma relação. Na maioria das vezes, pude perceber que essas relações se dão em reuniões promovidas pelas secretarias de saúde para a realização de algum tipo de treinamento clínico ou para apresentar algum aspecto do funcionamento da rede de saúde. Acompanhei três situações dessa natureza, além de ter ouvido dos supervisores que isso também se passava em outros locais. A primeira situação foi o treinamento sobre Zika, ofertado pela Secretaria de Saúde de João Pessoa, no qual estavam presentes vários médicos da Atenção Básica, não apenas os vinculados ao PMM. A outra situação ocorreu em Mamanguape, em um treinamento para apresentação de um protocolo de encaminhamento para especialistas em endocrinologia. A terceira situação foi uma reunião organizada pela Secretaria de Saúde de Cruz do Espírito Santo, cujo tema era acolhimento e acesso das pessoas às UBS, momento em que participaram os dois médicos cubanos do PMM e três médicas brasileiras contratadas pela prefeitura. Em todas as situações,

as atividades ocorreram tranquilamente, sem manifestação de conflitos entre médicos do Programa e os “outros médicos da Atenção Básica”.

Apesar de não ter presenciado manifestações de resistência ao Programa nesses espaços de treinamento ou reuniões, o exercício da pesquisa permitiu observar outras formas de resistência. Em geral, não notei questionamentos em relação à atuação técnica dos médicos vinculados ao Mais Médicos, considerando principalmente os médicos cubanos. Duas modalidades apareceram como estratégias de expressão da insatisfação dos médicos brasileiros contratados: queixa sobre o valor do salário e informação de que “estava mais difícil ser contratado”.

Em relação aos salários reclamados pelos médicos brasileiros “contratados”, o discurso era de que o Ministério da Saúde “não valorizava verdadeiramente” os profissionais da Atenção Básica, pois “paga uma bolsa de dez mil reais para médicos do Mais Médicos e o salário dos concursados e prestadores continua baixo”. Diante disso, surgiu o elemento que chamou atenção: os profissionais passaram a comunicar frequentemente que, como não recebiam o mesmo valor dos médicos do PMM, “não fariam o mesmo número de atendimentos” e “não trabalhariam o mesmo número de dias”. Assim, esses atores elaboraram uma justificativa para o trabalho em apenas três dias da semana. Em visita a uma médica brasileira do Programa, registrei no diário de campo:

A médica disse que alguns trabalhadores já ouviram os outros médicos dizendo que deveriam trabalhar menos por não receberem o mesmo que ela (o salário dos médicos contratados pela prefeitura é menor que a bolsa recebida pelos médicos do Programa). Os médicos frequentemente negam atendimentos ou transcrição de receitas dos pacientes da área dela (que está no MM). Ela diz que os médicos das outras equipes atendem menos que ela (DIÁRIO DE CAMPO, 16 de dezembro de 2014).

Essa diferença salarial, no entanto, não gerou um movimento oficial por parte dos médicos “contratados”, como, por exemplo, greves, levando a considerar que tenha facilitado os processos de “negociação” referidos anteriormente. O que ocorria era o seguinte: o médico procurava o município para ser contratado; o município anunciava o valor do salário; o médico informava que pelo valor anunciado só seria possível trabalhar três dias por semana; o município, não tendo outro profissional que se dispusesse a trabalhar por aquele valor, aceita os termos do profissional pelo número de dias negociado. Segundo os gestores que

acompanhei, não seria possível pagar um contrato no mesmo valor líquido da bolsa do Programa, portanto “os médicos ficavam com resistência em aceitar o valor oferecido”.

Ao mesmo tempo que os gestores se sentiram fortalecidos para exigir um cumprimento de carga horária maior que três dias semanais, houve um inflacionamento do salário desejado pelos médicos que procuravam emprego na Atenção Básica. O provento almejado passou a ser calculado com base nos 10 mil reais. Como atuo na docência com estudantes em fase final de formação, cheguei a ouvir diversas vezes que o valor inicial 10 mil reais para começo de carreira, conseguido através da bolsa do PMM, era “bom”. Ou seja, R\$ 10.000,00 passou a ser o valor considerado o inicial.

Outro aspecto da resistência por parte dos “outros médicos da Atenção Básica” a informação de que, com o Programa, estava mais difícil conseguir ser contratado. Profissionais recém-formados mencionaram que “tinham que entrar em contato com vários locais para conseguir o emprego”. Esse fenômeno pode ter diversas possibilidades de análise: com o PMM, os municípios estavam conseguindo exigir mais o cumprimento de carga horária de quatro dias por semana, então os profissionais que almejavam contrato tinham que buscar outros municípios para manter um contrato de três dias, que continuam sendo muitos locais que ainda mantêm essa vinculação; as vagas remanescentes nos municípios, mesmo com algumas já ocupadas por médicos do Mais Médicos, geralmente eram as que ficavam nas áreas mais difíceis, portanto não escolhidas por brasileiros contratados; os salários oferecidos pelos municípios não eram atrativos para os médicos que procuravam trabalho na Atenção Básica. Essas possibilidades levaram ao aumento da adesão de profissionais ao Programa Mais Médicos, no intuito de iniciarem a carreira, no caso dos ingressantes na profissão, com um recebimento considerado adequado e seguro, em razão da vinculação federal.

Nas unidades de saúde, a relação entre os médicos do PMM e “outros médicos na mesma unidade de saúde” gerou um estranhamento. Nas unidades que visitei e que contavam com mais de uma equipe de saúde, condição que não é predominante no estado da Paraíba, sendo mais comum em João Pessoa, além das críticas à diferença dos salários não percebi manifestações de resistência dos médicos “contratados” aos médicos do PMM. Uma explicação possível seria: já que não existem muitas unidades chamadas de “integradas” – onde trabalha mais de uma equipe de saúde da família –, não haveria relação médico-médico no mesmo local. Apenas em um município que visitei, além da capital, contava com uma “equipe dupla”, na qual atuava um médico brasileiro “contratado”, um anestesologista aposentado com 76 anos de idade, e um médico cubano. Nessa UBS, os dois médicos apenas trocavam cumprimentos. Quando um não estava no posto, o outro ficava responsável em

atender os pacientes. O médico brasileiro ficava na unidade três dias por semana, então havia um dia que apenas o cooperado trabalhava. Não havia uma relação de trabalho para além disso.

Em outras “unidades integradas” onde estive durante o trabalho de campo, mesmo com ocupação apenas por médicos brasileiros, as relações não eram diferentes das descritas acima. Ou seja, não passava muito da troca de cumprimentos entre os profissionais. Depois de observar esse fenômeno em várias unidades, registrei no diário de campo:

Hoje estive em uma reunião de equipe de uma unidade integrada. São quatro equipes trabalhando no mesmo prédio. Apenas dois médicos estavam na reunião, uma médica do PMM, brasileira, e um médico prestador de serviço (obstetra aposentado). Os profissionais se cumprimentaram, sentaram-se cada um perto dos trabalhadores de sua equipe e não falaram nada durante toda a reunião. Apenas uma vez a médica do Mais Médico mencionou algo sobre umas receitas. A sensação que fiquei foi de que eles mal se conhecem, mesmo estando na mesma UBS há mais de um ano. Não percebi trabalho conjunto, como se um não existisse para o outro (DIÁRIO DE CAMPO, 12 de agosto de 2016).

Nesse contexto, percebi que o problema não era a relação estabelecida entre médicos “contratados” e médicos vinculados ao PMM, mas entre profissionais médicos de maneira geral. Peduzzi (2001), em um artigo elaborado a partir de sua tese de doutorado, encontrou tipologias do trabalho em equipe. Segundo a autora, o que observei nas unidades integradas seria caracterizado como uma equipe do tipo agrupamento de agentes, na qual a comunicação é externa ao trabalho e ocorre apenas por questões pessoais (cumprimentos) e o trabalho é executado de forma fragmentada sem compartilhamento de ações e com autonomia técnica.

Como o processo de formação médica visa introduzir as noções de autonomia da profissão, e ainda existe um ideal de ação liberal por parte da corporação médica e de muitos médicos, tais fatores podem ser responsáveis por ocasionar as dificuldades de um trabalho colaborativo entre médicos, como “se cada um não opinasse sobre o trabalho do outro”, como mencionou uma médica do PMM que acompanhei.

Além das relações médico-médico, também pude observar, durante o trabalho de campo, as relações médico-usuário ou médico-paciente, como é comum no linguajar da profissão. Nesse contexto de relações, identifiquei três situações, considerando a trajetória profissional: “antigos”, médicos “mais novos” e médicos cubanos.

Essa denominação dos profissionais, “antigos” e “mais novos”, se refere a médicos brasileiros e é proveniente principalmente da fala dos atores vinculados ao PMM, como as referências descentralizadas e alguns supervisores. A base classificatória é a idade das pessoas e o tempo de trabalho. Novamente, é preciso dizer que ocorrem situações singulares que não estão enquadradas nessas tipologias, uma vez que elas representam a ideia geral dos atores. A situação que exemplifiquei – do médico cubano que faria a sutura do paciente de outra unidade – envolvia um médico brasileiro recém-formado.

O significado das categorias está associado ao quanto os profissionais fazem durante os atendimentos e ao quanto “resolvem”. A impressão geral dos atores é de que os médicos “mais novos” conseguem resolver mais problemas e encaminham menos os pacientes para consultas com especialistas focais do que os médicos “antigos”. A explicação dada a partir das opiniões dos atores parte da compreensão de os profissionais “antigos” “já terem se acomodado” e também “possuírem uma especialidade que não é perfil de Atenção Básica”.

Para os usuários, a representação de que o médico era “bom” e mantinha uma boa relação médico-paciente apareceu associada principalmente à disponibilidade para o atendimento – “ele me atende a hora que eu chegar”, e a atenção dispendida pelo profissional – “ele é muito bom, é muito atencioso”. Observando a partir dessa perspectiva do usuário, não notei muita diferença entre os médicos “antigos” e “mais novos”.

Chamou atenção, no entanto, a percepção da diferença entre esses profissionais e os médicos cubanos. O elemento “atencioso” foi o que mais observei a partir de todos os atores com os quais interagi durante a pesquisa. Em uma visita que fiz a um município próximo a Campina Grande, registrei:

A coordenadora de atenção básica informou que às vezes a população relata que não compreende bem o que o médico fala, e que precisa perguntar para a enfermeira depois que sai da consulta. No entanto, a informação que as pessoas acham ele atencioso e nunca nega atendimento também foi bem relatado (DIÁRIO DE CAMPO, 23 de abril de 2014).

Em outro município, a secretária de saúde mencionou:

A médica amarrou a cadeira dos pacientes ao lado do birô. O birô não fica entre a médica e os pacientes. Com a cadeira ao lado, os pacientes ficam mais próximos da médica. No começo, todos acharam estranho, mas depois acabaram se acostumando. Todos dizem que ela é muito atenciosa (DIÁRIO DE CAMPO, 17 de outubro de 2016).

Essa atenção esteve muito relacionada a “olhar nos olhos”, “examinar”, “tocar nas pessoas”, “deixar as pessoas falarem”. Esses elementos informam o que Bonet (2014) explica como uma tentativa de desviar de uma ação médica voltada para a doença para uma ação voltada para a pessoa, quando explica o que seria o médico de família. É essa característica, também, que justifica a fala de alguns atores quando dizem que os médicos cubanos têm “perfil” para a Atenção Básica.

Em relação aos aspectos técnicos, da prática médica, não observei diferença significativa entre os médicos brasileiros e cubanos que acompanhei. Como comentou Gomes (2016), os cubanos não deixam se seguir a lógica da biomedicina, porém constituíam um outro tipo de relação com as pessoas, que presencio quando observo atendimentos feitos por médicos de família e comunidade com formação específica na área.

Essa atuação, voltada para as pessoas, com responsabilização pelo cumprimento dos horários e atendimento de todos que procuram a UBS, representa uma forma de atuação profissional que se distancia da prática embasada em um saber burocrático. Perrusi (2000) explica que esse saber não necessita, por princípio, de um sistema de valores como a vocação. Num ambiente completamente burocratizado, o funcionário efetua o seu trabalho sem que nele precise investir ou realizar a sua identidade pessoal. Assim, aqueles profissionais que limitam os atendimentos sem explicação, atendem rápido e vão embora, não consideram tudo o que as pessoas têm a dizer e focam exclusivamente a técnica, atuam sob a lógica da burocracia. Esta seria a prática do trabalho morto, como assinalado por Merhy (2002).

É possível dizer que a lógica de formação do profissional cubano, voltada para a Atenção Primária e a medicina preventiva, associada à constituição social de Cuba e ao processo de internacionalismo médico, possibilita uma visão sobre a medicina diferente, como uma vocação para o social.

A vocação e a responsabilidade profissional, assim, seriam vistas de maneiras diferentes segundo o segmento ao qual pertence o médico, e conforme a sua disposição em relação ao saber médico. A responsabilidade profissional, por exemplo, é percebida pelo médico geralmente como uma construção individual surgida da sua interação com o paciente. Tal percepção é facilitada nas situações onde domina uma concepção liberal da profissão ou uma concepção nosológica centrada na interação médico/paciente, como as de cunho psicanalítico. Nas situações nas quais a medicina faz parte de uma política pública e onde predomina uma concepção nosológica de cunho sociológico, a responsabilidade tem uma índole social (PERRUSI, 2000, p. 82).

É essa responsabilidade com índole social que faz o médico cubano querer visitar todas as pessoas da área de abrangência da UBS pelo menos uma vez, “amarrar” a cadeira ao lado do birô para ficar mais perto dos pacientes durante a consulta, atender todas as pessoas que chegam procurando consulta, ter interesse em resolver mais problemas na Atenção Básica sem precisar encaminhar para outros níveis de atenção.

Sobre esse elemento, um dos tutores que entrevistei mencionou que “aproveitamos pouco os médicos cubanos”: “Talvez devido aos conflitos políticos, não conseguimos utilizar mais o que esses profissionais trouxeram, no intuito de produzir mudança efetivas na Atenção Básica da Paraíba”.

7.2 Os médicos e suas condições de trabalho

Outro elemento que chamou atenção na ida aos municípios está relacionado com a estrutura da Atenção Básica, para além da disponibilidade de alguns medicamentos ou equipamentos. Em todas as localidades onde estive, visualizei problemas significativos na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde: algumas muito pequenas, com infiltrações nas paredes, sem salas adequadas para as ações em saúde, tendo que manter no mesmo ambiente o consultório de enfermagem e as vacinas, que deveriam estar em salas distintas, “com banheiros difíceis de se usar” (difíceis no sentido de que são sujos ou funcionam mal), sem espaço administrativo para a equipe fazer reuniões e com pouca acessibilidade. Se considerarmos ainda a situação de alguns municípios, observamos que, em algumas UBS, faltava água regularmente. Quanto a esses aspectos estruturais, tive que fazer um grande esforço para conseguir separar o *eu pesquisador* do *eu médico*, pois várias vezes me surpreendia pensando como seria se eu tivesse que trabalhar em algumas das unidades visitadas. Certamente, o que imagino como um local adequado de trabalho interfere nas minhas análises e, para dialogar com isso, apresento aqui algumas respostas dos médicos quanto a esses aspectos.

O formulário de avaliação solicitou dos médicos a opinião sobre cada elemento da estrutura das unidades de saúde. Quando questionados sobre as impressões diante do consultório médico, os profissionais deram uma nota variável de 0 a 10 avaliando se a sala de atendimento tem estrutura adequada para realizar as consultas com qualidade. Sessenta e cinco por cento dos profissionais do PMM que responderam o questionário deram uma nota

maior do que 7, sendo que 30% atribuiu notas 9 ou 10 nesse aspecto. Como 22% dos médicos respondeu com nota menor do que 5, é possível dizer que a impressão geral dos profissionais sobre o consultório médico é satisfatória, mas se tem bastante a melhorar.

Partindo para o consultório de enfermagem, a percepção da maioria dos médicos¹⁴⁶ é que essa sala é adequada para atendimento (112 dos 167 respondentes). Quando observamos as respostas relativas aos espaços comuns, encontramos o seguinte: a disponibilidade de água potável na unidade de saúde foi criticada por 43% dos profissionais. Em algumas unidades que visitei, especialmente nas localizadas na zona rural, não é raro faltar água e a prefeitura ter que encher a caixa d'água com a ajuda de carros-pipa. Em um município, mesmo na zona urbana, faltava água frequentemente. Esse fato é preocupante para os profissionais, que afirmam ser muito difícil trabalhar, pois precisam “pelo menos lavar as mãos de vez em quando.”; em relação aos banheiros, 14 médicos responderem não haver esse item na unidade onde trabalham, e 28% afirmaram que a condição dos banheiros não é adequada.

Visitando as unidades de saúde, foi possível perceber que, em geral, as salas de atendimento são mais bem cuidadas do que os demais ambientes como banheiros, copa e recepção. É simbólico que a sala de atendimento médico seja mais “cuidada”, enfatizando o propósito de atendimento da unidade de saúde, e também a aparente despreocupação com outros espaços utilizados pelos trabalhadores de saúde. Uma das médicas chegou a comentar que “já teve duas vezes infecção urinária porque ficava prendendo a urina para não ir ao banheiro do posto”. Ao longo do tempo de observação de campo, notei que muitas unidades de saúde passaram por reformas para adequação estrutural. Em alguns municípios, as reformas chegaram a durar quase um ano, período em que os profissionais atenderam improvisadamente em uma escola. Diante disso, foi possível perceber que havia um outro eixo do Programa Mais Médicos que estava em andamento e que era tratado através de uma relação direta entre município e Ministério da Saúde, o “eixo de qualificação das Unidades Básicas” de Saúde. Pela Lei do Mais Médicos, a meta do MS era reformar ou ampliar todas as unidades que estivessem precisando em um prazo de cinco anos.

Foram poucas as informações que obtive sobre esse processo de reformas das UBS, já que nem meus interlocutores, especialmente as referências descentralizadas do MS, atuavam no Programa Requalifica UBS, que existia desde 2011 e foi fortalecido pelo PMM. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do MS, esse Programa tem como objetivo criar

¹⁴⁶ Esse pode ser um viés de observação, já que o questionário não foi respondido por quem utilizava a sala de enfermagem. Alguns médicos me relataram que para preencher o formulário fizeram os questionamentos para os profissionais de sua equipe de saúde.

incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção unidades de saúde, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde. Envolve também ações que visam informatizar os serviços e qualificar a atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe. Considerando as percepções dos médicos sobre essas mudanças, 32% dos profissionais mencionaram ter observado mudanças positivas na estrutura das unidades de saúde, e apenas 2 dos 167 que responderam o formulário acharam que a situação estrutural piorou ao longo do Programa.

Cartografando as relações dos atores vinculados ao PMM sobre esse tema da estrutura, percebi que no início do Programa as demandas para averiguação das condições de trabalho em algumas localidades eram muito frequentes. As referências descentralizadas e os supervisores atendiam muitas denúncias de problemas nas unidades. Quando a situação era considerada muito ruim, a orientação desses atores para os municípios era tentar garantir a adequação mediante uma notificação. Em uma situação que acompanhei, um médico estava atendendo em um consultório sem pia para lavar as mãos, com muitas infiltrações nas paredes e, durante um período de chuva, houve um alagamento por goteiras no teto. A apoiadora do MS responsável pela região daquela cidade notificou o secretário de saúde para que providenciasse ajustes em um prazo de 30 dias, sob pena de solicitar à CCE o remanejamento do profissional do município. A ação local foi positiva e o médico permaneceu, já que a reforma foi realizada¹⁴⁷. Já em outro município próximo à capital, o desfecho foi outro. A situação de todas as unidades onde atuavam cinco médicos do PMM foi considerada muito precária, sendo algumas, inclusive, interditadas pelo Conselho Regional de Medicina. Várias visitas foram feitas na tentativa de que o município realizasse os ajustes necessários, porém isso não ocorreu e a CCE solicitou o remanejamento de todos os profissionais e o desligamento da cidade do Programa. Esse desligamento ocorreu, porém não pelo motivo solicitado (estrutura das UBS), mas pelo fato de o município também não cumprir com o pagamento dos auxílios para os médicos.

7.3 Pensando as experiências do Mais Médicos e seus impactos

Não é escopo desta tese apresentar resultados do Programa, ou falar de impactos, mas é importante expor alguns elementos que remetam a isso para poder discutir o processo de

¹⁴⁷ Lembro aqui a pedagogia da notificação apresentada na página 194.

implementação e as relações entre os atores. A exploração desse tema parte de uma observação do contexto nacional e local do provimento de médicos na Atenção Básica, passa pelos elementos do trabalho dos médicos e alguns resultados de sua atuação, engloba possíveis mudanças na Atenção Básica e chega ao debate sobre o eixo formação, com a ampliação de vagas de residência em medicina de família e comunidade. Como pano de fundo, há o contexto nacional de mudança de governo.

Considerando a política como um todo, os diferentes eixos do PMM possibilitam intervenção em áreas distintas que contribuem para superação da escassez de médicos em locais distantes e de difícil acesso e pode ser considerada “a intervenção de recursos humanos mais importante da América Latina nos últimos anos (HARRIS, 2016, p. 2920). Analisando as recomendações feitas pela OMS para provimento de médicos nessas áreas, como contextualizei na seção 4.2 desta tese, Carvalho, Marque e Silva (2016, p. 2773) comentam que:

Ao total, foram sistematizadas 16 recomendações da OMS, para as quais o PMM atendeu a 37,5%. Entre as recomendações não contempladas, encontram-se a ausência de programas de desenvolvimento da carreira e de medidas de reconhecimento público. Algumas recomendações que não foram atendidas pelo PMM já estavam sendo desenvolvidas, tais como o Programa Nacional de Bolsa Permanência para estudantes de nível superior e a inserção de diferentes profissionais de saúde no SUS (Estratégia Saúde da Família). O programa apresenta fatores inovadores, como a mudança curricular do curso de medicina e o serviço médico obrigatório, entretanto, poderia ter feito mais investimentos na categoria de apoio pessoal e profissional.

Não significa, no entanto, que seria necessário cumprir todas as recomendações, mas possivelmente os elementos não contemplados podem contribuir para o término da política sem a desejada fixação dos profissionais, especialmente considerando o enfraquecimento de algumas ações, apontadas adiante, a partir da mudança do governo federal. Além disso, a dependência do provimento federal pode manter uma insegurança assistencial dos municípios (GIRARD et al., 2016a).

No contexto nacional, Campos e Pereira Júnior (2016) refletem que o Programa Mais Médicos ampliou a cobertura assistencial e tornou mais equitativa a distribuição de médicos na Atenção Básica. Além da ampliação da cobertura, outros resultados foram evidenciados durante a implementação do PMM, como o aumento do acesso e da acessibilidade ao serviço

de saúde da Estratégia Saúde da Família; acolhimento humanizado e vínculo (GOMES et al., 2016).

Em regiões específicas, esse fenômeno também foi observado. Fontão e Pereira (2017) estudaram a presença do Programa Mais Médicos em áreas indígenas, tradicionalmente difíceis para presença de médicos. Em algumas regiões do norte do país, nunca houve um médico atendendo a população até 2013. Com o Programa, percebeu-se um incremento significativo no quantitativo de médicos trabalhando na saúde indígena, além de uma percepção positiva no que diz respeito à satisfação com o projeto e a realização de uma prática não excludente entre o acesso aos serviços biomédicos e o uso de práticas terapêuticas indígenas.

Foi possível observar isso quando apresentei a distribuição dos médicos no estado da Paraíba. Equipes que ficavam alguns meses sem médico passaram a contar com esse profissional por 32 horas semanais, o que representou uma mudança considerável. O fato de haver médicos residindo em municípios onde isso não havia ocorrido antes demonstra uma relação forte com a localidade, possibilitando uma vinculação importante entre profissional e população. No contexto de populações específicas, isso também foi visualizado, já que todas as UBS nos distritos indígenas da Paraíba foram ocupadas por médicos do PMM.

No entanto, mesmo havendo uma maior distribuição de médicos, com maior permanência desses profissionais nas UBS, parece que o tempo ainda curto da política, interrompido pelas incertezas advindas do cenário político nacional, não permitiu a resolução completa do problema de áreas desassistidas. Nogueira et al. (2016), analisando a distribuição dos médicos do PMM no Nordeste, argumentam que:

Os municípios mais beneficiados possuíam, pelo menos, 20% da população em situação de extrema pobreza. Os profissionais foram alocados em Centro de Saúde/Unidade Básica (99,9%). A maioria eram mulheres (57%) e a faixa etária média predominante foi de 45 a 49 anos (24%). Apesar dos avanços proporcionados pelo Programa, como a distribuição dos médicos para localidades com maior vulnerabilidade, alguns Estados permanecem com importantes vazios assistenciais (NOGUEIRA et al., 2016, p. 2889).

Na Paraíba, houve uma grande distribuição dos médicos pelo estado, contemplando todas as regiões. No entanto, o que os autores comentam quando mencionam vazios assistenciais também pode ser observado na Paraíba, com a diminuição da distribuição dos

médicos no cariri paraibano após a saída – sem reposição – dos “cooperados” que lá atuavam (ver figura 8 da página 171).

A esse contexto de distribuição dos profissionais, associa-se o eixo de reestruturação das unidades de saúde. Giovanella et al. (2016) analisam que houve concentração de investimentos para qualificação estrutural das UBS, e isso contribuiu para uma diminuição da rotatividade de profissionais na Atenção Básica. Durante minhas trajetórias acompanhando a implementação do PMM no estado, foi possível observar muitas unidades de saúde sendo reformadas para melhoria da estrutura física. Em todos os municípios que visitei, alguma alteração foi feita durante o período em que realizei o trabalho de campo, desde pintura interna e instalação de aparelhos de ar condicionado até impermeabilização de cobertura ou construção de mais espaços. Mesmo havendo algumas unidades de saúde em condições ruins, motivando remanejamento de médicos, como comentei anteriormente, realmente foi possível perceber um movimento de reestruturação das unidades.

Em uma entrevista com uma das referências descentralizadas do Ministério da Saúde, falando sobre os investimentos estruturais nas unidades, soube que o Ministério Público “estava cobrando dos municípios a reforma ou construção de unidades de saúde, já que havia recursos federais para isso”. Ou seja, havia o recurso e estava sendo fiscalizada o seu uso na melhoria das UBS.

Mas o problema estrutural não se resolve apenas pela reforma da unidade de saúde. Campos e Pereira Júnior (2016) dizem que o PMM não conseguiu resolver problemas estruturais do sistema público. Os autores se referem à disponibilidade de medicamentos e materiais, e também à organização das redes de saúde. Pereira e Pacheco (2017) comentam que

[...] ainda persistem desafios a enfrentar para garantir atenção integral à saúde nas zonas rurais, como a manutenção do programa e a superação de problemas recorrentes, como: falta de medicamentos e exames, limitações no retorno dos pacientes referidos a outros serviços e fragilidades na rede de atenção à saúde (PEREIRA; PACHECO, 2017, p. 1181).

Esse elemento foi bastante observado durante minhas visitas e nos diálogos que travei com médicos e supervisores. Muitos profissionais, especialmente cooperados, comentavam que poderiam “resolver mais na Atenção Básica” se tivessem mais medicamentos ou materiais. Visitando as unidades de saúde, observou-se que o quantitativo de medicamentos não era suficiente para o mês todo e que sempre faltava algum item. Além disso, os médicos

também reclamavam muito da dificuldade dos usuários em obter consulta com um especialista focal.

Um outro aspecto também relacionado à estrutura foi a não criação de mais equipes de saúde da família. Ao longo da implementação do Programa, o número de equipes não aumentou muito na Paraíba, possibilitando áreas de manutenção da sobrecarga, especialmente nas cidades maiores. Nesse mesmo tempo, foram construídas novas Unidades de Pronto Atendimento e até hospitais, evidenciando as dificuldades de manutenção de um modelo de atenção à saúde que tenha a Atenção Básica como centralidade.

Em relação à prática profissional dos médicos vinculados ao PMM, diversos estudos no Brasil demonstraram resultados importantes, tanto relacionados às melhorias das condições de saúde quanto à relação com os usuários. Uma primeira observação com o desenvolvimento do Programa no país foi o aumento de consultas médicas (LIMA et al. 2016). Não apenas pelo fato de existirem médicos nas UBS, mas a produtividade dos profissionais do PMM foi maior do que a dos demais médicos em várias cidades brasileiras.

Além da quantidade, também foram relatadas melhorias na qualidade dos atendimentos realizados por profissionais do Programa. Essas melhorias significaram diminuição de internações por diarreia no Nordeste (GONÇALVES et al., 2016), aumento do número de procedimentos realizados nas UBS, ampliando o escopo de intervenções na Atenção Básica, mesmo com limitações estruturais (GIRARD et al., 2016b), redução das hospitalizações e do abandono da amamentação exclusiva (SILVA, B. et al., 2016). Na Paraíba, desde o início do Programa, não foram feitos estudos para analisar esses elementos encontrados em outras regiões do país, mas podemos pensar que essas melhorias também tenham ocorrido aqui.

Foi na qualidade das relações entre médicos e usuários, no entanto, que mais observei mudanças com a implementação do PMM. E isso também foi evidenciado em vários trabalhos feitos nesses quatro anos da política. Em uma pesquisa realizada em Mossoró, no Rio Grande do Norte, Tiago Silva et al. (2016) encontraram que a atuação de médicos intercambistas foi bem avaliada, com ênfase na relação médico-usuário humanizada, caracterizada pela escuta, atenção e diálogo. Essa relação humanizada também foi relatada por Arruda et al. (2016) na pesquisa que os autores realizaram com gestores de diversos municípios do país.

Observando essa relação médico-usuário, Liz e Lima (2017, p. 128) mencionam que:

De acordo com os relatos, a disposição do médico para “saber como as pessoas são” gera vínculo com a comunidade local, na medida em que a comunidade internaliza

que será cuidada por outro igual. Além disso, esse outro igual, ao refletir a humildade que caracteriza a comunidade, encontrasse com esta na dimensão humana, o que acaba gerando uma ampliação do campo de possibilidades para o cuidado de qualidade. Ao se mostrar humilde e saber como são as pessoas humildes, o médico alarga seu horizonte científico em direção à apropriação da determinação social do processo saúde doença e, com efeito, passa da condição de profissional de uma categoria (médica) para a condição de “produtor” de saúde.

Nas observações feitas durante o trabalho de campo, essas qualificações atribuídas aos profissionais do PMM, especialmente aos médicos cooperados, também foram expressivas e vieram de gestores, tutores, referências descentralizadas, usuários e membros das equipes de saúde, ou seja, de todos os atores que mantinham interface com o Programa Mais Médicos. As mudanças pós-*impeachment* na condução da política produzem uma sensação de incerteza nesses atores, não apenas quanto à disponibilidade de assistência médica, mas também quanto ao esfriamento dessas relações médico-usuário proporcionadas pelo Programa.

Estando consolidado o eixo provimento, a continuidade do Programa se daria a partir da ampliação de formandos em medicina e do número de vagas de residência médica – o eixo formação (STORTI et al., 2017). Em relação às vagas nos cursos de medicina, já apresentei o processo normativo de autorização de novas escolas médicas, com os critérios para os municípios receberem as faculdades. No que diz respeito à residência médica, o que ocorreu até o momento foi a definição de que quem ingressasse na residência de Medicina de Família e Comunidade a partir de 2015 teria, ao final do programa de formação, uma bonificação de 10% nos processos seletivos para acesso a outras residências médicas a que concorresse. Essa medida visava a substituição do Provac, que também garantia essa bonificação, pela formação na residência, elemento importante da política. Além disso, houve aumento do número de bolsas de residência financiadas pelo Ministério da Saúde, no intuito de estimular a criação de novas vagas dessa modalidade de pós-graduação. Outra medida complementar a essas foi, levando em consideração o aumento do número de vagas de residência, a criação do Plano Nacional de Formação de Preceptores. Esse plano foi destinado a profissionais já atuantes nos municípios onde havia ou seriam abertas vagas de residência médica, e funcionaria mediante a realização de um curso à distância oferecido por um “hospital de excelência” (Hospital Alemão Oswaldo Cruz ou Hospital Sírio Libanês) financiado pelo MS. Além disso, outro curso, oferecido aos residentes que ingressassem na residência de Medicina de Família nos anos de 2016 e 2017, esse vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, também era parte do Plano Nacional. O objetivo desse plano era

formar futuros preceptores que seriam orientadores do maior número de residentes que passaria a existir no país.

Esse processo está definido no texto normativo e algumas ações já ocorreram, porém, com a mudança de governo, não houve continuidade, no nível federal, das discussões para a implementação desses elementos em âmbito nacional.

Que mudanças surgiram após o *impeachment*? Primeiro, foi divulgado, pelo Ministério da Educação, que não seriam financiadas mais vagas de residência médica; associado a isso, o MS não publicou editais de financiamento de bolsas nos prazos previamente definidos, atrasando a criação de novos programas. Muitos programas de residência que enviaram propostas para criação das vagas não foram visitados pela CNRM e estão sem autorização para lançar editais de seleção. Além disso, o curso de preceptoria para os residentes de medicina de família e comunidade não foi ofertado no ano de 2017, como havia sido publicizado.

Notam-se alterações significativas no rumo da política, podendo significar o término do Programa Mais Médicos nos próximos anos, o que só não aconteceu, na opinião dos membros da CCE, pelo fato de os prefeitos “fazerem pressão nos deputados” pela manutenção do eixo provimento.

Mesmo com um cenário considerado desfavorável, o contexto paraibano em relação ao eixo-formação é observado pelos membros da CCE como positivo. A Paraíba, desde o início do PMM, teve autorizados dois novos cursos de medicina, um em João Pessoa e outro em Patos, e, a partir de 2017, teria um número maior de vagas em três escolas médicas. No que diz respeito à residência médica, o estado foi o que teve maior ampliação de vagas do Nordeste e o segundo maior do país, proporcionalmente à população. A evolução da quantidade de vagas de residência médica, desde a criação do primeiro programa, em 2010, até 2017 pode ser vista na tabela abaixo:

Tabela 7 – Evolução da quantidade de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade de 2010 a 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Vagas	2	9	13	18	42	50	96	105
Ocupação	2	4	6	11	13	8	45	90

Fonte: CCE-PB

Nota-se o acréscimo considerável do número de vagas a partir de 2014, quando começam a contar as vagas criadas após início do PMM. Outra informação importante é a ocupação dessas vagas, que começou a ser expressiva a partir de 2016. Os membros da Comissão Coordenadora Estadual analisam que essa ocupação tenha ocorrido por causa dos incentivos municipais de “complementação da bolsa” dos residentes (o município fornece uma segunda bolsa, além da ofertada pelo governo federal, para o médico residente, durante os dois anos de atuação), a bonificação de 10% para acesso a outras residências e uma disseminação maior da prática da medicina de família e comunidade no estado, em virtude da presença de muitos especialistas dessa área atuando nas instituições que oferecem cursos médicos.

A impressão que tive durante o tempo em que estive no campo foi que os atores que compunham a CCE, principalmente as referências descentralizadas e os membros das instituições supervisoras, tinham na residência médica a forma de manter não apenas a continuidade do PMM, mas de fortalecer a Atenção Básica no estado. Com a mudança de governo, as discussões e articulações para a criação de programas e ampliação das vagas passou a se configurar como uma espécie de resistência ao término da política e possibilidade de consolidação de uma estratégia para garantir a manutenção dos avanços observados durante a implementação do Programa até o momento. Foram várias ações desenvolvidas por alguns atores que se engajaram no processo de ampliação da residência de medicina de família no estado da Paraíba. Alguns supervisores foram envolvidos para ampliar o grupo de articulação, todos eles médicos de família e comunidade com inserção nas universidades. Foram feitas reuniões com a Secretária Estadual de Saúde, com o conjunto de municípios através das Comissões Intergestoras Regionais (que agregam um conjunto de municípios por região), identificação de municípios com interesse em criar residências e acolher residentes, reuniões com instituições de ensino para apoiar a ampliação do número de vagas. Essas ações resultaram no quantitativo de vagas dispostas na Tabela 7.

Para essa articulação funcionar, compreendo que alguns elementos serviram de “motor”: primeiramente os atores envolvidos mantinham relações de trabalho e militância desde antes do Programa Mais Médicos, como discuti no capítulo seis; essa militância agia voltada para o fortalecimento da Atenção Básica e do SUS; a maioria desses atores era de médicos de família e comunidade ou pessoas que já acompanharam a prática desses profissionais.

Nesse sentido, percebo que a possibilidade de manutenção de efeitos dessa política pública, mesmo que seja desfeita pelo governo federal pós-*impeachment*, está embasada nas

relações cartografadas ao longo da pesquisa, relações entre atores militantes e envolvidos com um ideal social da saúde no país.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: PASSOS DADOS, CONSTRUÇÕES INACABADAS E UM FUTURO INCERTO

O foco do Programa Mais Médicos recai na aproximação entre a formação e a Atenção Básica e o trabalho em unidades de atendimento do SUS. Desse contexto, desenvolve-se uma multiplicidade de fenômenos macro e micropolíticos que foram observados e cartografados durante esta pesquisa. Para a consecução dessa cartografia, foram necessárias diversas estratégias de investigação, a começar pela autoanálise e a realização de movimentos “pendulares” de afastamento e aproximação que permitiram a objetivação dos fenômenos observados e vivenciados. Beaud e Weber (2007) advertem sobre as dificuldades e os riscos de fazer pesquisa quando o objeto é próximo. Considerando que não há neutralidade no processo científico, a estratégia adotada para lidar com isso foi discutir a minha inserção no campo de pesquisa como um pesquisador implicado (MERHY, 2004).

Observando os elementos do campo (e me observando nele), foi possível perceber a trama que representou a tecelagem da implantação do PMM no estado da Paraíba. A percepção de que a política estava sendo tecida pelos atores e instituições vinculados ao Programa constituiu-se como elemento central para a utilização da cartografia como instrumento metodológico. Uma vez que os processos que estavam ocorrendo para que o Mais Médicos fosse posto em prática foram sendo construídos ao longo do tempo e no “espaço-movimento” do estado a partir de relações singulares entre os atores do programa.

A ideia de movimento atribuída à política pública remete à compreensão do mapa como sendo aberto, “conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 21). Assim, fiz um movimento para romper com a ideia de analisar uma política pública como um conjunto de etapas, como encontrado na literatura da área das Ciências Política e da Saúde Coletiva. Esse processo de tecelagem que o PMM vem experimentando a possibilidade de expandir a ideia de que a cartografia é um instrumento potente para a realização de estudos políticos.

Nos caminhos percorridos, um movimento relevante foi o de compreender como o Programa Mais Médicos foi constituído e como chegou à Paraíba. Já mencionei os contextos sociais e políticos que fizeram parte da formulação da política, inclusive discutindo estratégias utilizadas em outros países para lidar com a mesma problemática do PMM: a

escassez de médicos para ocupar os postos de trabalho existentes. As estratégias propostas e adotadas a partir dos elementos normativos do Programa permitiram realmente a ampliação da presença médica na Atenção Básica, carregando uma intencionalidade de ações no longo prazo, já que um eixo fundamental é a mudança na formação médica.

Mas, além disso, esta tese aponta para a percepção da importância da atuação na AB proposta pela política, mas apresenta um elemento novo que se configura como um viés do PMM cujo argumento é “médico = assistência”. Por mais que a produção da área da Saúde Coletiva, muito incorporada pelo Ministério da Saúde, discuta a necessidade de um modelo de atenção organizado através do trabalho de equipes multiprofissionais, o discurso utilizado na formulação e implementação do PMM está voltado para um indivíduo, o médico.

Falo em indivíduo enquanto ser social, portanto podendo significar também o coletivo de médicos e até as entidades médicas. Esse elemento da política reforça o poder da medicina e apresenta algumas contradições. Considerando que o PMM é uma política pública de grande alcance, chegando, num certo momento, a atender mais de 60 milhões de pessoas no Brasil (BRASIL, 2015c), utilizar estratégias voltadas para um indivíduo significa projetar ainda mais socialmente uma categoria profissional. O discurso e as normas de criação do PMM, e também de outras estratégias semelhantes, utilizadas por diversos países do mundo, sinalizam a oferta, aos médicos, de mais estudo (“formação continuada”), mais dinheiro (“bolsa federal”), melhores condições de trabalho (“telemedicina”, “reformas das UBS) e mais incentivos (“descontos no financiamento estudantil”), no intuito de mantê-los em determinadas localidades não consideradas atrativas pelo “mercado”. Essa é a contradição advinda de setores governamentais na época da publicação da Medida Provisória nº 621 de 2013, próximos da produção da área da Saúde Coletiva como mencionei há pouco.

Do lado da corporação médica, a contradição surge na resistência a uma política que põe o médico na centralidade das estratégias. No entanto, essas contradições referidas indicam que o *campo* da medicina não é um espaço social homogêneo. O movimento médico oficial e parte dos profissionais que estão aliados à corporação profissional enfrentam o Programa Mais Médicos com a intenção de serem os únicos competentes para definir as características do *campo*. Assim, uma política que vislumbre modificar a maneira como o médico deve ser formado, considerando a inserção em espaços de atenção (primária) com características “marginais” e de menor *status* dentro da profissão, e também que credencie profissionais fora das instituições socialmente reconhecidas para isso, realmente seria alvo de constantes críticas (BOURDIEU, 1983; DINIZ, 2001; BONET, 2014).

Além disso, outro elemento importante no processo de disputa dentro do *campo* da medicina é a tentativa de mudança da residência médica. As especialidades médicas, organizadas a partir dos programas de residência, são espaço de legitimação do poder profissional e do reconhecimento social da profissão. Além disso, são também definidoras do mercado profissional (privado) e do ideal liberal da profissão. Nesse sentido, talvez a principal “afrota” do PMM à medicina tenha sido tentar quebrar o monopólio da definição de como se deve “criar” o médico especialista.

Aproximando-me da trama que vem sendo tecida no processo de implementação da política, notei, nessa trajetória de regulamentações do Programa, que, ao longo do tempo, foi sendo estruturado o conjunto de elementos normativos que nortearam a execução das ações dos atores vinculados. Ou seja, os documentos na forma de portarias, resoluções, editais, foram sendo atualizados ao longo da implantação do PMM. Isso caracteriza a ideia de movimento das estratégias de implementação.

Mas o que mais chamou atenção não foram as formulações ao longo do tempo, e sim os arranjos relacionais cartografados entre os atores implementadores da política. Essas relações produziram uma singularidade no nível local que gerou conteúdo para o PMM no país todo, como as experiências administrativas e de supervisão relatadas. Além disso, essas relações construíram a possibilidade de certo enfrentamento do processo de centralização da política, criando a possibilidade de tomadas de decisões no estado.

Essa singularidade só foi possível pela formação de *coletivos* de “atores militantes”. Muitas vezes, durante a pesquisa, ouvi interlocutores de diferentes espaços se posicionarem diante de determinados elementos normatizados na formulação do PMM, e também do funcionamento da Atenção Básica. Observando a experiência de “mediação” e “apoio” dos supervisores, foi possível ver mudança, como a aquisição de medicações extra para ampliar a “resolução de problemas na própria UBS”; ou como o início da utilização do registro dos atendimentos em um prontuário. Além disso, a *agência* das referências descentralizadas e da CCE contribuiu para o fortalecimento da gestão municipal em algumas localidades, ampliando a capacidade municipal em lidar com as pressões dos médicos quanto ao cumprimento das atividades ou carga horária.

Mesmo assim, alguns problemas persistem nos municípios, tais como: a dificuldade em manter atendimento médico por pelo menos 40 horas por semana; a dificuldade de ampliação do número de equipes de saúde; a “impossibilidade”, segundo alguns gestores, de contratar médicos pelo mesmo valor da bolsa federal do Mais Médicos; a marginalização da

Atenção Básica como espaço para resolução de “problemas simples” e onde estão os profissionais que “não são especialistas em nada”, portanto com menos *status*.

O movimento feito pelo governo federal para dirimir algumas dessas dificuldades foi manter a centralização de muitos elementos e processos do Mais Médicos, como, por exemplo, a vinculação e pagamento dos médicos. A impressão que tive durante todo o trabalho de pesquisa foi que os municípios se sentiam “aliviados” pela presença de outros atores responsáveis pelos profissionais da medicina, pois pareciam não ter poder suficiente diante deles e queriam evitar as “negociações”. Além disso, a identificação de um mecanismo de “terceirização” da gestão local para os chamados “consultores” se configurou, na maioria das vezes, como uma grande fragilidade do SUS. Nesse contexto, é possível dizer que, atualmente, no Brasil, não é possível garantir saúde para a população considerando apenas a capacidade dos municípios, e que alguns elementos das políticas públicas, incluindo o PMM, só ocorrem por causa da manutenção da centralização no nível federal. Como demonstrei, após a saída de médicos “cooperados” de cidades do cariri paraibano e da criação de um espaço de escassez, provavelmente algumas regiões do país só conseguirão manter atendimento médico através de políticas centralizadas.

Ao chegar na “ponta”, surgiram outras relações que puderam ser cartografadas durante a implementação do Mais Médicos. Pela primeira vez, alguns municípios estavam tendo um médico por mais de três dias na semana, atuando nas UBS e ainda residindo na localidade, no caso dos cooperados e de alguns intercambistas individuais. Foi necessária mobilização local para alojar os profissionais, momento que evidenciou mais uma vez o *status* profissional. No caso dos médicos brasileiros, passava-se a impressão de que a infraestrutura local “não era lugar para médicos”, pois “não havia casas à altura” de abrigar esses profissionais. Já quanto aos cubanos, percebi uma diferença significativa em relação às necessidades materiais. Até mesmo quando eu achava que a casa não era tão boa, os cooperados comentavam que tinha o que precisavam. Algumas vezes, no entanto, precisou-se da intervenção das referências descentralizadas, pois algumas municipalidades não garantiram itens básicos para a moradia dos médicos, como a conservação das paredes. Diante dessa postura de alguns gestores locais, é possível fazer duas interpretações: 1. Os médicos que passavam a residir nas cidades (menores) tornavam-se “iguais” a todos, o que significou uma diminuição da percepção do *status* profissional. Provavelmente um dos motivos de os brasileiros não fixarem residência em alguns municípios, além da observação da infraestrutura; 2. Os cubanos não chegavam aos municípios dotados do poder da corporação médica, o que os colocava em uma posição de maior aceitação das imposições por parte dos gestores.

No desempenho do trabalho na Atenção Básica, também observei fenômenos importantes. As diferenças entre a maioria dos médicos brasileiros e os cooperados surgiram de maneira significativa. Chamou atenção inicialmente a relação do profissional cubano com o trabalho, sob dois aspectos principais: o fato de o médico ser “atencioso” e de “atender todas as pessoas que chegam”. Cabe dizer, assumindo o *eu médico de família e comunidade*, que essas duas qualificações observadas no campo da pesquisa em relação aos médicos cubanos fazem parte do perfil de formação dessa especialidade, mas, no cenário local da Paraíba, onde a maioria das equipes de saúde trabalha com “restrição de acesso” (principalmente pelo horário de funcionamento na maioria dos postos de saúde), a atuação dos cooperados foi inovadora.

Essa relação com o trabalho, observada junto aos cooperados, caracteriza-se por uma formação que absorveu muitos elementos do que se está chamando na educação médica atual de “profissionalismo”. Os princípios do profissionalismo na formação profissional da medicina são: primazia do bem-estar do paciente; garantia da autonomia do paciente; prezar pela justiça social (BRENNAN et al., 2002). Para mim, isso traduz as qualificações atribuídas aos médicos cubanos.

Essa ideia de profissionalismo, apesar de ser considerada positiva pela maioria dos atores envolvidos com o PMM, produziu alguns conflitos, especialmente nas equipes de saúde em alguns trabalhadores. A atuação profissional nas unidades de saúde do estado ainda ocorre sob uma lógica considerada “cultural”. Os profissionais de muitas unidades que visitei utilizavam a qualidade de cultural para justificar o não cumprimento da carga horária de trabalho ou a não execução de alguns tipos de atendimento. “É cultural os pacientes virem sempre de manhã”, disse-me, certa vez, uma enfermeira. “É cultural o posto fechar às três da tarde, comentou uma técnica de enfermagem”. “É cultural as pessoas não quererem fazer o exame de ‘toque’ na unidade e quererem ir ao especialista”, informou uma médica brasileira que acompanhei.

Em relação aos tipos de atendimento, o que mais chamou atenção foi a preocupação, principalmente advinda de médicos cubanos e de brasileiros que já tinham se aproximado de uma formação na medicina de família e comunidade, de que seria possível “resolver mais coisas na Atenção Básica”. Esses profissionais carregam a ideia de que esse nível de atenção não significa oferecer uma “medicina pobre para pobres”, como muitas vezes surge no discurso de membros do movimento médico oficial. Essa ideia produziu mudanças de pensamento em alguns gestores e certamente será um legado deixado pelo PMM na Paraíba.

O Programa Mais Médicos completará cinco anos em julho de 2018, tendo completado um período de três anos de vinculação dos médicos e aproximando-se do fechamento de mais um triênio, tempo normatizado para a permanência dos profissionais no programa. Após o término dos seis anos, em um futuro incerto, não se sabe o que ocorrerá nos mais de 3900 municípios brasileiros que passaram a contar com o trabalho dos “CRM Brasil”, dos “intercambistas individuais” e dos “cooperados”, pelo fato de que as estratégias de continuidade vêm sendo desconstruídas, como o silêncio institucionalizado na CNRM que não discute as modificações na forma de acesso e organização dos programas de residência médica, e o movimento contínuo da corporação médica, aliada a organizações educacionais médicas, de impedir o avanço dos termos deliberados pela política para as mudanças curriculares nos cursos de medicina. Se não houver uma definição atual, possivelmente estaremos vendo o fim de mais uma política pública com escopo de ampliar o cuidado médico no Brasil. O que restará, no entanto, será a “rede de atores militantes” que, provavelmente, estará vinculada, em setores do Estado ou da sociedade, à intenção de qualificação da Atenção Básica e do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

ALMEIDA, D. R. Representação como processo: a relação Estado/sociedade na teoria política contemporânea. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 22, n. 50, p. 175-199, jun. 2014.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, 24, p. 29-40, jun. 2005.

AMADOR, F.; FONSECA, T. M. G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, p. 30-37, 2009.

ANAND, S. et al. China's human resources for health: quantity, quality and distribution. **Lancet**, v. 372, n. 9651, p. 1774-1781, 2008.

ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; FILHO, E. D. C. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, jan./jun. 2005.

AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social**, Revista Sociologia USP, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-19, 1989.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. **Review of the Australian Government Health Workforce Programs** [Internet]. Canberra: Department of Health; 2013. Disponível em: <[https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D26858F4B68834EACA257BF0001A8DDC/\\$File/Review%20of%20Health%20Workforce%20programs.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D26858F4B68834EACA257BF0001A8DDC/$File/Review%20of%20Health%20Workforce%20programs.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2016.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARRUDA, C. A. M. et al. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, Supl.1, p. 1269-80, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA - ABEM. **Posicionamento da ABEM-ANASEM**. ABEM, 2016. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br/2016/10/27/posicionamento-da-abem-sobre-o-anasem/>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das prática de Saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 8, n.14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004b.

BARÓN, C. G.; COLOMBIA, E. Barrios del mundo: historias urbanas. **La cartografía social... Pistas para seguir**, 2007. Disponível em: <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Historia%20urbana%20de%20los%20barrios.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo** – produzir a analisar dados etnográficos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BECKER, H. S. et al. **Boys in white: student culture in medical school**. New Brunswick (USA)/London (UK): Transaction Publishers, 2007.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade federal do Rio de Janeiro, 2010.

BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008..

BOURDIEU, P. Campo intelectual e projeto criador. In: POUILLON, J. et al. **Problemas do Estruturalismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES, v. 31, n. 1, p. 2-3, 1980.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p.122-155. (Grandes Cientistas Sociais, n.39)

_____. **A economia das trocas simbólicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. **Razões práticas: Sobre a teoria da ação**. 9. ed. Campinas: Papirus, 2008.

_____. **O poder simbólico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

_____. O campo político. Grandes Conferências de Lyon, Universidade Lumière-Lyon 2, quinta-feira, 11 de fevereiro de 1999. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 5, p. 193-216, jan.-jul. 2011.

BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. **A profissão do sociólogo: preliminares epistemológicas**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Brasília, 1957.

BRASIL. **Decreto-lei n. 62.927, 28 de junho de 1968**. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho “Projeto Rondon”, e dá outras providências. Brasília, 1968.

BRASIL. **Lei n. 6.310, 15 de dezembro de 1975**. Autoriza a instituição da Fundação Projeto Rondon, e dá outras providências. Brasília, 1975.

BRASIL. **Decreto-lei n. 78.307, 24 de agosto de 1976**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências. Brasília, 1976.

BRASIL. **Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 07 de 12 de junho de 1981**. Dispõe sobre incluir o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas referidas no art. 1o. da Resolução n. 01/81. Brasília, 1981a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981b.

BRASIL. **Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985**. Altera a redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, 1985.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080, 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. **Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)**. Brasília, novembro 1993.

BRASIL. **Decreto presidencial n. 3745, 05 de fevereiro 2001**. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: concepção, seleção e lotação de equipes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Portaria Ministerial n. 227, 16 de fevereiro de 2001**. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Brasília, 2001c.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4 CNE/CES de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tópicos da política de desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE **Anais...**, 4 a 7 nov, Brasília 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteado das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital convocatório nº 07, de 22 de outubro de 2009**. Programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas para o SUS - Pró-Residência (Edital I). Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2087 de 1 de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: MS/MEC, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1377 de 13 de junho de 2011**. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria Conjunta nº 2 de 25 de agosto de 2011**. Define

os Municípios priorizados e a relação das especialidades médicas e áreas de atuação segundo os critérios dispostos na Portaria nº 1.377/2011, para fins do benefício previsto no inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES). Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Editais de convocação de 7 de dezembro de 2011 – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB. **Diário Oficial da União**. Seção 3, Brasília, p. 134-35, 2011d.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Secretaria de Educação Superior. **Resolução nº 3 de 16 de setembro de 2011**. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Brasília, 2011e.

BRASIL. **Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, 2011f.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade** (Relatório Síntese) – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES. **Edital nº 07, de 26 de abril de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica à Saúde**, 2012d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php>. Acesso em: 15 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasil, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Médicos para o Brasil; Mais Saúde para Você**. s/d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 5 ago. 2013. 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12871 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. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº39 de 8 de julho de 2013**: Adesão de Médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **80º Termo de cooperação técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto “acesso da população brasileira à Atenção Básica em Saúde”, que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, e a Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde**. Brasília, abril de 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES. **Edital nº 3, de 9 de janeiro de 2013**. Processo de Adesão dos Médicos ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 2, de 1º de fevereiro de 2013**. Estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013. Brasília, 2013h.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013**. Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013i.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.081, de 23 de agosto de 2013**. Altera o Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013, que institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos, para dispor sobre o pedido de inscrição do registro provisório de médico intercambista, e dá outras providências. Brasília, 2013j.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 14 de 9 de julho de 2013**. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federais de educação superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013k.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 568, de 5 de abril de 2013**. Dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013. Brasília, 2013l.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013**. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades para os próximos 12 (doze) meses a contar da data de repasse do incentivo financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde. Brasília, 2013m.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.126, de 22 de outubro de 2013**. Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos

intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília, 2013n.

BRASIL. Presidência da República. **Lançamento do Pacto Nacional pela Saúde**. Brasília, 8 de julho de 2013o. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/centrais-de-conteudos/imagens/lancamento-do-pacto-nacional-pela-saude>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Pacto Nacional pela Saúde – Mais hospitais e unidades de saúde; Mais Médicos; Mais Formação**. Brasília, 2013p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de cooperação técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto “acesso da população brasileira à Atenção Básica em Saúde”, que entre si celebram a União, por intermédio do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, e a Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde**. Brasília, abril de 2013q.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.921, de 28 de novembro de 2013**. Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades para os próximos 12 (doze) meses a contar da data de repasse do incentivo financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde. Brasília, 2013r.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativo nº 14 de 9 de julho de 2013**. Dispõe sobre os procedimentos de adesão das instituições federal de educação superior ao Projeto Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013s. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13788-portaria-normativa-n14-de-9-de-julho-de-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.409, de 10 de julho DE 2013**. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Brasília, 2013t.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Secretaria de Educação Superior. **Resolução nº 01 de 2 de janeiro de 2014**. Altera a Resolução nº 3, de 16 de setembro de 2011, da Comissão Nacional de Residência Médica, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Portaria Conjunta nº 01 de 21 de janeiro de 2014**. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria conjunta nº 2, de 24 de**

janeiro de 2014. Dispõe sobre a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito das atividades de formação em saúde e institui Grupo de Estudos voltado ao tema. Brasília, 2014c.

BRASIL. Portal da Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. 2014d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/336-sgtes-p/provisao-de-profissionais-raiz/provimento-de-profissionais/11-provimento-de-profissionais/9763-provisao-de-profissionais-depreps>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3 CNE/CES de 20 de junho de 2014.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Resolução nº 1, de 12 de fevereiro de 2014.** Dispõe sobre a aplicação de penalidades no caso de ausência injustificada das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2014f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital nº 02 de 15 de janeiro de 2015.** Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do ministério da saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: MS/SGTES, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Resolução nº 3, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para Brasil. Brasília, 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal do Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura de Saúde da Família. 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 out. 2016a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016.** Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – ANASEM. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Nota Técnica nº 62-SEI/2017-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS.** Brasília, 2017a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. Site da Internet. s/d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/>>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 300, de 5 de outubro de 2017**. Altera a Portaria nº 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014, para reajustar de valores do fornecimento de moradia e alimentação e dá outras providências. Brasília, 2017d.

BRENNAN, T. et al. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. **Lancet** [online], v. 359, n. 9305, p. 520-2, 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/359/9305>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 73-77, set./dez. 2001.

BRITO, M. R. Notas sobre a ideia de intercessores como um conceito na filosofia de Gilles Deleuze: por um teatro filosófico. **Alegrar**, n. 11, p. 1-14, jun/2013.

BUCHAN, J. et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. **Bull World Health Organ**, v. 91, p. 834-840, 2013.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 454, de 2009**. Dos Deputados Ronaldo Caiado e Eleuses Paiva. Brasília, 2009.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Página da Internet. s/d. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CAMPILLO, H. O.; SÁNCHEZ, E. R. La cartografía como método investigativo y pedagógico. **dearq 09**, Bogotá, p. 30-47, dic. 2011.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARD, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, abr./jun. 2000.

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

CANADIAN RESIDENT MATCHING SERVICE - CARMS. 2017 R-1 Main Residency Match - first iteration. First choice discipline of CMG applicants. Canada, 2017. Disponível em:

<http://carms.ca/wpcontent/uploads/2017/05/Table_11_First_Choice_Discipline_of_CMG_Aplicants_English.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-26, out./dez. 2013.

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

CASTRO, F. **Nove unidades de saúde de Curitiba ampliam atendimento para '3º turno'.** 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2013/04/nove-unidades-de-saude-de-curitiba-ampliam-atendimento-para-3-turno.html>>. Acesso em: 20 out. 2017.

CASTRO, T. F. **Reflexões sobre a prática de supervisão no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e no Programa Mais Médicos.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 1400-1410, set.-out. 2004.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano.** Artes de fazer. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CHEN, L. C.; Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 5, p.323, 2010. DOI: 10.2471/BLT.10.078477

CHRISPINO, A. **Introdução ao estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada.** Rio de Janeiro: FGV, 2016.

COHEN, E; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais.** 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. **Anais....** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.638/2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Médicos vão às ruas por mais recursos para a saúde pública e contra a “importação” sem Revalida. 3 julho de 2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23944:no-dia-3-

[medicos-vaio-as-ruas-por-mais-recursos-para-a-saude-publica-e-contra-a-importacao-de-estrangeiros&catid=3>](#). Acesso em: 20 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM faz análise crítica sobre a proposta de novas diretrizes curriculares. 27 de fevereiro de 2014. Disponível em URL: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24520:para-vice-presidente-do-cfm-reformulacao-curricular-e-desnecessaria&catid=3. Acesso em 2 de outubro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Radiografia das Escolas Médicas**. 2017. Disponível em: <http://webpainel.cfm.org.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Radiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico%2FRadiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico.qvw&host=QVS%40scfm73&anonymous=true>. Acesso em: 10 out. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA PARAÍBA - CRM-PB. **Circular nº 7 de 29 de dezembro de 2014**. João Pessoa, 2014.

CORTES, S. V.; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 87, p. 33-62, 2012.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM**. 2004. 334p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2004.

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E. de O. **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-243.

DA ROS, M. A. Alguns comentários sobre o tema (Debate). **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 931-2, out./dez. 2013.

DELEUZE, G. **Conversações**. 1972-1990. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**, v. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DINIZ, M. **Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J. M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bull World Health Organ**, n 88, p. 379–385, 2010.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 62, p.13-30, Apr. 1998.

_____. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os Estabelecidos e os Outsiders.** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. Site da Internet. Menu das Escolas 2017. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE - EPSM. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde.** Belo Horizonte: NESCON/FM/UFMG, 2010.

FARIA, C. A. P. (org.) **Implementação de políticas públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte. Belo Horizonte: Ed. da PUC - Minas, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

_____. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface - comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 17, n. 47, p. 929-930, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FONTÃO, M. A. B.; PEREIRA, E. L. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface – comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1169-1180, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/1807-5762-icse-1807-576220160387.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FORDE, A.; O'CONNOR, T.; Augmenting the rural health workforce with physician assistants. In: NATIONAL RURAL HEALTH CONFERENCE, 10TH. 17-20 May 2009, Cairns, Queensland, Australia. **Proceedings...** Canberra: National Rural Health Alliance, 2009. Disponível em: <https://ruralhealth.org.au/10thNRHC/10thnrhc.ruralhealth.org.au/papers/docs/Forde_Allan_E4.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **O nascimento da clínica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREHYWOT, S.; MULLAN, F.; PAYNE, P. W.; ROSS, H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 364-370, 2010. Disponível em: <<http://doi.org/10.2471/BLT.09.071605>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, Londres, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS - FNP. Cadê o Médico?. **Frente Nacional de Prefeitos (FNP)**. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2016a.

_____. Histórico e Visão. **Frente Nacional de Prefeitos (FNP)** Disponível em: <<http://www.fnp.org.br/fnp/historico>>. Acesso em: 20 fev. 2016b.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Centro de Políticas Sociais. **Escassez de Médicos**. Rio de Janeiro: FGV, 2008. Disponível em: <<http://www.cps.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

FISKE, E. J. **Cuban medical internationalism: A case for international solidarity in foreign policy decision making**. 2011. Graduate Theses and Dissertations – University of South Florida, 2011. Disponível em: <<http://scholarcommons.usf.edu/etd/3724>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. Disponível em: <http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FREIDSON, E. **Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais**. 19º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu/ MG, 19 de outubro de 1995. Disponível em: <www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.html>. Acesso em: 13 mar. 2016.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Editora UNESC; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

GEERTEZ, G. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GÉRVAS, J. et al. **Veinte años de reforma de la atención primaria en España**, valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madri: Red Española de Atención Primaria, 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902697&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GIRARD, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: Estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (orgs). **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86. Disponível em:

<http://www.observatoriorh.org/uruguay/sites/observatoriorh.org.uruguay/files/webfiles/fulltext/publicaciones/indice_de_escassez_de_medicos_no_brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da.pdf>. Acesso: 01 set. 2016.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016a. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, 2016b. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GOLDBERG, A. Innovaciones territoriales en el sistema de salud cubano, desde la revolución hasta mediados de la década de 1990. **Scripta Nova**, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Barcelona, v. 41, n. 69, s/p, 2000. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn-69-41.htm>>. Acesso em: 1 set. 2016.

GOMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2729-2738, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GOMES, L. B. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. 2016. 300 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902815&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HARRIS, M. Mais Médicos (More Doctors) Program – a view from England. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2919-2923, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902919&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

HARZHEIM, E; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B. et al. (org.) **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências [recurso eletrônico] 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 32-42.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

JORNAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA - JAMB. São Paulo: AMB, jul./ago. 2014.

JANELA da Alma. Direção de João Jardim e Walter Carvalho. Produção de João Jardim, Walter Carvalho, Flávio R. Tambellini, Cilmara Santos e Mayanna von Ledebur. Documentário. Rio de Janeiro: Tambellini Filmes e Produções Audiovisuais e Dueto Filmes, 2001.

JORNAL ELETRÔNICO DO COMPLEXO ACADÊMICO DE SAÚDE. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Os desafios da Residência Médica em face da instituição do PROVAB e Mais Médicos**. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://jornal.fmrp.usp.br/?p=20095>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100003>. Acesso em: 21 mar. 2018.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives and Public Choices**. 2nd ed. London: Pearson, 2014.

KIRK, J. M. **Healthcare without borders**: understanding Cuban medical internationalism. Gainesville: University Press of Florida, 2015.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2009. 305p.

LATOURET, B. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: EDUFBA; Bauru: EDUSC, 2012.

LIMA, R. T. S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902685&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

LIZ, R. G.; LIMA, R. C. G. S. Percepções de usuários sobre o impacto social do projeto de cooperação do Programa Mais Médicos: um estudo de caso. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1281-1290, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501281&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**; razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, M. H. (Org.), **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MACHADO, M. H. (Coord.) **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao Interior**: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. O sujeito implicado e a produção do conhecimento científico. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654, out./dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito sanitário**: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. p.19-91.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó**. Uma

experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. Vol. 1, São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2002.

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Remote Health**, v. 5, n. 3, 2005.

MONTAGNER, M. A. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n. 17, p. 240-264, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar.2018.

MONTAGNER, M. A.; MONTAGNER, M. I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 5, n. 2, p. 255-273, 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/979/919>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NIRENBERG, O. **Formulación y evaluaciòn de intervenciones sociales**. Buenos Aires: Noveduc, 2013.

NOGUEIRA, P. T. A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. D. O Sistema Único de Saúde – SUS. In. GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OCDE. **Panorama de la santé 2013**: Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. Disponível em: <<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir e escrever. **Revista de Antropologia**. São Paulo, v. 39, n. 1,p. 13-37, 1996. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111579>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

OLIVEIRA, F. P. et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 60-73, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700060&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para Infância. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata-URSS,1978 : **Relatório Final**. Brasília: OMS – UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Leitos por habitantes e médicos por habitantes. **Nota de Esclarecimento**. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Regimento Interno Da Comissão Coordenadora Estadual dos Programas de Provimento do Ministério da Saúde PROVAB e Mais Médicos da Paraíba - CCE-Pb. **Diário Oficial do Estado da Paraíba**. 04/11/2015, p. 10.

PARSONS, W. **Public policy: na introduction to the theory and practice of policy analysis**. Cheltenham: Edward Elgar, 1995.

PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO - PMDB. **Uma Ponte para o Futuro**. Brasília: FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, I. D. F. **A formação profissional em saúde no Brasil pós-1988: aspectos das Conferências Nacionais de Saúde e das Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1181-1192, 2017.

PERRUSI, A. Profissão, vocação e medicina. **Política e Trabalho**, João Pessoa, n. 16, p. 73-84, set. 2000.

PISCO, L. Reform of Primary Health Care in Portugal (A journey through Family Medicine in Europe). **Jornal Médico de Família**, Lisboa, n. 151SE, p. 3, 2008.

PONG, R. W. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. **Human resources for health**, v. 6, p. 24. 2008.

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-59, jan./jun. 2013.

PRECIADO, J. C., RESTREPO, G.; VELASCO, A. **Cartografía social**. Bogotá: Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia, 1999.

RYAN-NICHOLLS, K. Preceptor recruitment and retention. **Can Nurse**, v. 100, n. 6, p. 19-22, 2004.

REIS, C. C. L; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre a Residência Médica no Brasil**. Brasília (DF): Câmara dos Deputados - Consultoria Legislativa; Biblioteca Digital da Câmara, 2011. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/6065>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2014.

SASSI, A. P. **Formação identitária dos estudantes de medicina: novo currículo, novas identidades?** 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, UFPB, João Pessoa, 2012.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições das desigualdades**, v. 1. São Paulo: Cremesp; CFM, 2011.

_____. (coord.). **Demografia Médica no Brasil**, v. 2. São Paulo: CFM/CREMESP, 2013.

_____. (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Social da USP/Cremesp/CFM, 2015.

SEMINÁRIO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL, MAIS SAÚDE PARA OS BRASILEIROS. 1. 2014. Estação Cabo Branco, João Pessoa, 10 de junho de 2014.

SCHERER-WARREN, I. Manifestações de rua no Brasil 2013: encontros e desencontros na política. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 71, p. 417-429, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792014000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902899&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SILVA, T. R. B. et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2861-2869, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902861&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SINÉSIO, V. Mais Médicos ameniza, mas não resolve problema na PB. **Jornal da Paraíba**, João Pessoa, Campina Grande, 19 abr. 2015. Disponível em: <http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/noticia/149675_mais-medicos-ameniza-mas-nao-resolve-problema-da-saude-na-pb>. Acesso em: 10 set. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. SBMFC, 2014.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e Instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

_____. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA-MUÑOZ, R. L. UFPB não aderirá ao “Mais Médicos”. **Semioblog**. Disponível em: <<http://semiologiamedica.blogspot.com.br/2013/07/ufpb-nao-aderira-ao-mais-medicos.html>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-1313, 2017.

STRAUME, K; SHAW, D. M. P. Effective physician retention strategies in Norway’s northernmost county. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 390–394, 2010.

TANAKA, O. Y; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

QUEIROZ, M. de S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 318-325, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL. UNA-SUS. Sistema Universidade Aberta do SUS. s/d. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/institucional>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY, U.S. Citizenship and Immigration Services. **Conrad 30 Waiver Program**. 2014. Disponível em:

<<https://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program>>. Acesso em: 10 out. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG. Assessoria de Imprensa. **Pré-adesão da UFCG ao programa Mais Médicos será rediscutida**. 2013. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=15250>. Acesso em: 12 fev. 2017.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, fev. 2007.

VELHO, G. **Projeto e Metamorfose** – Antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In. GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl.. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VISCOMI, M.; LARKINS, S.; GUPTA, T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013.

WARREN, M. D. **A Chronology of State Medicine, Public Health, Welfare and Related Services in Britain 1066 – 1999**. London: Faculty of Public Health medicine of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom, 2000.

WEBER, M. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Vol. 2. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

WILSON, N. W. et al. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote áreas. **Rural and Remote Health**, v. 9, n. 2, p. 1060, 2009.

ZANELLA, A. V. **Perguntar, registrar, escrever: Inquietações metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

ZOCCO, G. et al. TIMTEM project: our experience in a remote area. **Telemed J E Health**, v. 9, n 1, p.117-121, 2003.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO: MAIS MÉDICOS - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Mais Médicos - Formulário de Avaliação

*Obrigatório



ORIENTAÇÕES

Caro Colega, Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba. Os dados serão analisados de forma agrupada e não individual, mantendo-se a confidencialidade de sua resposta na avaliação dos dados e na publicação dos resultados!

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

1. Nome do Médico *

(Escreva seu nome completo)

2. Data de Nascimento *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

3. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino

4. Raça *

Marcar apenas uma oval.

- Negro
- Branco
- Amarelo
- Pardo
- Indígena
- Não sei / Não quero informar
- Outro:

5. País de Nascimento *

Marcar apenas uma oval.

- Brasil
- Cuba
- Argentina
- Uruguai
- Venezuela
- Espanha
- Outro:

6. Registro Profissional *

(CRM XXXX ou RMS XXXX)

7. Qual o seu telefone/celular? *

(0-XX-Código da Região-XXXX-XXXX)

8. Qual o seu e-mail? *

9. Você permitiria usar os seus contatos para criação de canais de comunicação mais rápidos como lista de e-mails ou grupo de Whatsapp? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EXPERIÊNCIA DO MÉDICO

10. Ano de Graduação em Medicina *

(Digite o ano com 4 dígitos)

11. País onde fez o curso de graduação em medicina. *

Marcar apenas uma oval.

- Brasil
- Cuba
- Argentina
- Uruguai
- Venezuela
- Espanha
- Outro:

12. Instituição onde fez a Graduação em Medicina *

(Colocar o nome completo da instituição)

13. Você é Médico de Família e Comunidade(MFC)? *

(Considera-se MFC somente quem tem residência em MFC - ou equivalente - ou título pela SBMFC, não valendo a especialização da UNASUS)

Marcar apenas uma oval.

- Sim, tenho residência em MFC (ou residência equivalente em caso de estrangeiros)
- Sim, tenho prova de título pela SBMFC
- Não

14. Você tem alguma outra Residência Médica? *

(Marque todas as residências já realizadas)

Marque todas que se aplicam.

- Medicina Preventiva e Social
- Clínica Médica
- Pediatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Não
- Outro:

15. Você tem alguma outra pós-graduação? *

(Marque todas as opções realizadas. Em caso negativo, pular a pergunta 16.)

Marque todas que se aplicam.

- Especialização em Saúde da Família pelo UNASUS
- Outras Especializações
- Mestrado
- Doutorado
- Não

16. Que outra pós-graduação você possui?

(Especifique o foco de todas as pós-graduações realizadas)

17. Qual o tempo de duração da graduação em medicina no local em que você fez o curso? *

Marcar apenas uma oval.

- 4 anos
- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos

- 8 anos
- Outro:

18. Quanto tempo você dedicou a sua formação em residências médicas realizadas? *

(Para este tempo deve-se somar o tempo de cada uma das residências, não levando-se em conta o tempo de especializações, mestrado e doutorado)

Marcar apenas uma oval.

- Não fiz ou não completei nenhuma residência médica
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos ou mais

19. O Programa Mais Médicos é seu primeiro emprego como médico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. Você já trabalhou como médico na Atenção Primária à Saúde antes de ingressar no Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. Quanto tempo você tinha de experiência como médico atuando na Atenção Primária antes de ingressar no Programa Mais Médicos? *

(Descreva a quantidade de anos completos, colocando 0 para menos de 1 ano de experiência)

22. Você já trabalhou como médico em alguma missão internacional? *

(Caso sua resposta for 'Não' pular as pergunta 23 e 24)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

23. Em que países você já trabalhou como médico em missões internacionais antes de ingressar no Mais Médicos no Brasil?

(Marque todos os países no qual já trabalhou)

Marque todas que se aplicam.

- Venezuela
- Bolívia
- Haiti
- Serra Leoa
- Portugal
- Outro:

24. Quanto tempo você atuou em missões em outros países antes de ingressar no Mais Médicos?

(Escreva o número de anos)

25. Você tem experiência como professor universitário de ensino na graduação de cursos de medicina? *

(Marque o tempo de experiência em cada área mesmo que haja coincidência no período de atuação)

Marcar apenas uma oval por linha.

Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
-----	---------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------

Em
Medicina de
Família e
Comunidade

Em Saúde

Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
-----	---------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------

Pública /
Saúde
Coletiva

Em
disciplinas
de outras
áreas

26. Você tem experiência como preceptor/tutor recebendo alunos de medicina em unidade de Atenção Primária antes do Programa Mais Médicos? *

(Marque o tempo de experiência em cada área mesmo que haja coincidência no período de atuação)
Marcar apenas uma oval por linha.

Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
-----	---------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------

Preceptoria
de alunos
de
medicina
em
unidades
de saúde
na APS

27. Você tem experiência de preceptoria em residências médicas? *

(Marque o tempo de experiência em cada área mesmo que haja coincidência no período de atuação)
Marcar apenas uma oval por linha.

Não	Sim, menos de 1 ano	Sim, de 1 a 2 anos	Sim, de 3 a 4 anos	Sim, de 5 a 6 anos	Sim, de 7 a 8 anos	Sim, de 9 a 10 anos	Sim, mais de 10 anos
-----	---------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------------

Em
Medicina de
Família e
Comunidade
/ Medicina
Preventiva e
Social

Em outras
residências

28. Você já recebeu alunos de medicina em sua unidade após ingressar no Programa Mais Médicos? *

(Marque sim caso tenha recebido alunos por pelo menos 3 meses)
Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE PROVIMENTO

29. Desde quando você ingressou no Programa Mais Médicos? *

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

30. Qual é a sua vinculação com o Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Mais Médicos

- Provab
- Outro:

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

31. Em que município você trabalha atualmente? *

Marcar apenas uma oval.

- João Pessoa
- Campina Grande
- Bayeux
- Cabedelo
- Cajazeiras
- DSEI
- Juazeirinho
- Patos
- Santa Rita
- Souza
- Água Branca
- Aguiar
- Alagoa Grande
- Alagoa Nova
- Alagoinha
- Amparo
- Arara
- Araruna
- Areia
- Areia de Baraúnas
- Aroeiras
- Assunção
- Baía da Traição
- Bananeiras
- Baraúna
- Barra de São Miguel
- Belém
- Boa Ventura
- Bom Jesus
- Bom Sucesso
- Bonito de Santa Fé
- Boqueirão
- Brejo do Cruz
- Caaporã
- Cabaceiras
- Cacimbas
- Cacimba de Areia
- Cacimba de Dentro
- Caiçara
- Cajazeirinhas
- Caldas Brandão
- Camalaú
- Caraúbas
- Carrapateira
- Casserengue
- Catingueira
- Caturité
- Conceição
- Condado
- Conde
- Congo
- Coremas
- Coxixola

- Cruz do Espírito Santo
- Cubati
- Cuité
- Curral de Cima
- Damião
- Desterro
- Fagundes
- Frei Martinho
- Gado Bravo
- Guarabira
- Gurinhém
- Gurjão
- Igaracy
- Ingá
- Itaporanga
- Itapororoca
- Itatuba
- Jacaraú
- Junco do Seridó
- Juripiranga
- Juru
- Lagoa
- Livramento
- Lucena
- Malta
- Mamanguape
- Manaíra
- Marizópolis
- Mogeiro
- Monteiro
- Mulungu
- Nova Floresta
- Nova Olinda
- Nova Palmeira
- Olho D'água
- Pedra Lavada
- Piancó
- Picuí
- Pilar
- Pilões
- Pirpirituba
- Pitimbu
- Pocinhos
- Poço Dantas
- Pombal
- Princesa Isabel
- Puxinanã
- Remígio
- Riachão
- Riacho dos Cavalos
- Salgado de São Félix
- Santa Cecília
- Santa Cruz
- Santa Inês
- Santana de Mangueira
- Santana dos Garrotes
- Santarém
- São Bentinho
- São Bento
- São Francisco

- São João do Rio do Peixe
- São José da Lagoa Tapada
- São José de Piranhas
- São José de Princesa
- São José de Sabugi
- São Miguel de Taipu
- São Sebastião do Umbuzeiro
- Seridó
- Serra da Raiz
- Serra Grande
- Serra Redonda
- Solânea
- Soledade
- Sossego
- Sumé
- Taperoá
- Tavares
- Teixeira
- Triunfo
- Uiraúna
- Umbuzeiro
- Vieirópolis
- Vista Serrana
- Outro

32. Em que USF você trabalha atualmente? *

(Escreva o nome da unidade de saúde, conforme o cadastro no CNES)

33. Qual o CNES desta USF? *

34. Qual o caráter do imóvel em que está sua unidade de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Imóvel próprio da prefeitura, unidade padronizada
- Imóvel próprio da prefeitura, unidade não padronizada
- Imóvel cedido/emprestado por organização social
- Imóvel alugado
- Outro:

35. Quantas equipes existem na sua unidade incluindo a sua? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5 6

36. Se mais de uma equipe, qual o nome da sua? *

37. A população que você atende mora em: *

Marcar apenas uma oval.

- Zona Urbana
- Zona Rural
- Mista

38. Você realiza regularmente consulta médica fora da unidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

39. Com que frequência você precisa atender fora de sua unidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Não preciso atender fora da minha unidade
- Todos os dias
- 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana
- Quinzenalmente

- 1 vez por mês
- Outro:

40. Qual o perfil dos locais em que você atende fora de sua unidade? *

(Se não atender fora da sua unidade, marcar apenas a primeira opção)

Marque todas que se aplicam.

- Não preciso atender fora da minha unidade
- Prédio próprio da prefeitura com boa estrutura
- Prédio próprio da prefeitura com estrutura precária
- Associação de moradores
- Igrejas
- Escolas
- Casa de pacientes/funcionários
- Outro:

41. Qual a população cadastrada sob responsabilidade de sua equipe de saúde? *

(Apresentar o dado existente no cadastro da secretaria municipal de saúde)

42. Você já teve que trocar de unidade desde que ingressou no programa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

43. Por qual motivo você teve que trocar de unidade após o ingresso no programa? *

(Marque todas as opções que justifiquem a troca de unidade)

Marque todas que se aplicam.

- Não precisei trocar de unidade
- Devido a problemas na estrutura física da unidade
- Devido a problemas com a equipe
- Devido a problemas de segurança
- Devido a uma população adscrita com mais de 4000 pessoas
- Devido a migração do Provab para o Mais Médicos
- Por decisão do gestor municipal
- Por descredenciamento do município
- Outro:

44. Desde quando você trabalha na USF atual? *

(Responder apenas em caso de já ter feito troca de unidade)

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

AValiação da Estrutura Física

45. Que recursos foram disponibilizados pela gestão para trazer conforto térmico no seu consultório? *

(Marque todas as opções disponibilizadas)

Marque todas que se aplicam.

- Janelas com boa circulação de ar
- Ventilador
- Ar-condicionado
- Nenhum recurso adequado
- Outro:

46. Avalie as afirmativas abaixo em relação à Estrutura Física do seu Consultório Médico. *

Marcar apenas uma oval por linha.

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------

O conforto térmico
no seu consultório
de atendimento é
adequado.

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo, nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------

O conforto luminoso no seu consultório de atendimento é adequado.

A acústica no seu consultório de atendimento é adequada.

A conservação de paredes e pisos no seu consultório de atendimento é adequada.

49. Está disponível na unidade de água potável de boa qualidade para consumo? *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

50. Quais recursos de mobília estão presentes em seu consultório de atendimento? *
(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas e critérios mínimos para seu funcionamento)
Marcar apenas uma oval por linha.

Disponível e de boa qualidade	Disponível, porém de má qualidade	Não disponível
----------------------------------	--------------------------------------	----------------

1 cadeira ou poltrona
para o paciente

1 cadeira ou poltrona
para o acompanhante

1 cadeira ou poltrona
para o médico

1 mesa/birô

1 maca

1 colchão para maca
revestido com material
impermeável

1 maca ginecológica

1 escada de 2 ou 3
degraus para acesso dos
pacientes à maca

1 local com chave para
a guarda de
documentos, livros,
receituário especial e
medicamentos sujeitos a
controle especial

1 biombo ou divisória

	Disponível e de boa qualidade	Disponível, porém de má qualidade	Não disponível		
I pia ou lavabo					
Lixeiras com pedal					
Chave ou ferrolho para fechar a porta durante o atendimento					
Persianas ou cortinas para fechar a janela durante o exame físico dos pacientes					
51. Quais insumos de uso cotidiano estão presentes em seu consultório de atendimento disponibilizados pela gestão? *					
(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas e critérios mínimos para seu funcionamento)					
Marcar apenas uma oval por linha.					

	Indisponível	Falta com frequência	Falta eventualmente	Falta raramente	Sempre disponível
--	--------------	-------------------------	------------------------	--------------------	----------------------

Lençol ou rolo de
papel para a maca

Toalhas de papel
para secar as mãos

Sabonete líquido/
Álcool em gel para
a higiene das mãos

Sacos de lixo para
a lixeira

Papel higiênico

51. Os insumos abaixo são disponibilizados pela gestão em quantidade adequada em seu consultório de atendimento *

Marcar apenas uma oval por linha.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
--	------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------

Lençol ou rolo de
papel para a maca

Toalhas de papel
para secar as mãos

Sabonete líquido/
Álcool em gel para
a higiene das mãos

Sacos de lixo para
a lixeira

Papel higiênico

52. Como você avalia o seu consultório de atendimento de forma geral? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo

Excelente

52. O seu consultório lhe dá plenas condições de prestar um atendimento de qualidade *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente

concordo totalmente

53. Classifique os ambientes e a estrutura física dos mesmos referentes à unidade em que trabalha. *
(Cada ambiente deste deve ser classificado de 0 (PÉSSIMO) a 10 (EXCELENTE) . Deve-se levar em conta pelo menos os seguintes critérios: Conforto Térmico; Luminosidade; Acústica; Pisos e Paredes (conservação); Móvel (cadeiras e armários) e outros aspectos que julgar importante.)

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Espaço não existente

Recepção

Consultório
Odontológico

Consultório de
Enfermagem

Farmácia

Sala de Vacinação

Sala de
Curativos/Procedimentos

Sala de
expurgo/esterilização

Sala de Reunião/Grupos

Banheiro para Pacientes

Banheiro para
Funcionários

Copa/Cozinha

53. A estrutura física dos ambientes abaixo discriminados está adequada para sua função *
Deve-se levar em conta os seguintes critérios: Conforto Térmico; Luminosidade; Acústica; Pisos e Paredes (conservação); Móvel (cadeiras e armários)

Marcar apenas uma oval por linha.

discordo totalmente discordo parcialmente nem concordo nem discordo concordo parcialmente concordo totalmente Espaço não existente

Recepção

Consultório
Odontológico

Consultório de
Enfermagem

Farmácia

Sala de Vacinação

Sala de
Curativos/Procedimentos

Sala de

Marcar apenas uma oval.

- Sim, para melhor
- Sim, para pior
- Não percebo mudanças

58. No caso de ter havido mudanças estruturais, descreva-as abaixo. *

AVALIAÇÃO DE INSUMOS, EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO

59. Que equipamentos de trabalho para o atendimento clínico estão presentes na sua unidade? *

(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM e no Relatório de Primeira Visita de Supervisão)

Marcar apenas uma oval por linha.

	Disponível para a unidade e de boa qualidade	Disponível para a unidade, porém de má qualidade	Disponível para a minha equipe e de boa qualidade	Disponível para a minha equipe, porém de má qualidade	Disponível no meu consultório de atendimento e de boa qualidade	Disponível no meu consultório de atendimento, porém de má qualidade	Não disponível
Esfigmomanômetro adulto							
Estetoscópio							
Termômetro							
Martelo para exame neurológico							
Lanterna							
Negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem							
Otoscópio							
Kit de monofilamento para teste de pé diabético							
Glicosímetro							
Balança antropométrica para adultos							
Balança antropométrica infantil							
Régua infantil							
Sonar doppler							
Fita métrica plástica flexível inelástica							
Iluminação foto							

Disponível para a unidade e de boa qualidade	Disponível para a unidade, porém de má qualidade	Disponível para a minha equipe e de boa qualidade	Disponível para a minha equipe, porém de má qualidade	Disponível no meu consultório de atendimento e de boa qualidade	Disponível no meu consultório de atendimento, porém de má qualidade	Não disponível
--	--	---	---	---	---	----------------

dirigível (foco de luz)

Mesa auxiliar para instrumental do exame ginecológico

59. Os equipamentos abaixo estão presentes em quantidade e qualidade adequadas *
 Marcar apenas uma oval por linha.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Esfigmomanômetro adulto					
Estetoscópio					
Termômetro					
Martelo para exame neurológico					
Lanterna					
Negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem					
Otoscópio					
Kit de monofilamento para teste de pé diabético					
Glicosímetro					
Balança antropométrica para adultos					
Balança antropométrica infantil					
Régua infantil					
Sonar doppler					
Fita métrica plástica flexível inelástica					
Iluminação foto					

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
dirigível (foco de luz)					
Mesa auxiliar para instrumental do exame ginecológico					
60. Que insumos de uso cotidiano para o atendimento clínico estão presentes na sua unidade? * (Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM e no Relatório de Primeira Visita de Supervisão) Marcar apenas uma oval por linha.					
	Indisponível	Falta com frequência	Falta eventualmente	Falta raramente	Sempre disponível
Pilhas para lanterna					
Abaixadores de língua descartáveis					
Luvas descartáveis					
Tiras reagentes para hemoglicoteste					
Espéculos vaginais (descartáveis ou não)					
Material para coleta de citologia do colo do útero					
DIU					
Material para curativo					
60. Os seguintes insumos estão disponíveis com qualidade e quantidade adequadas * Marcar apenas uma oval por linha.					
	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Pilhas para lanterna					
Abaixadores de língua descartáveis					
Luvas descartáveis					
Tiras reagentes para hemoglicoteste					
Espéculos vaginais (descartáveis ou não)					
Material para coleta de citologia do colo do útero					

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------

DIU

Material para
curativo

61. Como você avalia a disponibilidade de medicamentos de uso cotidiano na sua unidade? *
(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM e no Relatório de Primeira Visita de Supervisão)
Marcar apenas uma oval por linha.

Fornecimento regular em quantidade suficiente	Fornecimento regular em quantidade insuficiente	Fornecimento irregular	Inexistente
--	--	---------------------------	-------------

Medicamentos para
hipertensãoMedicamentos para
DiabetesAntibióticos para
crianças

Antibióticos para adultos

Analgésicos/antitérmicos
para criançasAnalgésicos/antitérmicos
para adultos

Anti-inflamatórios

Anticoncepcionais

Antiparasitários

Psicotrópicos

Medicamentos para uso
oftalmológicoMedicamentos injetáveis
para urgência

61. Você tem medicamentos em quantidade durante todo mês *
Marcar apenas uma oval por linha.

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------

Medicamentos para
hipertensãoMedicamentos para
DiabetesAntibióticos para
crianças

Antibióticos para adultos

Analgésicos/antitérmicos
para crianças

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Analgésicos/antitérmicos para adultos					
Anti-inflamatórios					
Anticoncepcionais					
Antiparasitários					
Psicotrópicos					
Medicamentos para uso oftalmológico					
Medicamentos injetáveis para urgência					
62. Há disponibilidade de Benzetacil para fornecimento na sua unidade? *					
Marcar apenas uma oval.					

- Sim
- Não

63. Como você avalia a disponibilidade de impressos de uso no cotidiano de trabalho? *
(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM e no Relatório de Primeira Visita de Supervisão)
Marcar apenas uma oval por linha.

	Indisponível	Falta com frequência	Falta eventualmente	Falta raramente	Sempre disponível
Folhas de Evolução					
Receituário Simples					
Receituário Branco Especial					
Receituário Azul					
Folha de solicitação de exames					
Atestado médico padronizado					
Fichas de encaminhamento					
Carbono					

63. Você tem impressos disponíveis na unidade com regularidade *
Marcar apenas uma oval por linha.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Folhas de Evolução					
Receituário Simples					

discordo totalmente discordo parcialmente nem concordo nem discordo concordo parcialmente concordo totalmente

Receituário Branco Especial

Receituário Azul

Folha de solicitação de exames

Atestado médico padronizado

Fichas de encaminhamento

Carbono

64. Como você avalia a disponibilidade de recursos de informática e internet na sua unidade de saúde? *

(Baseado na Resolução 2056/2013 do CFM e no Relatório de Primeira Visita de Supervisão)

Marcar apenas uma oval por linha.

Disponível para a unidade e de boa qualidade	Disponível para a unidade, porém de má qualidade	Disponível para a minha equipe e de boa qualidade	Disponível para a minha equipe, porém de má qualidade	Disponível no meu consultório de atendimento e de boa qualidade	Disponível no meu consultório de atendimento, porém de má qualidade	Não disponível
--	--	---	---	---	---	----------------

Computador

Impressora

Internet

Prontuário eletrônico

Telessaúde

Você tem os seguintes recursos de internet e informática com qualidade e quantidade adequadas? *
Marcar apenas uma oval por linha.

discordo totalmente discordo parcialmente nem concordo nem discordo concordo parcialmente concordo totalmente

Computador

Impressora

Internet

Prontuário eletrônico

Telessaúde

AValiação DE RECURSOS HUMANOS

65. Qual é o tipo de sua equipe? *

(Parâmetro da equipe mínima ESF: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS;
Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

Marcar apenas uma oval.

- Equipe mínima ESF
- Equipe ESF com saúde bucal
- Outro:

66. Sua equipe está completa? *

(Parâmetro da equipe mínima: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 ACS; Equipe mínima com Saúde Bucal: todos os anteriores e mais 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Higiene Dental (THD))

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

67. Se não, quais profissionais estão faltando? *

68. Qual a forma de contrato dos demais profissionais de sua equipe? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Prestador de serviços	Regime CLT	Regime Estatutário	Bolsista	Outro
Enfermeira					
Técnica de enfermagem					
Odontólogo					
Técnico de Higiene Dental ou Auxiliar de consultório dentário					
Agentes Comunitários de Saúde					

69. Na sua unidade, tem alguma equipe faltando médico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Trabalho em unidade com uma só equipe

70. Há profissional de segurança na sua unidade de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

71. Há profissional para recepção na sua unidade de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

72. Há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

73. Com que frequência há profissionais do NASF atuando na sua unidade de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Todos os dias
- 3 a 4 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- Quinzenal
- Mensal
- Não há apoio do NASF para minha unidade

74. Quais papéis são desempenhados pelos profissionais do NASF no apoio a sua unidade? *
Marque todas que se aplicam.

- Atendimento Clínico
- Apoio Matricial / Discussão de casos
- Apoio Gerencial
- Outro:

75. Qual a profissão dos profissionais do NASF que apoiam a sua unidade? *
Marque todas que se aplicam.

- Pediatra
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Educador Físico
- Outro:

AVALIAÇÃO PROCESSO DE TRABALHO

76. Qual o modo de funcionamento de sua unidade de saúde? *
Marcar apenas uma oval.

- 1 turno
- 2 turnos
- Horário corrido

77. Qual o tempo diário de funcionamento de sua unidade de saúde para o atendimento dos pacientes? *
(Coloque um número entre 0 e 8 horas)

78. Além dos pacientes cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regular a pacientes de outras áreas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

79. Que outros paciente, além dos cadastrados na sua equipe, você precisa prestar atendimento regularmente? *

Marque todas que se aplicam.

- Pacientes de áreas descobertas
- Pacientes de área de influência
- Pacientes de outras unidades
- Pacientes de outras equipes na minha unidade
- Não faço atendimento de pacientes não cadastrados na minha equipe
- Outro:

80. Quais dos serviços abaixo são oferecidos à população pela sua equipe de saúde? *
Marcar apenas uma oval por linha.

Sim, mas eu não
participo

Sim, e eu participo

Não

Acolhimento

Atendimento à demanda

	Sim, mas eu não participo	Sim, e eu participo	Não
espontânea			
Atendimento de consultas agendadas			
Visita Domiciliar			
Coleta de citopatológico de colo uterino			
Pré-natal			
Puericultura			
Curativos			
Vacinação			
Suturas			
Pequenas cirurgias			
Colocação de DIU			
Grupos educativos/terapêuticos			

81. Há aplicação de Benzetacil na sua equipe quando este medicamento está disponível? *
 Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

82. Qual a forma de marcação na sua equipe para os pacientes que desejam ser atendidos no mesmo dia? *

(Pode ser marcada mais de um opção)
 Marque todas que se aplicam.

- Ordem de chegada (fila, distribuição de fichas)
- Acolhimento com classificação de risco
- Triagem até completar o número de fichas
- Todos que procuram a unidade são atendidos
- Outro:

83. Qual o número médio de consultas que você atende diariamente em sua unidade? *
 (Considerar como referência um dia habitual de trabalho)

84. Qual o número de atendimentos realizados por você no último mês de trabalho? *
 (Em caso de férias ou afastamento do trabalho maior que 5 dias no último mês, considerar o mês anterior. Responder com base nos dados enviados ao Esus)

85. Com que frequência você registra suas consultas em prontuário? *
 Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- Raramente
- Eventualmente
- Frequentemente
- Sempre

86. Qual o método de registro de suas consultas em prontuário? *
 Marcar apenas uma oval.

- Registro orientado por problemas (SOAP = Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano de Cuidado)

- Método Tradicional (Queixa Principal, História da Doença Atual (HDA), Antecedentes, Hipótese Diagnóstica e Conduta)
- Resumido, registro só informações básicas
- Não faço registro em prontuário
- Outro:

87. Em relação ao trabalho em equipe, quais das atividades abaixo são realizadas? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim, regularmente	Sim, eventualmente	Sim, raramente	Não
Atendimento conjunto de vários profissionais				
Discussão de casos/projetos terapêuticos				
Planejamento de atividades				
Atividades de grupo				
Discussão de indicadores				

88. Há reunião de equipe? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

89. Qual a frequência da reunião de equipe? *

Marcar apenas uma oval.

- Não há reunião de equipe
- Mensal
- Quinzenal
- Semanal
- Sem regularidade definida

90. O que funciona na unidade de saúde durante a reunião? *

Marque todas que se aplicam.

- Nada, a unidade fica fechada
- Atendimento a demanda espontânea
- Farmácia
- Vacinação
- Marcação de exames
- Outro:

91. Você participa da reunião de equipe? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Às vezes
- Não

92. Quais dos elementos abaixo estão presentes nas reuniões de equipe? *

Marque todas que se aplicam.

- Pauta definida previamente
- Tempo para informes
- Metodologias participativas

- Deliberações por consenso ou votação
- Construção de ata
- Educação permanente
- Outro:

93. Há atividades de educação permanente para a sua equipe? *
 Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Outro:

94. Com que frequência há atividade de educação permanente para a sua equipe? *
 Marcar apenas uma oval.

- Não há atividades de educação permanente de forma regular
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Outro:

95. As atividades de educação permanente são para todos os profissionais ou separadas por categoria profissional? *
 Marcar apenas uma oval.

- Não há atividades de educação permanente de forma regular
- Separados por categoria profissional
- Todos os profissionais juntos
- Outro:

REDE DE SAÚDE

96. Quais serviços/recursos de saúde de retaguarda você tem acesso em sua unidade de saúde? *
 Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	O serviço existe, mas nega atendimento com frequência
Hospital			
Unidade de pronto- atendimento (UPA)			
SAMU			
Ambulância para transporte de pacientes			
Serviço de Atendimento Domiciliar			
Centro de atenção psicossocial (CAPS)			
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)			
Academia da Saúde			

96. Você consegue encaminhar e seus pacientes terem acesso a serviços de retaguarda com facilidade *
 Marcar apenas uma oval por linha.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Hospital					

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------

Unidade de pronto-atendimento (UPA)

SAMU

Ambulância para transporte de pacientes

Serviço de Atendimento Domiciliar

Centro de atenção psicossocial (CAPS)

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Academia da Saúde

97. Você tem dificuldade para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

98. Quais os principais motivos de dificuldades para encaminhar pacientes para outros profissionais de saúde ou outros especialistas médicos? *

(Marque todas as alternativas que representarem problema para encaminhamento na sua unidade)

Marque todas que se aplicam.

- Falta de outros profissionais no município
- Longa fila de espera
- Resistência de outros profissionais a atender pacientes encaminhados por médicos do Programa Mais Médicos
- Indisposição dos pacientes por dificuldades de transporte
- Indisposição dos pacientes por mau atendimento dos especialistas
- Não tenho dificuldades para encaminhar os pacientes
- Outro:

99. Se sim, descreva abaixo de forma resumida as principais áreas/especialidades em que tem dificuldade para o encaminhar os pacientes.

100. Quando seus pacientes são atendidos em outros serviços da rede você recebe retorno dos atendimentos nestes serviços?

Marcar apenas uma oval por linha.

Sim, sempre	Sim, eventualmente	Sim, raramente	Não
-------------	-----------------------	----------------	-----

	Sim, sempre	Sim, eventualmente	Sim, raramente	Não	
Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)					
Nota de alta (internação hospitalar)					
Contra-referência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)					
Exames realizados nestes serviços					
100. Você recebe retorno dos atendimentos nestes outros serviços da rede Marcar apenas uma oval por linha.					
	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente

Boletim de atendimento (atendimentos hospitalares, UPA, SAMU)

Nota de alta (internação hospitalar)

Contra-referência (atendimentos de outros profissionais ou outras especialidades médicas)

Exames realizados nestes serviços

101. Você acha que a rede de saúde de seu município teria condições de receber a Residência de Medicina de Família e Comunidade? *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Outro:

AValiação da Supervisão

102. Quantas visitas seu supervisor fez na sua unidade de saúde nos últimos 3 meses? *
(Considerar visita somente a atividade realizada na sua unidade de saúde)
Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6

103. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas visitas à unidade? *

(Marque todas as opções já utilizadas)

Marque todas que se aplicam.

- Atendimento de pacientes sob observação do supervisionado
- Atendimento conjunto
- Acompanhamento de consultas com feedback
- Discussão de casos
- Estudo imediato junto ao supervisionado
- Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente
- Discussão de temas sem leitura prévia
- Outro:

104. Que recursos pedagógicos você gostaria que o seu supervisor utilizasse nas visitas à unidade? *

(Marque todas as opções já utilizadas)

Marque todas que se aplicam.

- Atendimento de pacientes sob observação do supervisionado
- Atendimento conjunto
- Acompanhamento de consultas com feedback
- Discussão de casos
- Estudo imediato junto ao supervisionado
- Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente
- Discussão de temas sem leitura prévia
- Outro:

105. Seu supervisor já participou de alguma reunião de equipe em sua unidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

106. Qual o objetivo da participação do seu supervisor na reunião de equipe em sua unidade? *

Marque todas que se aplicam.

- Ele nunca participou
- Apoiar na resolução de conflito entre profissionais
- Apoiar na qualificação do processo de trabalho
- Apresentar o programa e seu funcionamento
- Outro:

Sobre papel do supervisor *

Das questões 107 a 109, responda sobre a atuação do seu supervisor

Marcar apenas uma oval por linha.

discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------

107. O supervisor apoia na qualificação clínica de maneira satisfatória

108. O supervisor apoia na melhoria do processo de trabalho

109. O supervisor apoia na qualificação do processo de trabalho da equipe

discordo totalmente discordo parcialmente nem concordo nem discordo concordo parcialmente concordo totalmente

110.

Seu supervisor apoia nas duas

110. demandas

com boa

disponibilidade e

rapidez

107. Como você avalia a importância da supervisão na unidade em relação à qualificação do seu cuidado clínico? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssima

Excelente

108. Como você avalia a importância da supervisão na unidade em relação à qualificação do seu processo de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssima

Excelente

109. Como você avalia a importância da supervisão na unidade na qualificação do processo de trabalho da equipe ao qual você está vinculado? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssima

Excelente

110. Seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

111. Com que frequência seu supervisor faz reuniões de educação permanente com o grupo de médicos supervisionados? *

(Não considerar neste item a reunião locorregional)

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
- De forma eventual
- Todos os meses
- Trimestralmente

112. Que recursos pedagógicos o seu supervisor utiliza nas reuniões de educação permanente? *

(Marque todas as opções já utilizadas)

Marque todas que se aplicam.

- Não há reunião de educação permanente
- Role-playing/simulação de consultas
- Simulação de situações do processo de trabalho
- Discussão de casos
- Discussão sobre processo de trabalho
- Discussão de temas/artigos/capítulos pactuados e lidos previamente
- Discussão de temas sem leitura prévia
- Aula expositiva
- Seminários
- Escuta qualificada com apoio coletivo / Grupo Ballint
- Outro:

113. Seu supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por você ou pelos outros médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

114. Com que frequência seu supervisor faz reuniões regulares com a gestão do município para discutir os problemas apresentados por você ou pelos outros médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Não há reuniões regulares com a gestão
- Eventualmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Não sei

115. Que outras ofertas pedagógicas ou de apoio são oferecidas pelo seu supervisor? *
(Marque todas as opções já utilizadas)

Marque todas que se aplicam.

- Grupo de Whatsapp
- Lista de E-mails
- Redes Sociais
- Disponibilidade para contato telefônico

116. Como você avalia seu supervisor de forma geral? *

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Péssimo

Excelente

116. O seu supervisor desempenha suas funções de maneira satisfatória *

FIQUEI NA DUVIDA DO PARÂMETRO. CRIEI ISSO

Marcar apenas uma oval.

- discordo totalmente
- discodo parcialmente
- nem concordo nem discordo
- concordo parcialmente
- concordo totalmente

117. Descreva aspectos positivos que deveriam ser mantidos e negativos que deveriam ser melhorados de sua supervisão.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO MÉDICO

118. Em relação ao Programa Mais Médicos, avalie a sua satisfação com os recursos pedagógicos listados abaixo? *

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não sei /
Não tenho
dados
suficientes
para
responder

Tutor/Coordenador
da sua região

Reuniões
locorregionais

Curso de
Especialização da
UNASUS

Cursos à distância

Não sei /
Não tenho
dados
suficientes
para
responder

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

do AVASUS

Telessaúde
(plataforma
escrita)

Telessaúde
(Serviço 0800)

118. Em relação ao Programa Mais Médicos, avalie a sua satisfação com os recursos pedagógicos listados abaixo? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
está satisfeito com o Tutor/Coordenador da sua região					
está satisfeito com as Reuniões locorregionais					
está satisfeito com o Curso de Especialização da UNASUS					
está satisfeito com o Cursos à distância do AVASUS					
está satisfeito com o Telessaúde (plataforma escrita)					
está satisfeito com o Telessaúde (Serviço 0800)					

119. Em relação ao Programa Mais Médicos, avalie a sua satisfação com cada um dos itens abaixo? *
Marcar apenas uma oval por linha.

Não sei /
Não tenho
dados
suficientes
para
responder

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Remuneração
recebida

Trabalho
realizado na

discordo totalmente discordo parcialmente nem concordo nem discordo concordo parcialmente concordo totalmente

satisfeito com o
Apoiador do
Ministério da
Saúde

estou muito
satisfeito com o
Apoiador do
Ministério da
Educação

120. Avalie a sua satisfação geral com o Programa Mais Médicos. *
Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito insatisfeito

Muito satisfeito

120. Você está muito satisfeito com o programa com o Programa Mais Médicos médicos *
Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

discordo totalmente

concordo totalmente

121. Você gostaria de renovar seu contrato com o Programa Mais Médicos caso seja possível ao final do contrato vigente? *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Somente se houver mudança de município
- Não

122. Que elementos foram importantes para sua permanência no programa até este momento? *
(Marque todas as alternativas que avaliar como importantes)
Marque todas que se aplicam.

- Bonificação de 10% para residência (Provab)
- Apoio da supervisão
- Valor da remuneração
- Boa relação com a equipe
- Boa relação com os pacientes
- Valorização pela gestão municipal
- Afinidade com o trabalho na Atenção Primária
- Vínculo diretamente com o governo federal

123. Você gostaria de seguir atuando na Atenção Primária após o término do Programa Mais Médicos? *
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

124. Você desejaria atuar como preceptor/tutor da Residência de Medicina de Família, recebendo residentes em sua equipe de saúde? *

Está previsto na Lei do Mais Médicos disponibilidade de vagas de residência de forma universal para todos os egressos do curso de medicina. Para isso, será necessário uma quantidade enorme de preceptores na Atenção Primária.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, se for remunerado
- Sim, de qualquer jeito
- Não

INFORMAÇÕES FINAIS

125. Você permitiria usar os dados de sua resposta, preservando o sigilo de sua identidade e dados pessoais, para análise e elaboração de publicações científicas? (mais informações abaixo) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Caro Colega, Este formulário é parte integrante do processo de avaliação do Programa Mais Médicos na Paraíba. **OBJETIVO GERAL** - Tem como objetivo geral avaliar o programa Mais Médicos na Paraíba em suas várias dimensões. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** - Traçar um perfil do médico do mais médicos da Paraíba, incluindo sua formação e experiência; - Traçar um panorama da estrutura física, insumos, equipamentos, medicamentos, recursos humanos e do processo de trabalho das unidades onde atuam os médicos do programa; - Traçar um panorama da rede de serviços disponível para os médicos do programa; - Avaliar o processo de supervisão; - Avaliação do programa em relação aos demais aspectos pedagógicos; - Avaliação sobre a capacidade do programa de induzir mudanças estruturais e de processo de trabalho na APS da PB; - Avaliação de fatores associados com a fixação de médicos na APS; - Identificação de potenciais municípios e unidades para receber a residência de medicina de família na PB; - Identificar potenciais preceptores para a residência em MFC. **PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO** - A participação nesse estudo envolve somente o preenchimento deste formulário online com o consequente envio das respostas. **BENEFÍCIOS/RISCOS DO ESTUDOS** - A sua participação é de fundamental importância para a avaliação do programa no estado da Paraíba, contribuindo para o planejamento das ações que venham a qualificar a sua atuação no programa no ano de 2016 e a Atenção Primária no estado como um todo. - A participação no estudo não envolve qualquer risco associado, **CONFIDENCIALIDADE** - Todas as informações coletadas são armazenadas e analisadas por um sistema computadorizado, mantendo a confidencialidade de acordo com a legislação aplicável nacional. A informação é analisada sem o seu nome. As respostas irão receber um tratamento puramente estatístico e serão processados em geral, tendo em conta todos os participantes. Os resultados do estudo são apresentados sempre de uma forma abrangente e nunca, em hipótese alguma, individualmente. O tratamento dos dados será completamente anônimo. **ÉTICA EM PESQUISA** - Este formulário faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado "ANÁLISE POLÍTICO-SOCIAL DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DA PARAÍBA", tendo aprovação do CEP do CCS/UFPB em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188. **DÚVIDAS E OUTRAS INFORMAÇÕES** - Em caso de dúvidas e/ou maiores informações favor contactar o Tutor Alexandre José de Melo Neto pelo email halemao_jp@hotmail.com.

AGRADECEMOS PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA

Análise da Implantação do Programa Mais Médicos na Paraíba

Prezados secretários e secretárias de saúde, coordenadoras e coordenadores de Atenção Básica e demais responsáveis pelo Programa Mais Médicos em âmbito municipal, este formulário é parte de uma pesquisa que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que tem o objetivo de analisar a implantação do Programa Mais Médicos nos Municípios paraibanos. O Projeto de Pesquisa é coordenado pelo Professor André Petraglia Sassi do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da UFPB e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB com o número CAAE - 48948015.8.0000.5188. Para sua segurança, todas as informações serão tratadas em forma de percentual geral, sem divulgação de dados específicos da cada localidade. Estamos certos de que sua contribuição será muito importante para a compreensão do impacto desse programa nos municípios da Paraíba, apoiando, inclusive, outras políticas para o fortalecimento da Atenção Básica. Solicitamos, por gentileza, o preenchimento do formulário até o dia 30 de novembro.

Após consolidados os dados, enviaremos para o mesmo e-mail de vocês o relatório da pesquisa.

Qualquer dúvida ou necessidade de esclarecimento, por favor entrar em contato com André Petraglia Sassi: e-mail andrepsassi@gmail.com; Tel - (83) 999939764.

Agradeço sua disponibilidade e atenção.

*Obrigatório

IDENTIFICAÇÃO DE QUEM ESTÁ RESPONDENDO O FORMULÁRIO

1. Responsável pelas respostas deste formulário: *

Marcar apenas uma oval.

- Prefeita(o)
- Secretária(o) de saúde
- Coordenador(a) de Atenção Básica
- Outro:

SOBRE O MUNICÍPIO E GESTÃO MUNICIPAL

2. Nome do Município *

3. Região de Saúde *

Marcar apenas uma oval.

- 1 Região
- 2 Região
- 3 Região
- 4 Região
- 5 Região
- 6 Região
- 7 Região
- 8 Região
- 9 Região
- 10 Região
- 11 Região
- 12 Região
- 13 Região
- 14 Região
- 15 Região
- 16 Região

4. Número estimado de habitantes residentes no município

5. Formação da secretária ou secretário de saúde *

Marcar apenas uma oval.

- Médica(o)
- Enfermeira(o)
- Odontóloga(a)
- Psicóloga(o)
- Nutricionista
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Farmacêutica(o)
- Educador(a) Físico(a)
- Fonoaudióloga(o)
- Outro:

6. Secretária ou Secretário de saúde já atuou na Atenção Básica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

7. Tempo como secretária ou secretário de saúde no município *

Marcar apenas uma oval.

- Até 1 ano
- De 1 a 2 anos
- De 3 a 4 anos
- de 4 a 5 anos
- Mais de 5 anos

8. Secretária ou Secretário de saúde do município já exerceu a gestão da saúde em outro município que não o atual? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. A principal referência no Município para o Programa Mais Médicos é: *

Marque todas que se aplicam.

- Prefeita(o)
- Secretária ou Secretário de Saúde
- Coordenador(a) de Atenção Básica
- Outro:

10. Haverá continuidade da Gestão Municipal a partir de 2017? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11. Número Total de Equipes de Saúde da Família no Município *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Entre 10 e 15
- Entre 16 e 20
- Entre 21 e 30

- Entre 31 e 40
- Entre 41 e 50
- Mais de 50

12. Número de Equipes de Saúde da Família com Médicos do Programa Mais Médicos *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Entre 10 e 15
- Entre 16 e 20
- Entre 21 e 30
- Entre 31 e 40
- Entre 41 e 50
- Mais de 50

13. Quantidade de Médicos Brasileiros formados no Brasil (CRM Brasil) vinculados ao Programa Mais Médicos no Município *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Mais de 10

14. Quantidade de Médicos Brasileiros formados no Exterior (Registro RMS) vinculados ao Programa Mais Médicos no Município *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Mais de 10

15. Quantidade de Médicos Cubanos (Cooperados) vinculados ao Programa Mais Médicos no Município *

Marcar apenas uma oval.

- 0

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Mais de 10

16. Quantidade de estrangeiros (não cubanos) Intercambistas Individuais (Registro RMS) vinculados ao Programa Mais Médicos no Município *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Mais de 10

17. Número de Equipes de Saúde da Família com Médicos do PROVAB *

Marcar apenas uma oval.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Entre 10 e 15
- Entre 16 e 20
- Entre 21 e 30
- Entre 31 e 40
- Entre 41 e 50
- Mais de 50

18. Há médicos brasileiros contratados pelo Município para trabalho na Atenção Básica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

19. Qual a forma de vinculação dos médicos contratados pelo Município? *

Marque todas que se aplicam.

- Contrato Temporário de Prestação de Serviço
- RPA - Recibo de Pagamento a Autônomo
- Concurso Público
- Outro:

20. Qual a carga-horária de contrato dos médicos? *

Marque todas que se aplicam.

- 20 horas
- 30 horas
- 40 horas
- Outro:

21. Quantos dias por semana os médicos contratados/concursados trabalham na Unidade de Saúde onde estão alocados?

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

SOBRE O FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

22. O município paga ajuda de custo para o(s) médico(s) do Programa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

23. Há Lei Municipal elaborada para garantir o pagamento da ajuda de custo do(s) médico(s)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

24. No Município atuam profissionais de que ciclo do Programa Mais Médicos? *

Marque todas que se aplicam.

- Primeiro Ciclo
- Segundo Ciclo
- Terceiro Ciclo
- Quarto Ciclo
- Quinto Ciclo
- Sexto Ciclo
- Sétimo Ciclo
- Oitavo Ciclo
- Nono Ciclo
- Décimo Ciclo
- Décimo Primeiro Ciclo

25. O Município recebe apoio do Ministério da Saúde para resolução de situações referentes ao Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

26. O Município recebe apoio da Secretaria Estadual de Saúde para a resolução de situações referentes ao Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

27. A Gestão Municipal conhece o(a) supervisor(a) da(o) médica(o) do Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

28. Quais os maiores desafios para a Gestão Municipal para garantir o funcionamento do Programa Mais Médicos? *

OS IMPACTOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO MUNICÍPIO

29. Qual o menor período em que uma equipe ficou sem profissional médico antes da chegada do Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 30 dias
- Entre 1 e 2 meses
- Entre 2 e 4 meses
- Entre 4 meses e 1 ano
- Mais de 1 ano

30. Qual o maior período em que uma equipe ficou sem profissional médico antes da chegada do Programa Mais Médicos? *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 30 dias
- Entre 1 e 2 meses
- Entre 2 e 4 meses
- Entre 4 meses e 1 ano
- Mais de 1 ano

31. Há atualmente alguma equipe do Município sem profissional médico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

32. O Município já teve alguma equipe descredenciada ou perdeu recursos por causa da falta de profissional médico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

33. Já houve, antes da chegada do Programa Mais Médicos, médicos contratados no Município que trabalhassem 4 dias por semana? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

34. Há, atualmente, médicos contratados no Município que trabalham 4 ou mais dias na semana? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

35. Já houve médicos contratados no Município que residissem na localidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

36. A implantação do Programa Mais Médicos trouxe benefícios para o Município? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

37. Os benefícios decorrentes da implantação do Programa Mais Médicos no Município dizem respeito a: *

Marque todas que se aplicam.

- Término do problema da Falta de Médicos
- Diminuição da Rotatividade de Médicos
- Melhoria no Processo de Trabalho das Equipes
- Maior tempo com presença de médicos no Município
- Ampliação da capacidade de resolução dos problemas de saúde das pessoas
- Economia para o Município quanto à contratação de profissional médico
- Outro:

38. Com a chegada do Programa Mais Médicos, que ações passaram a ser realizadas pelos médicos no Município que antes do Programa não eram realizadas? *

Marque todas que se aplicam.

- Grupo de Educação em Saúde
- Reunião comunitária ou com Conselho de Saúde
- Realização de diagnóstico de saúde da comunidade
- Participação em reuniões de equipe
- Realização de procedimentos (exemplo: sutura, retirada de unha encravada, drenagem de abscesso, inserção de DIU)
- Integração com o NASF
- Outro:

39. Qual(is) o(s) benefício(s) do Programa Mais Médicos para o Município?

40. Há aspectos que diferenciam os médicos vinculados ao Programa Mais Médicos dos médicos contratados/concursados? Se sim, quais são?

41. Há aspectos que diferenciam os médicos cubanos dos médicos brasileiros quanto ao trabalho na Atenção Básica do Município? Se sim, quais são?

PROBLEMAS RELACIONADOS AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

42. Há/houve algum problema relacionado a MÉDICOS do Programa Mais Médicos no Município? *
 Marcar apenas uma oval.

- Sim (se marcar "sim", responda a questão 43 e 44)
- Não

43. Os problemas referente aos médicos do Programa correspondem a:

Marque todas que se aplicam.

- Descumprimento da carga-horária
- Não realização das ações previstas pela Política Nacional de Atenção Básica (grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe, pré-natal, puericultura, acolhimento, atendimento a todas as pessoas)
- Problemas técnicos de diagnóstico, solicitação de exames ou prescrições
- Dificuldade de trabalho em equipe
- Outro:

44. Comente sobre as dificuldades encontradas nos médicos do Programa.

45. Há/houve algum problema relacionado a SUPERVISORES do Programa Mais Médicos no Município? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim (se marcar "sim", responda 46)
- Não

46. Comente sobre os problemas com supervisores do Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

47. Faça uma avaliação geral sobre o Programa Médicos no Município.

48. Que sugestões você pode deixar quanto à continuidade e ações do Programa Mais Médicos?

Consentimento e Agradecimentos

Agradecemos sua disponibilidade quanto ao preenchimento das informações do formulário. Estamos certos que sua contribuição será muito importante para a análise dessa Política de Saúde no Brasil. Caso haja alguma dúvida, não exite em entrar em contato: André Petraglia Sassi: e-mail andrepsassi@gmail.com; Tel - (83) 999939764.

Você autoriza a utilização das respostas para fins de pesquisa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

APÊNDICE C - LISTA DE MUNICÍPIOS PARAIBANOS QUE RECEBERAM MÉDICOS “COOPERADOS” OU “INTERCAMBISTAS INDIVIDUAIS” NO PERÍODO DE 2013 A 2017

MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS
AGUA BRANCA	GADO BRAVO	SAO BENTINHO
AGUIAR	GUARABIRA	SAO BENTO
ALAGOINHA	GURINHEM	SAO JOSE DE PIRANHAS
AMPARO	GURJAO	SAO JOSE DE PRINCESA
ARARUNA	IGARACY	SAO JOSE DO SABUGI
AREIA	INGA	SAO JOSE DOS CORDEIROS
AROEIRAS	ITAPOROROCA	SAO SEBASTIAO DO UMBUZEIRO
ASSUNCAO	ITATUBA	SAO VICENTE DO SERIDO
BAIA DA TRAICAO	JOAO PESSOA	SERRA GRANDE
BARAUNA	JOCA CLAUDINO	SOLANEA
BAYEUX	JUAZEIRINHO	SOSSEGO
BELEM	JUNCO DO SERIDO	SOUSA
BERNARDINO BATISTA	JURU	SUME
BOA VENTURA	LAGOA	TAPEROA
BONITO DE SANTA FE	MALTA	TEIXEIRA
BOQUEIRAO	MAMANGUAPE	TRIUNFO
CAAPORA	MANAIRA	UMBUZEIRO
CABACEIRAS	MARIZOPOLIS	
CABEDELO	MOGEIRO	
CACIMBA DE AREIA	MONTEIRO	
CACIMBA DE DENTRO	MULUNGU	
CAICARA	NOVA OLINDA	
CAJAZEIRAS	NOVA PALMEIRA	
CAJAZEIRINHAS	OLHO D'AGUA	
CALDAS BRANDAO	PATOS	
CAMPINA GRANDE	PEDRA LAVRADA	
CARAUBAS	PIANCO	
CARRAPATEIRA	PICUI	
CATINGUEIRA	PILAR	
CATURITE	PILOES	
CONDADO	PIRPIRITUBA	
CONGO	POCO DANTAS	
COXIXOLA	POMBAL	
CRUZ DO ESPIRITO SANTO	PRINCESA ISABEL	
CUBATI	PUXINANA	
CUITE	REMIGIO	
DAMIAO	RIACHAO	
DESTERRO	SANTA CECILIA	
DSEI POTIGUARA	SANTANA DE MANGUEIRA	
FREI MARTINHO	SANTANA DOS GARROTES	

Fonte: Brasil (2017), elaborado pelo autor.

APÊNDICE D - LISTA DE MUNICÍPIOS PARAIBANOS QUE RECEBERAM MÉDICOS “COOPERADOS” NO PERÍODO DE 2013 A 2017

MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS
AGUA BRANCA	ITAPOROROCA	SOLANEA
AGUIAR	JOCA CLAUDINO	SOSSEGO
ALAGOINHA	JUAZEIRINHO	SOUSA
AMPARO	JUNCO DO SERIDO	SUME
ARARUNA	JURU	TAPEROA
AREIA	LAGOA	TEIXEIRA
AROEIRAS	MALTA	TRIUNFO
ASSUNCAO	MAMANGUAPE	UMBUZEIRO
BARAUNA	MANAIRA	
BELEM	MARIZOPOLIS	
BERNARDINO BATISTA	MOGEIRO	
BOA VENTURA	MONTEIRO	
BONITO DE SANTA FE	MULUNGU	
BOQUEIRAO	NOVA OLINDA	
CAAPORA	NOVA PALMEIRA	
CABACEIRAS	OLHO D'AGUA	
CABEDELO	PATOS	
CACIMBA DE AREIA	PEDRA LAVRADA	
CACIMBA DE DENTRO	PIANCO	
CAJAZEIRAS	PICUI	
CAJAZEIRINHAS	PILAR	
CALDAS BRANDAO	PIRPIRITUBA	
CARAUBAS	POCO DANTAS	
CARRAPATEIRA	POMBAL	
CATINGUEIRA	PRINCESA ISABEL	
CATURITE	PUXINANA	
CONDADO	REMIGIO	
CONGO	RIACHAO	
COXIXOLA	SANTA CECILIA	
CRUZ DO ESPIRITO SANTO	SANTANA DE MANGUEIRA	
CUBATI	SANTANA DOS GARROTES	
CUITE	SAO BENTINHO	
DAMIAO	SAO BENTO	
DESTERRO	SAO JOSE DE PIRANHAS	
DSEI POTIGUARA	SAO JOSE DE PRINCESA	
FREI MARTINHO	SAO JOSE DO SABUGI	
GADO BRAVO	SAO JOSE DOS CORDEIROS	
GUARABIRA	SAO SEBASTIAO DO UMBUZEIRO	
GURJAO	SAO VICENTE DO SERIDO	
IGARACY	SERRA GRANDE	

Fonte: Brasil, 2017. Elaborado pelo autor.