

LUCÉLIA LUIZ PEREIRA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES RURAIS
E QUILOMBOLAS**

BRASÍLIA, 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LUCÉLIA LUIZ PEREIRA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES RURAIS E
QUILOMBOLA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos

BRASÍLIA
2016

LUCÉLIA LUIZ PEREIRA

**REPERCUSSÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM COMUNIDADES RURAIS
E QUILOMBOLA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Leonor Maria Pacheco Santos (orientadora)
Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Denise Oliveira e Silva
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Cristiano Guedes
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Yamila Comes
Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Helena Eri Shimizu (Suplente)
Universidade de Brasília

À Adelita, minha mãe,
mulher negra, campesina, guerreira e sábia.
Admiração imensurável!

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Leonor Pacheco, orientadora, por ter me dado a oportunidade de trabalhar com o tema, pelas contribuições ao trabalho e pelo incentivo ao meu crescimento como pesquisadora.

Aos professores Cristiano, Edgar, Denise, Yamila e Helena, por aceitarem participar da banca examinadora e, particularmente ao prof. Cristiano, pela amizade, incentivo e disponibilidade em dialogar sobre o tema.

Às amigas Amanda, Karen, Priscilla e Sandra, pela presença, pelo apoio constante e pelos diálogos estimulantes.

À amiga Cibele, pelo apoio, por me instigar a estudar o rural e por compartilhar referências comigo.

À amiga Dionara, por ter me ajudado no projeto inicial de doutorado e pela leitura e contribuições à tese.

À minha literalmente grande família, motivo de orgulho para mim, especialmente à minha mãe, irmãs/os e sobrinhas/os pelo estímulo e pelas palavras de apoio durante a elaboração da tese.

Ao Jorge, pelo companheirismo diário, pela grande capacidade de escuta e pelo amor que me dedica, deixando meus dias mais leves e felizes.

Às amigas Antônia, Noêmia, Ilka e Ana Mansilla e aos amigos Iturri, Rodrigo e Maurício pela constante presença.

Às comunidades quilombolas e rurais do RN e PA, por aceitarem participar da pesquisa, pelo aprendizado e por terem me dado a oportunidade de reviver momentos da minha infância na área rural.

Aos profissionais de saúde e gestores que participaram da pesquisa, em particular, aos médicos cubanos, que me acolheram durante a coleta de dados, pelo tempo e pela paciência disponibilizados para contribuir com a pesquisa.

Ao grupo de pesquisa da Saúde coletiva, pelos debates estimulantes sobre o Programa Mais Médicos, especialmente à Yamilla, Wallace, Josélia e Aimê.

**Quilombo
Rio dos Macacos**

As terras da libertação
viraram prisão de horror
As terras dos ancestrais
são vidas, vítimas do terror
As terras das colheitas
estão sem forças, sem labor
As terras das tradições
não dormem de pavor

As terras dos sem direitos
mascaradas pelo poder
Alcântara em âncoras
sem dívidas, sem compaixão
As terras dos sem escritas
perdem a identidade
sem papéis, sem plantio
com sanções para extinção

As terras dos quilombolas
sem leis, sem proteção
mais um massacre
aos herdeiros da escravidão

Eu Sou Quilombo Rio dos Macacos

Jorge Amâncio

RESUMO

A presente tese é resultado de investigação que teve como objetivo realizar pesquisa avaliativa sobre o processo de implantação do Programa Mais Médicos (PMM) em comunidades rurais e quilombolas e suas repercussões. Na realização da investigação, empregou-se as abordagens quantitativa e qualitativa a partir de duas fases: uma exploratória e outra de campo que foram realizadas em duas comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte e uma comunidade quilombola do Pará, além de quatro áreas rurais também do Pará. Foram realizadas um total de 82 entrevistas semiestruturadas com os seguintes atores-chaves: usuários e lideranças das áreas rurais e comunidades quilombolas, gestores, médicos do PMM, profissionais de saúde, que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e representantes do Conselho Municipal da Saúde. Além disso, foram realizados 3 grupos focais e anotações no diário de campo, a partir de observação. Destaca-se como principais alterações após a implantação do PMM nas áreas rurais e quilombolas: presença mais constante do profissional médico na UBS permitindo um melhor acompanhamento das doenças crônicas e maior continuidade da atenção, melhorias no acolhimento aos usuários e criação de vínculo, atuação mais resolutiva buscando resolver os problemas de saúde apresentados, aumento de atividades de educação em saúde e de realização de visitas domiciliares. Além disso, as narrativas apontam uma escuta mais atenta às queixas dos usuários, uma maior participação dos usuários nas atividades da Estratégia Saúde da Família, um melhor planejamento das atividades e uma maior organização do fluxo de demanda. No entanto, observou-se a necessidade de superar alguns desafios como a necessidade de um maior alinhamento com o modelo de atenção primária à saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que considere as diferentes necessidades dos usuários e também fortaleça estratégias de atenção em equipe, voltadas à promoção e prevenção. É preciso ainda que as equipes da ESF se desloquem com maior frequência para as subáreas rurais, tendo em vista que na maioria das vezes são os usuários que buscam os serviços na Unidade Básica de Saúde. Em relação à atenção à saúde nas comunidades quilombolas, percebeu-se que os quilombolas tem uma insuficiente atenção à saúde e convivem com problemas advindos do racismo institucional. Neste sentido, é importante o estabelecimento de iniciativas governamentais que busquem combater o racismo institucional que provoca desigualdades estruturais no campo da saúde. Fica evidente ainda a necessidade de debater a sustentabilidade dos resultados alcançados pelo PMM, bem como a permanência do próprio Programa. Faz-se necessário, pensar outras estratégias que busquem sanar de forma estrutural e definitiva a ausência de profissionais de saúde na atenção primária nas áreas rurais e distantes dos grandes centros. Por fim, é imprescindível envidar esforços no sentido de garantir a integralidade da atenção aos usuários das áreas rurais e quilombolas, fortalecendo a inclusão social e a redução das inequidades sociais e raciais em saúde.

Palavras-Chave: Programa Mais Médicos; Atenção Primária; Saúde; Quilombola; Rural.

ABSTRACT

This doctoral dissertation is the result of an investigation that aimed to carry out an evaluation research on the implementation process of the Mais Médicos program (PMM) in rural and maroon communities in Brazil and its repercussions. In carrying out the study, the quantitative and qualitative methods were used, based on two steps: an exploratory and a field. The field research was conducted in two maroon communities from Rio Grande do Norte (Northeast Region from Brazil) and one from Pará (North Region from Brazil), and more four rural areas from Pará. We performed a total of 82 semi-structured interviews with users from the national health system (Sistema Único de Saúde - SUS), leaders from the rural and maroon communities, local SUS managers, PMM doctors, other health professionals from the teams of the Family Health Strategy (ESF) and representatives from the Municipal Health Council. In addition, we conducted three focus groups and notes in field diary, from the researcher observation. The main change after the implementation of PMM in rural and maroon areas was the continuous doctor presence in the primary health establishment. This improvement allowed better monitoring of chronic diseases and continuity of care, enhancements in SUS users admission and creating bonding with them. Furthermore, there were additional resolute action, more demand to solve the health problems from the people and increase in health educational activities and home care visits. The interviewee speeches show more attentive listening to the complaints from SUS users, greater social participation in the activities of the ESF, better planning of the activities and greatest organization in the demand flow. In contrast, there was the need to overcome some challenges, such as deficiency in alignment with the model of primary health care, recommended by SUS, to consider the different needs from its users and to consolidate the strategies for prevention and health promotion. ESF teams must move more frequently to rural sub-areas, thus will not be the SUS users who will seek the health service, such as most of the time. Regarding the health care at the maroon communities, the maroons had insufficient health care and they live with problems arising from the institutional racism. Therefore, it is important to take government initiatives to reduce the institutional racism that causes structural health inequalities. The need to debate the sustainability of the results achieved by PMM and the program maintenance was evident. Other strategies, which definitely solve the lack of health professionals in primary care in rural and remote areas distance from large cities, need to be adopted. Finally, it is essential to engage efforts to guarantee integral care to SUS users of rural and maroon areas and, thus, strengthen social inclusion and reduction of social and racial health inequities.

Key-words: Mais Médicos Program; Primary Health Care; Health; Maroon Communities; Rural.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1 - Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014.

- | | |
|---|-----|
| Figure 1: Distribution of municipalities according to the number of doctors per thousand inhabitants prior to the Mais Médicos program, Brazil 2013 | 118 |
| Figure 2: Distribution of municipalities according to the number of doctors per thousand inhabitants after the Mais Médicos Program, Brazil 2014 | 119 |

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014.

Table 1: Distribution of municipalities and participation in the program, according to the profiles of vulnerability defined in the regulations for the Mais Médicos program. Brazil, 2013-2014 115

Table 2. Distribution of municipalities with certified maroon communities according to the region and the doctor/inhabitant ratio before and after the Mais Médicos program. Brazil 2013-2014. 120

Artigo 2 - Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas

Tabela 1: Características das comunidades quilombolas participantes, Pará/PA e Rio Grande do Norte/RN, Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2013-2014. 142

Artigo 4 - O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica

Tabela 1. Características das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família rurais estudadas. Pará, 2015 191

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Relação de países por índice de médicos/ 1000 habitantes	31
Quadro 2: Síntese do Percurso Metodológico	93
Artigo 4 - O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica	
Quadro 1. Principais desafios a ser superados na atenção à saúde nas zonas rurais estudadas segundo a percepção dos atores chave entrevistados. Pará, 2015	198
Quadro 2. Mudanças na atenção à saúde nas zonas rurais estudadas após a implantação do Programa Mais Médicos segundo percepção dos atores chave entrevistados. Pará, 2015.	199
Quadro 3. Desafios do Programa Mais Médicos segundo a percepção dos atores chave entrevistados. Pará, 2015.	201

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitários de Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFSB	Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal
FCP	Fundação Cultural Palmares
FNM	Federação Nacional de Médicos
FNP	Frente Nacional de Prefeitos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPF	Ministério Público Federal
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PBQ	Programa Brasil Quilombola
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
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	17
Capítulo 1. Atenção Primária à Saúde e Desigualdades de acesso	
1.1 Modelos de Atenção no Sistema Único de Saúde	21
1.2 Atenção Primária à Saúde	23
1.3 Perspectiva de Saúde Global e Recursos Humanos em Saúde	26
1.4 Desigualdades no acesso a atenção primária à Saúde	28
1.5 Iniciativas nacionais e internacionais para acesso de populações à atenção à saúde em áreas rurais, remotas e de difícil acesso	32
Capítulo 2. Desigualdades raciais na atenção à saúde da população negra e quilombola e Implementação de Políticas Públicas	
2.1 Pobreza e desigualdades raciais	41
2.2 Constituição e características das comunidades quilombolas	44
2.3 Racismo Institucional, Desigualdades raciais na Saúde e implementação de PP específicas	52
2.4 Desigualdades raciais na atenção a saúde	55
2.5 Atenção à Saúde nas Comunidades quilombolas	58
2.5.1 Condições de vida e saúde em comunidades quilombolas	58
2.6 Iniciativas governamentais para garantir o direito à saúde para a População negra e quilombola	62

Capítulo 3. Cenário de formulação do Programa Mais Médicos (PMM) e Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

3.1 Formulação de políticas públicas	68
3.2 Apresentação do Programa Mais Médicos (PMM) e Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)	72
3.3 Percepção dos atores sociais sobre PMM	76

Capítulo 4. Caracterização da Pesquisa e Percurso Metodológico

4.1 Avaliação de Políticas e Programas Sociais	81
4.2 Avaliação de Políticas na área de Saúde	83
4.3 Processo de Avaliação a partir da Pesquisa Avaliativa	85
4.4 Percurso Metodológico e Etapas da Pesquisa	86
4.4.1 Primeira Fase	87
4.4.2 Segunda Fase	89
4.5 Caracterização do município e das sub-áreas rurais com atuação do Programa Mais Médicos	94
4.6 Caracterização da comunidade quilombola estudada	95
4.7 Processo de análise dos dados qualitativos	100
4.8 Aspectos éticos	101

Capítulo 5. Resultados

Artigo 1. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014	104
Artigo 2. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas	128
Artigo 3. Programa Mais Médicos e Atenção à saúde: Estudo de caso em uma Comunidade Quilombola do Pará	157
Artigo 4. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica	183

Considerações Finais	211
-----------------------------	-----

Referências	215
--------------------	-----

Apêndice

A. Relatos de entrada em campo no município do Pará	228
--	-----

Anexo

A. Roteiro de Entrevista semiestruturada com médicos	237
B. Roteiro de Entrevista semiestruturada com profissionais de saúde da ESF	239
C. Roteiro de Entrevista semiestruturada com representante do Conselho de Saúde do município	240
D. Roteiro de Entrevista semiestruturada com Gestor/Secretário de Saúde	241
E. Roteiro de Entrevista com usuários das 4 áreas rurais	242
F. Roteiro de Entrevista com usuários da comunidade quilombola	243
G. Roteiro do Grupo focal com usuários	244
H. Comprovante de Submissão do Artigo 4 à Revista Interface	245
I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	246
J. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	247

Introdução

O reconhecimento da importância da avaliação das ações governamentais para subsidiar a tomada de decisão dos gestores bem como para verificar em que medida as políticas sociais contribuem para a consolidação da cidadania tem se expandido nos últimos anos. Assim, o Brasil tem investido esforços no sentido de consolidar pesquisas nacionais bem como sistemas de informações que retratem e visibilizem as diversas ações desenvolvidas pelo Estado. Órgãos de pesquisa, juntamente com a academia desempenham papel importante e vem desenvolvendo investigações no sentido de contribuir na análise e avaliação de iniciativas que buscam a inclusão social e a redução das inequidades.

Pode-se afirmar que algumas variáveis contribuíram para tornar estratégico o momento atual para o debate sobre intervenção social e sobre a avaliação de programas na área de saúde. Dentre elas, destaca-se a importância de combater a ainda permanente inequidade social e acesso diferenciado da população às ações em saúde, o crescente aumento da participação da população no debate relacionado às questões sociais e a importância de atender às necessidades em saúde de segmentos tradicionalmente marginalizados, como é o caso da população rural e quilombola. Destaca-se também que avaliar ações relacionadas à atenção primária à saúde, é fundamental para reforçar o modelo de atenção preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), centrado nas necessidades dos sujeitos e nas ações de promoção e proteção.

Além dos elementos anteriormente elencados, justifica-se ainda a importância de realizar esta pesquisa avaliativa considerando que a Terceira Conferência Internacional sobre as Capacidades Nacionais de Avaliação, realizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) em outubro de 2013, declarou 2015 o Ano Internacional da Avaliação demonstrando a importância de promover a avaliação de políticas baseadas em evidências em busca de melhores resultados em níveis internacional, regional, nacional e local (1).

Nesse sentido, este trabalho é fruto de pesquisa avaliativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) em comunidades rurais e quilombolas. A intenção foi apreender os sentidos do fenômeno estudado em sua riqueza e profundidade a partir da seguinte **pergunta de pesquisa**: Em que medida o Programa Mais Médicos contribui para a melhoria da atenção à saúde em comunidades rurais e quilombolas, fortalecendo o modelo de atenção primária preconizado pelo SUS?

A partir do problema proposto, a pesquisa teve como **objetivo geral**: Realizar pesquisa avaliativa sobre o processo de implantação do Programa Mais Médicos em comunidades rurais e quilombolas e suas repercussões. Para dar conta deste objetivo, traçou-se os seguintes **objetivos específicos**: 1) Mapear a forma como se deu a implantação do PMM nas comunidades rurais e quilombolas; 2) Analisar o provimento de médicos no Brasil e nos municípios com comunidades quilombolas certificadas; 3) Analisar a percepção dos atores sociais envolvidos sobre o processo de implantação do PMM e suas repercussões na atenção básica à saúde nas comunidades pesquisadas; 4) Identificar fatores que contribuem e que dificultam o processo de implementação do PMM.

Na realização da investigação, empregou-se as abordagens quantitativa e qualitativa a partir de duas etapas que foram realizadas em duas comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte e uma comunidade quilombola do Pará, além de quatro áreas rurais também do Pará. Foram realizadas um total de 82 entrevistas semiestruturadas com os seguintes atores chaves: usuários e lideranças das áreas rurais e comunidades quilombolas, gestores, médicos do PMM, profissionais de saúde, que compõem as equipes das ESF e representantes do Conselho Municipal da Saúde. Além disso, foram realizados 3 grupos focais e anotações no diário de campo, a partir de observação.

Destaca-se que a pesquisa é parte do projeto multicêntrico matriz intitulado: “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, coordenado pela professora e orientadora Leonor Pacheco e financiado pelo Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.

A escolha do tema justificou-se pela constatação de que a população negra, e de modo particular, as comunidades quilombolas e população rural, são segmentos sociais vulneráveis com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde. No entanto, ainda é reduzida a produção acadêmica com base em estudos sobre as relações entre raça e os agravos à saúde. Menor ainda é a produção de dados desagregados analisando o provimento de serviços de saúde em comunidades quilombolas. Suprir a escassez de dados abordando tais temáticas é importante para dar visibilidade e problematizar as consequências negativas que possíveis inequidades raciais podem trazer para a população negra.

Estudar a implantação do PMM é igualmente importante considerando a dimensão do programa, tanto em relação aos recursos orçamentários envolvidos, quanto o número de profissionais médicos participantes. Nesse sentido, o programa busca não só acabar com o persistente problema da escassez de médicos, principalmente nas áreas rurais e de difícil acesso, mas também possui componentes relacionados à formação médica e melhorias na estrutura das UBS. Desta forma, o PMM tem o potencial de reduzir inequidades em saúde como também de fortalecer a rede de atenção primária à saúde.

Buscando contemplar os objetivos propostos, bem como responder a pergunta de pesquisa, a tese foi estruturada em 5 capítulos, além da introdução, onde explicita-se os objetivos do trabalho e as considerações finais, onde foi resgatado os principais achados da investigação. O primeiro capítulo aborda a questão da atenção primária à saúde e do acesso desigual à atenção nos serviços ofertados. Trata também da escassez de recursos humanos em saúde numa perspectiva de saúde global, trazendo algumas iniciativas nacionais e internacionais que vem sendo adotadas com o intuito de promover o acesso de populações rurais às ações de saúde.

O segundo capítulo discute as desigualdades raciais na atenção à saúde da população negra e quilombola. Além disso, traça-se um panorama da constituição e características das comunidades quilombolas, englobando conceitos e definições acerca deste segmento populacional bem como algumas políticas específicas implementadas. Por fim, aborda-se a atenção à saúde e as condições de vida e saúde em comunidades quilombolas.

O terceiro capítulo apresenta o Programa Mais Médicos (PMM) e aborda o cenário de formulação do Programa com base no referencial de formulação de políticas públicas, mais especificamente, o ciclo de políticas públicas. A partir deste referencial, apresenta as principais controvérsias que perpassam o PMM destacadas pelos atores sociais.

O quarto capítulo contextualiza as questões metodológicas que nortearam a investigação. Para tal, situa a avaliação de programas na área de saúde e o processo de avaliação a partir da pesquisa avaliativa, caracterizando a investigação com base nas abordagens quantitativa e qualitativa. Traça o percurso metodológico e as etapas da coleta de dados, caracterizando o município, as sub-áreas rurais e a comunidade quilombola do Pará. Ainda neste capítulo, situa a aproximação com o campo e o processo de tratamento e análise dos dados coletados.

No quinto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa no formato de 4 artigos que foram elaborados a partir da análise dos dados e que discutem, de forma sucinta, as repercussões da implantação do PMM. O primeiro artigo discute o provimento de médicos em áreas rurais e vulneráveis, dando destaque à alocação dos médicos do PMM em áreas rurais e em comunidades quilombolas. O segundo artigo faz um apanhado geral da situação da atenção à saúde em três comunidades quilombolas (RN e PA) a partir da atuação dos médicos do PMM. O terceiro artigo aborda, a partir de estudo de caso em uma comunidade quilombola do Pará, à atenção à saúde e as mudanças ocorridas com a implantação do PMM. Por fim, o quarto artigo traz a discussão sobre os desafios da atenção integral à saúde em áreas rurais e as mudanças/alterações a partir da atuação dos médicos do PMM.

CAPÍTULO 1

Atenção Primária à Saúde e Desigualdades de acesso

1.1 Modelos de Atenção no Sistema Único de Saúde

A saúde é direito de todos os cidadãos, reafirmado na Constituição Federal de 1988. Deve ser garantido de forma integral e universalizada. No Brasil, em 1988 foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da Reforma Sanitária, com vistas a reorientar o modelo de atenção à saúde. Sendo assim, foi questionada a hegemonia do modelo biomédico de atenção que enfatiza os aspectos individuais e biológicos, focando a assistência no adoecimento a partir da utilização de tecnologias. O SUS, em contraposição, defende um modelo de atenção integral onde as necessidades de saúde da população são consideradas no planejamento das ações assistenciais. Além disso, organiza o sistema com o objetivo de contemplar a promoção, prevenção, tratamento e recuperação a partir da atenção primária, secundária e terciária.

A integralidade da atenção constitui-se em uma das principais diretrizes e/ou princípios do SUS. No entanto, este conceito não é unívoco entre os pesquisadores da área, gerando debates e abarcando dimensões diferenciadas. De modo geral, adota-se duas dimensões ou níveis de análise na compreensão da integralidade: a primeira refere-se a organização da rede de serviços de saúde, onde percebe-se a necessidade de garantir ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação, tanto no nível individual, quanto coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A segunda dimensão diz respeito à abordagem adotada na relação entre os atores (profissionais e usuários) tanto na oferta quanto demanda pelos serviços, ou seja, está relacionado ao processo de atenção, denotando a compreensão do indivíduo em sua totalidade, garantindo uma abordagem biopsicossocial (2,3,4,5).

Alguns autores adotam um conceito ainda mais ampliado de integralidade, onde além de abarcar a organização dos serviços e compreensão do indivíduo, acrescenta também atributos sobre o campo político(6), garantia de equidade, com tratamento diferenciado para usuários em situação desigual e foco da atenção no indivíduo e não na doença (7).

De acordo com Ferreira (2009), a implementação de um sistema de saúde integral depende da relação entre variáveis como universalidade, acesso e equidade (8). A universalidade expressa a idéia de que o Estado deve prestar atendimento à toda a população brasileira. A instituição deste princípio se configura em um avanço tendo em vista que antes da implantação do SUS, nem todos acessavam as ações e serviços de saúde. Esse direito ficava restrito às pessoas que eram seguradas pela previdência social ou àqueles que tinham condições financeiras para arcar com os custos do atendimento na rede privada.

Semelhante à integralidade, o acesso também é alvo de debates e não há um consenso sobre sua definição e nem mesmo sobre a utilização do termo, já que alguns autores adotam a categoria acessibilidade. Nesse sentido, “acesso” pode se limitar à oferta de serviços de saúde à população, ou abarcar também a utilização e a qualidade da atenção no processo de cuidado, bem como se as respostas dadas pelo serviço são adequadas às necessidades apresentadas pela população, considerando o tempo, o espaço e a distância (9,10).

Donabedian (apud Sanchez, 2012) considera dois aspectos na definição de acessibilidade, um sócio-organizacional e outro geográfico (11). O primeiro diz respeito a variáveis que influenciam o acesso à saúde, como condição social, cultural, educacional e econômica. O segundo aspecto se refere a distância entre o serviço ofertado e o usuário. Portanto, abrange não só a disponibilidade de recursos, mas as características dos serviços e dos recursos, podendo potencializar ou limitar a utilização da rede pelos usuários (12).

Em relação à equidade, princípio importante para definição da integralidade, pode ser entendida tanto numa perspectiva horizontal, tratamento igual para pessoas

iguais, e vertical, definida como tratamento diferenciado entre indivíduos desiguais (12). O princípio da equidade baseia-se na ideia de justiça social, objetivando reduzir diferenças sociais, a partir do atendimento diferenciado para necessidades diferenciadas (13). Assim, considera as diferenças entre grupos de pessoas, reconhecendo que apesar de todos terem direito de acesso à saúde, independente de cor, raça, religião etc, o acesso pode ser desigual devido à necessidades distintas. Desta forma, esse princípio justifica a alocação de recursos onde as carências são maiores, numa lógica redistributiva.

Portanto, universalidade, acesso e equidade são categorias multidimensionais e interdependentes que contribuem na materialização do modelo de atenção integral preconizado pelo SUS. No entanto, esse modelo assistencial não tem sido efetivamente implementado, por diversos fatores. Dentre eles, destaca-se as desigualdades na distribuição da oferta dos serviços de saúde. Tais desigualdades se expressam em diversas dimensões como nas diferenças de atenção a nível regional, urbano-rural, capital e interior e mesmo nos desequilíbrios de recursos e financiamentos das ações preventivas comparada as ações especializadas.

1.2 Atenção Primária à Saúde

Na hierarquização do sistema de saúde brasileiro, à atenção primária à saúde (APS) é atribuída a responsabilidade por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, localizando sua atuação na fase inicial do cuidado, antecedendo níveis de atenção mais complexos e especializados. O objetivo é prevenir os problemas de saúde, bem como promover a saúde da população. A atenção primária foi definida na Conferência Internacional sobre Cuidados primários à saúde de 1978 em Alma-Ata como uma atenção fundamental à saúde que deve ser garantida de forma universal às pessoas e famílias, como parte do sistema de saúde, garantindo que a oferta de ações esteja o mais próximo do local de moradia das pessoas para assegurar um processo contínuo de atenção (14). Observa-se uma inovação conceitual na definição de atenção

primária da Conferência de Alma Ata, uma vez que defende os princípios da integralidade, qualidade, equidade e participação social(15).

A atenção primária à saúde deve prestar cuidados, de forma continuada, a indivíduos, famílias e a uma determinada comunidade. A formação do vínculo entre profissionais e usuários, facilitada pelo cuidado contínuo, contribui para a compreensão dos processos de saúde e doença, bem como seus determinantes auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

De acordo com Fausto e Matta (2007) a atenção primária tem sido compreendida como (16)

um conjunto de atividades associadas as práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, que podem estar ou não restritas ao campo da saúde, um nível de assistência conectado com os demais níveis que conformam o sistema de saúde como um princípio norteador das ações desenvolvidas em qualquer momento do cuidado ofertado pelo sistema de saúde.

A criação, em 1988, do SUS, bem como a descentralização de recursos financeiros para os municípios a partir de 1990, contribuíram no desenvolvimento de estratégias focadas em novos modelos de atenção à saúde, priorizando a atenção primária. Tal foco ganha maior destaque a partir da Norma Operacional Básica 01/1996, onde foi instituído o Piso da Atenção Básica (PAB), possibilitando o repasse de recursos aos municípios, específicos para a atenção primária, por meio do Fundo Municipal de Saúde (16). O valor do repasse é calculado com base na população (per capita), podendo ser acrescido um valor variável com o objetivo de incentivar os municípios a implantar programas considerados estratégicos pelo Governo Federal (17).

Destaca-se que em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), dois programas estratégicos na implementação da atenção primária no Brasil. O PSF, configura-se como mais do que um programa de saúde, ao longo dos anos tem sido compreendido por muitos como uma estratégia de atenção à saúde, reorientando o modelo assistencial (18,19,20).

O PSF vem sendo implantado na grande maioria dos municípios brasileiros. Dados do Ministério da Saúde mostram que atualmente o Brasil conta com 35.812 Equipes de Saúde da Família espalhadas por todo o país, numa proporção de cobertura populacional estimada em 62,16%. A equipe mínima do PSF é formada por um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem, além de agentes comunitários de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde e junto às comunidades. Existem atualmente 258.310 agentes comunitários em todo o Brasil, numa proporção de cobertura populacional de 66,26% (21).

De acordo com Andrade, Barreto e Paula (2011: 39) (22),

a Estratégia Saúde da Família veio essencialmente como uma oportunidade de expansão do acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, e de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios para garantir a integralidade da assistência à saúde a partir da atenção primária, que devia atuar como ordenadora do SUS.

A delimitação territorial de atuação das equipes do PSF permite uma maior aproximação e vinculação dos profissionais com a população atendida, sendo uma estratégia potencialmente eficaz de compreensão dos problemas de saúde apresentados e de viabilização de ações de atenção básica à saúde nos territórios referenciados.

Apesar do reconhecimento nacional da importância da atenção primária à saúde, os cuidados primários ainda não são universais para a população, não sendo ofertada igualmente a todos os brasileiros. Desta forma, faz-se necessário minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, garantindo acesso aos serviços de saúde, não só na atenção primária, mas em todos os níveis do sistema de saúde. Para tal, é fundamental a adoção de estratégias que garantam a equidade e facilitem o acesso de grupos populacionais que estão em desvantagem sistemática.

1.3 Perspectiva de Saúde Global e Recursos Humanos em Saúde

A desigualdade na distribuição mundial da força de trabalho em saúde configura-se como um tema relevante na agenda política global. A desproporção na oferta de recursos humanos ocorre na maioria dos países, sendo intensificada nos países mais pobres e nas regiões rurais e de difícil acesso (23,24). Alguns estudos apontam a associação entre o desequilíbrio na distribuição dos recursos humanos e a migração internacional de profissionais de saúde, geralmente para países desenvolvidos (25,26).

Buscando enfrentar o problema em uma perspectiva internacional, os países intensificam a formulação de programas de captação e recrutamento de profissionais de saúde, com foco no equilíbrio entre o provimento de serviços de saúde e a disponibilidade de recursos humanos. Para Miguelote et al (2008:320), “*o enfrentamento do quadro de iniquidade na distribuição da força de trabalho revela-se como prioridade para a resolução dos problemas de saúde global*” (25). De forma resumida, Saúde global diz respeito aos problemas de saúde que são compartilhados por diferentes países e que a busca de soluções e estratégias devem ser construídas conjuntamente, respeitando as especificidades dos países (27). Compreende que a saúde tem uma dimensão internacional devido a interdependência global e que muitos problemas considerados locais podem ter consequências a nível mundial, portanto, a equidade em saúde deve ser compartilhada numa dimensão internacional.

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou Relatório Mundial de Saúde - 2006 (OMS, 2007) dedicado à discussão sobre quantidade e qualidade dos recursos humanos, chamando atenção para o desafio mundial dos países em garantir o funcionamento de sistemas de saúde com quantidade adequada de profissionais (28). De acordo com Mercer e Pozzio (2015:10) “*A nível mundial se considera que actualmente existe un déficit de 2.3 millones de médicos, enfermeras y parteras, y de 4 millones si se incluyen otras profesiones*” (29).

Além do déficit de recursos humanos, a desigual distribuição dos profissionais de saúde que ocorre dentro e entre os países impactam nas condições de vida e saúde das populações. Desta forma, buscando enfrentar o desafio mundial das disparidades

em saúde, os países adotam diversas medidas, dentre elas, a migração de recursos humanos em saúde, reforçando o enfoque da saúde global a partir da cooperação entre países.

Ressalta-se, no entanto, que tal migração tem elementos controversos já que abarca diversas modalidades. Nos casos em que o fluxo migratório dos profissionais de saúde ocorrem dos países pobres para os ricos, tem sido denominado de “*fuga de cérebro*” (26,30). Neste caso, estudos alertam que provocam diminuição da força de trabalho uma vez que geralmente os profissionais saem de países em desenvolvimento para países desenvolvidos. A outra forma é quando o movimento migratório ocorre no intuito de prover recursos humanos para países que apresentam maior escassez de profissionais e de melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde.

Diversos países como Venezuela, Bolívia, Haiti, Panamá, Angola e Nicarágua, para citar apenas alguns, tem adotado a estratégia de importar profissionais de saúde, especialmente médicos, para melhorar a atenção à saúde. Por outro lado, Cuba se destaca nas experiências de cooperação médica bilateral, tornando-se referência na exportação de profissionais de saúde que prestam serviços, geralmente por meio de cooperação técnica (31,32).

Destaca-se a experiência da Venezuela na implementação da Missão Bairro Adentro, criada em 2003, baseada na estratégia de fortalecimento da atenção primária à saúde a partir do intercâmbio com Cuba. O Programa venezuelano contribuiu para a expansão da cobertura da atenção primária com alocação e capacitação de equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, dentre outros, bem como proporcionou a descentralização dos serviços e a participação dos usuários (33,34).

De acordo com o Ministério de Relaciones Exteriores de Cuba “*entre 1963 y 2014 la cooperación internacional cubana ha contado con la participación directa de 325.710 profesionales presentes en 158 países [...] El sector salud fue el más importante en esta cooperación, comprendiendo 28.277 colaboradores presentes en 70 países*” (32).

No caso brasileiro, desde 1987 o país mantém acordos de cooperação internacional com Cuba no campo da saúde (35). Tais cooperações são voltadas

principalmente para a transferência de tecnologia e desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, articulação para pesquisas clínicas, saúde bucal e estratégias para contratação de profissionais de saúde para atuar no Brasil. Mais recentemente, podemos citar o Programa Mais Médicos, que envolve acordo firmado em 2013 com governo cubano, e que conta com a colaboração de médicos cubanos para atuar na atenção primária à saúde.

1.4 Desigualdades no acesso a atenção primária à Saúde

As desigualdades em saúde podem ocorrer em todos os níveis de atenção dentro do sistema de saúde. No presente trabalho, centraremos a análise das desigualdades em saúde a partir do acesso e cobertura dos serviços na atenção primária, considerando sua potencialidade de garantir a integralidade, bem como o papel estratégico que desempenha no SUS como principal elo entre o sistema de saúde e a população. Além disso, a atenção primária pode expressar um modelo assistencial contra hegemônico, uma vez que busca deslocar a atenção do modelo curativo, individual e hospitalar para um modelo focado na promoção da saúde e prevenção de agravos, a partir de uma perspectiva coletiva.

Para a OMS, os países em desenvolvimento tem como meta prioritária a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária. Tal prioridade se faz necessária tendo em vista que muito embora haja um reconhecimento internacional (Declaração de Alma-Ata, 1978) e nas legislações brasileiras (36,37) do direito fundamental de todos ao acesso aos serviços de saúde, tal garantia legal não é efetivada devido a barreiras e obstáculos que impedem o acesso universal ao SUS.

Um dos fatores que influenciam fortemente as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde é o geográfico/espacial. Pesquisas apontam que populações que vivem em áreas caracterizadas como mais carentes e remotas, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso e/ou rural geralmente sofrem de forma mais intensa com a ausência de atenção e disponibilidade de redes de atenção primária (38,39,40).

Tais disparidades podem ser explicadas não só pela dificuldade de mobilidade e deslocamento das pessoas na busca de responder suas necessidades de saúde, mas também por problemas advindos das características de oferta e organização dos serviços de atenção à saúde nestas áreas. Elementos como disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, disponibilidade de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos e financiamento podem determinar o acesso da população (38,41).

No que diz respeito à gestão de recursos humanos, verifica-se que a rotatividade e a dificuldade de atrair médicos e outros profissionais de saúde para áreas rurais e/ou distantes dos centros urbanos e mesmo municípios de pequeno porte é um problema que compromete a oferta de serviços e intensifica as desigualdades na utilização do sistema de saúde entre grupos. Diversos estudos apontam marcantes desigualdades entre residentes das regiões brasileiras no que diz respeito ao acesso a cuidados médicos (15,42). A população das regiões Norte e Nordeste tem um acesso limitado aos serviços de atenção primária, se comparado aos residentes nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. De acordo com Travassos et al, os residentes da região Norte tem 45% menos chances de uso dos serviços de saúde se comparados aos residentes das regiões Sul e Sudeste (38).

No entanto, a oferta de médicos parece ser onde se evidencia os maiores diferenciais de atenção. As regiões Nordeste e Norte oferecem menor disponibilidade de oferta de médicos, enquanto a região Sudeste se situa acima da média brasileira e as regiões Sul e Centro-oeste estão mais próximas dessa média (43).

As disparidades regionais na distribuição de médicos persiste no Brasil há muitos anos. De acordo com Maciel Filho (2007), já na década de 1970 esse descompasso se mostrava presente tendo em vista que *“naquele ano, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população. A região Norte, que já comportava cerca de 4% da população total não contava sequer com 1% dos médicos disponíveis. A mesma relação de precariedade é constatada na região Nordeste, que com quase 30% da*

população brasileira, dispunha de pouco mais de 17% dos médicos disponíveis no país” (18). Tais desigualdades persistem, tendo em vista que em 2008, as regiões Norte e Nordeste concentravam juntas 22,5% dos médicos, enquanto a região Sudeste, concentrava sozinha 60% dos médicos (42).

Constata-se que essas desigualdades ocorrem não somente entre regiões do país, mas também se evidencia entre área urbana e rural e entre capital e municípios de um mesmo estado (44), demonstrando que a desigual distribuição de médicos reflete a concentração de serviços nas áreas mais favorecidas economicamente, ou seja, as forças do mercado e o desenvolvimento econômico influencia a disponibilidade dos recursos na área de saúde.

Estudo realizado por Sábado Girardi (2010) sobre o índice de escassez de médicos na atenção primária utilizando indicadores como número de médicos, horas de trabalho, mortalidade infantil e nível de pobreza demonstrou que a maioria dos municípios brasileiros com escassez de médicos está localizada na região Nordeste (51,8%) em contraposição a região Centro-Oeste que possui a menor quantidade de municípios com existência de tal escassez. Ao classificar os municípios, a pesquisa demonstra que seis, dos sete municípios considerados em situação de escassez severa de médicos, estão localizados na região Norte (45).

Considerando o indicador profissional/1000 habitantes, a Portaria GM nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde apresentou alguns parâmetros para recursos humanos em saúde, propondo a presença de um médico/ 1000 habitantes (46). Em 2011, o índice no Brasil era de 1,8 médicos/mil habitantes, de acordo com a OMS, inferior ao da Argentina (3,2 médico/mil hab) e do Uruguai (3,7 médicos/mil hab) e de outros países europeus, conforme ilustrado no quadro 1 (47,48):

Quadro 1: Relação de países por índice de médicos/ 1000 habitantes

Países	Médicos / 1000 habitantes	Países	Médicos / 1000 habitantes
Peru	0,9	EUA	2,4
Chile	1,0	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1	Austrália	3,0
Bolívia	1,2	Argentina	3,2
Colômbia	1,4	Itália	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
Brasil	1,8	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9	Portugal	3,9
México	2,0	Espanha	4,0
Canadá	2,0	Cuba	6,7

Fonte: Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS/2011. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf

Além disso, verifica-se que a distribuição deste profissional por região, unidades da federação e residência na capital ou interior, apontam uma acentuada concentração. De acordo com o estudo “Demografia Médica no Brasil” (CREMESP, 2013:36) “*Dois das grandes regiões do país estão abaixo do índice nacional, a região Norte, com 1,01, e a Nordeste, onde há 1,2 médico por 1.000 habitantes. Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67, seguido pela região Sul, com 2,09, e o Centro-Oeste, com 2,05*” (43).

Segundo o mesmo documento (CREMESP, 2013:36), ocorre uma acentuação das desigualdades no caso das Unidades da Federação. “*O Distrito Federal lidera o ranking, com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,62, e São Paulo, com razão de 2,64*”. “*Na ponta de baixo do ranking, com menos de 1 médico por 1.000 habitantes estão Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71)*” (43). Outro estudo aponta que 22 Estados encontram-se abaixo da média do País, com destaque para o Maranhão, que é apresentado com o índice inferior ao primeiro estudo, ou seja, 0,58/mil hab (48).

As disparidades na distribuição de médicos são acirradas quando comparado a disponibilidade de médicos nas capitais e no interior dos Estados. Como exemplo, o índice de Vitória é de 11,61 médicos/mil hab e do Estado do Espírito Santo como um

todo é 2,17. O mesmo ocorre no caso da capital Macapá, com taxa de 1,38 em contraposição a 0,95 médico/mil hab no conjunto de todo o estado do Amapá. *“Algumas capitais do Nordeste concentram grande número de médicos, como Recife, razão de 6,27, João Pessoa, 5,22, e Aracaju, 4,95”* (CREMESP, 2013:36) (43).

O cenário de desigualdade na distribuição geográfica de médicos entre regiões, estados e municípios demonstra que o aumento da oferta desse profissional não tem beneficiado a população brasileira de forma homogênea. Estudos tem sido desenvolvidos no sentido de compreender os fatores que contribuem para a acentuada carência de profissionais nos serviços de saúde em determinadas áreas bem como as variáveis que influenciam na atração e fixação/retenção dos médicos de forma heterogênea no território nacional.

O problema da distribuição desigual de médicos no Brasil caracteriza-se por ter dimensão multisetorial, abarcando questões políticas, econômicas, sociais e culturais, extrapolando a política de recursos humanos em saúde. Dentre os aspectos apontados como potenciais fatores para a escassez e rotatividade de profissionais e disparidades regionais de concentração de médicos, alguns estudos destacam(18,42,49,50,51): remuneração, modalidades de contratação/vínculo, mecanismos de incentivos, oportunidades de formação/especialização, concentração das escolas médicas e características da formação médica/(in)adequação do sistema de ensino da medicina à realidade brasileira, modelo de atenção à saúde implementado/ referência e contrarreferência e financiamento disponibilizado pelo SUS, infraestrutura dos serviços de saúde, condições físicas e materiais de trabalho, dentre outros.

1.5 Iniciativas nacionais e internacionais para acesso de populações à atenção à saúde em áreas rurais, remotas e de difícil acesso

Historicamente, o enfrentamento das desigualdades em saúde constitui-se em desafio mundial. De acordo com Dolea et al (2010) aproximadamente metade da população mundial vive em áreas rurais e/ou remotas, mas apenas em 38% delas

existem o provimento de enfermeiros, sendo que o problema se agrava no caso da oferta de médicos onde há um maior desequilíbrio na distribuição (39).

Em relação ao problema da distribuição desigual de recursos humanos nos territórios, com uma concentração nas cidades, tanto o Brasil como diversos países da América do Sul e Central tem adotado políticas específicas de provimento e fixação de profissionais, inclusive médicos, em áreas rurais e/ou de difícil acesso. Experiências internacionais demonstram que a garantia do acesso e utilização dos serviços de saúde dependem de estratégias equitativas buscando o recrutamento e retenção de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade para garantir a prestação de cuidados de saúde (39,52,53,54).

Maciel Filho (2007) relata a experiência de alguns países na implementação de iniciativas governamentais para fomentar o recrutamento e fixação de médicos para atuação em áreas distantes dos centros urbanos e/ou de difícil acesso, ou seja, na interiorização das ações de saúde. Países como Colômbia, Peru, Costa Rica, México e Equador adotaram o serviço civil obrigatório. No caso da Colômbia, é importante mencionar o papel estratégico da universidade, uma vez que a reforma curricular inclui o serviço civil como exigência para obtenção do registro profissional, mais conhecido como “ano rural” (18).

A experiência do México é mais consolidada, pois implementa este serviço desde 1945, a partir dos centros rurais cooperativos. Para obtenção do registro de médico exige-se que os estudantes permaneçam por 12 meses no local estabelecido. No Chile, destaca-se a formulação de plano de carreira considerando especificidades nas áreas de atuação como distância geográfica e riscos, bem como estrutura física e financeira para o desenvolvimento das ações, além de prever ascensão profissional. Na Austrália, foi feito um investimento em bolsas de estudos onde os estudantes ingressam em cursos de medicina, mas tem a exigência nos currículos de que atuem em escolas médicas rurais ou áreas distantes/remotas (18,49).

Estudos de Wilson et al (52) e Dolea et al (39) realizam uma revisão crítica sobre o desenvolvimento de intervenções internacionais ao longo dos anos, destacando que

na maioria das vezes as intervenções envolvem as seguintes categorias: seleção, educação, regulação, coerção, incentivos e apoio. No entanto, alerta para o fato de que embora estratégias coercitivas possam atender a curto prazo o problema do recrutamento, não há evidências da sustentabilidade dos resultados positivos ao longo do tempo. Destaca ainda que os médicos que fizeram residência em saúde da família com experiências nas áreas rurais estão mais propensos a atuar nestas áreas após a formação (52).

Outra evidência de alguns estudos (39,52) é que tanto a formação abordando o serviço rural nos currículos, quanto o provimento de bolsas de estudos onde a contrapartida seja o desenvolvimento de atividades nas áreas rurais contribui para que os médicos permaneçam ou estejam mais propensos a desenvolver suas atividades nas áreas de difícil acesso, auxiliando para o processo de recrutamento e retenção. Além disso, apontam que a origem dos profissionais influencia na atuação profissional, uma vez que médicos oriundos de regiões do interior e/ou rural, parece demonstrar maior interesse em atuar nestas áreas.

No caso do recrutamento de médicos estrangeiros para suprir a ausência ou escassez de médicos em determinadas áreas, Wilson et al (2009) considera ser necessário o desenvolvimento de estudos mais criteriosos; no entanto, afirma que apesar da iniciativa amenizar o problema a curto prazo, é importante considerar questões envolvidas nos acordos internacionais como a linguagem, as barreiras culturais, as questões éticas e a experiência entre médicos e usuários dos serviços (52).

Alguns estudos (39,51,52,53) identificaram fatores apontados pelos profissionais de saúde que impedem e/ou dificultam a permanência nas áreas rurais: isolamento acadêmico, a falta de apoio local, infra-estrutura física inadequada ou insuficiente nas unidades de saúde, limitadas oportunidades de emprego para companheiro/a, questões familiares como estilo de vida e menor acesso a serviços de educação e lazer e moradia inadequada.

No Brasil, no que diz respeito à reorientação espacial da oferta de profissionais de saúde, particularmente médicos, tem sido alvo de diversas intervenções governamentais. De acordo com Maciel Filho (2007), desde 1960 o país desenvolve intervenções com o objetivo de interiorizar as ações em saúde buscando atrair e fixar profissionais de saúde no interior, em municípios de pequeno e médio porte, em áreas remotas e de difícil acesso e de maior vulnerabilidade. Destaca como exemplos destas iniciativas o Projeto Rondon (1960-1989), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976-1985), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS (1993-1994), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001-2004), o Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB (2011) e o Programa Mais Médicos (2013) (18). Abaixo será realizada uma breve apresentação das iniciativas citadas, a partir dos trabalhos de Maciel Filho (18), Carvalho (49), Brasil (55), Brasil (56).

O Projeto Rondon, desenvolvido entre 1968 e 1989, tinha como objetivos a integração e desenvolvimento nacional, no período militar, a formação de recursos humanos e a interiorização de profissionais. Voltados a sensibilização de estudantes universitários e servidores públicos para atuação em áreas do interior do país e desprovidas de infraestrutura, buscava desenvolver ações de saúde e ações educacionais através da integração com os campi avançados. As ações eram financiadas pelo Governo Federal, sob a coordenação do Ministério da Educação. Aproximadamente 350 mil estudantes e 13 mil professores participaram do projeto que foi extinto, após o processo de redemocratização do país.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, também foi desenvolvido durante o período militar, mas diferentemente do Projeto Rondon, suas ações eram específicas para a área de saúde. Teve duração de nove anos, devido a extensão de prazo, já que anteriormente estava previsto para quatro anos. O Programa tinha como objetivo estender a cobertura da atenção à saúde, implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20mil/habitantes no Nordeste. Previa a implantação de unidades básicas de saúde, aumentando a rede ambulatorial e pessoal auxiliar, a instalação de saneamento básico e o desenvolvimento

de programas mais amplos, a partir de ações coordenadas. Houve aumento da rede ambulatorial e contribuiu para o movimento de descentralização e municipalização da saúde no Nordeste. No entanto, apesar de ter uma proposta técnica de atenção primária à saúde, não tinha uma sustentação política forte, e com as dificuldades de fixação de médicos e de prestar serviços de qualidade, o projeto foi extinto.

O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS (1993-1994) foi destinado a 398 municípios da Região Norte, sendo estruturado em quatro subprogramas voltados a interiorização do médico, do enfermeiro, do agente comunitário de saúde e da implantação de pronto atendimento, ou seja, tinha como objetivo a interiorização de equipe mínima de saúde com suporte de uma unidade básica de saúde. Foi ofertado instalações físicas, moradia para médicos e enfermeiros e contrato formal. Apesar do esforço em garantir a municipalização da oferta dos serviços de saúde, o programa não chegou a ser efetivamente implantado, durou apenas 11 meses devido principalmente a mudança de governo em 1994.

Entre 1997 e 2005, o Brasil firmou acordo de cooperação entre os governos de Tocantins e de Cuba. Não há consenso sobre o número de médicos que foram contratados, variando entre 96 e 140 médicos cubanos. A atuação ocorreu em 42 municípios do estado de Tocantins. Os profissionais participavam do Programa Saúde da Família e a maioria atuava em cidades do interior do estado e zonas rurais. No entanto, em 2005, a Procuradoria do Trabalho do estado Tocantinense afirmou que o convênio Brasil-Cuba apresentava falhas uma vez que os municípios estavam pagando profissionais sem o devido registro de trabalho. O Conselho Regional de Medicina de Tocantins pressionou a justiça para que a situação fosse regularizada (57,58).

Em abril de 2005 saiu decisão judicial determinando a saída dos profissionais estrangeiros. Após a decisão, o governo cubano enviou avião e solicitou que os médicos impedidos de trabalhar retornassem ao país de forma imediata. Assim, 61 médicos retornaram para Cuba e 35 profissionais que tinham vínculos familiares permaneceram no país e alguns foram recontratados, após revalidação do diploma.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS, criado em 2001 teve como objetivo fomentar a atenção básica a partir do Programa Saúde da Família (PSF), promover melhor distribuição e formação de médicos e enfermeiros com o propósito de garantir a presença destes profissionais em municípios do interior, geralmente distantes e carentes. Para tal, foi estabelecido com o CNPq um convênio para implantação de bolsas de remuneração dos profissionais. As ações do PITS previa a participação de municípios de até 50 mil habitantes que não haviam implantado o PSF e que possuíam indicadores desfavoráveis de saúde.

Quanto ao aspecto de formação e capacitação, o PITS encomendou às instituições de ensino superior, curso de especialização em Saúde da Família. Além disso, previa tutoria e supervisão semipresencial para médicos e enfermeiros. Ao município, como forma de estímulo, foi concedido por meio de Portaria, o incentivo financeiro de dez mil reais para cada uma das equipes implantadas nos municípios, que deveria ser composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 5 agentes comunitários de saúde. Ao município coube a responsabilidade no fornecimento de moradia, alimentação e transporte, além do comprometimento em fornecer condições para o desempenho das atividades (instalações, equipamentos e insumos).

O Programa teve a participação de 300 municípios com 421 profissionais, sendo 181 médicos e 240 enfermeiros (Carvalho, 2013), financiado pelo Ministério da Saúde e Estados (50%) (49). Um desafio enfrentado pelo PITS foi a seleção de profissionais, já que não foi preenchido o número de vagas existentes e mesmo nos casos de inscrição, muitos candidatos não compareceram a entrevista de seleção ou não entregaram comprovação curricular, também houve diversas desistências, após a aprovação na seleção. Além disso, muitas equipes, principalmente na Região Norte estavam incompletas ou tiveram que ser recomposta devido a desligamentos dos médicos e enfermeiros. Em 2003, com as eleições presidenciais, o PITS foi reformulado integrando-o as estruturas do SUS e em 2004 foi extinto.

O Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB (2011), instituído pela portaria interministerial nº 2087, de 1º de setembro de 2011, tem como objetivo levar profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e dentistas, para atuarem por um ano na atenção básica das regiões mais carentes, como no interior e periferias dos grandes centros, abrangendo todos os municípios brasileiros distribuídos em seis perfis. Em troca, recebem bolsa federal mensal de 10 mil reais e a possibilidade de pontuação adicional de 10% na prova de residência médica, caso o participante cumpra a carga horária do programa e seja aprovado na avaliação final.

Prevê oferta, tutoria e supervisão semipresencial, curso de especialização em saúde da família, moradia e alimentação para os profissionais. Em relação ao número de participantes, de acordo com Carvalho (49), em 2012, foram 381 médicos, 1.073 enfermeiros e 313 dentistas e em 2013: 8.426 médicos inscritos e 13.000 vagas em 2.834 municípios. De acordo com Ministério da Saúde (Portal da Saúde, 2014), *“os municípios solicitaram 13 mil médicos para atuação em 2868 municípios. Porém 55% desses municípios não conseguiram sequer um médico. Dos 2.868 municípios que pediram profissionais pelo Provab, 1.565 municípios não atraíram nenhum”* (59). Nesse sentido, o Ministério sentiu a necessidade de lançar mão de outras estratégias para alocação de médicos, sendo o mais recente, a implementação do Programa Mais Médicos.

O PROVAB ainda está em vigência e, por isso, no Edital lançado em janeiro de 2014, houve uma alteração permitindo que profissionais brasileiros, ou com diploma revalidado no Brasil, participantes dos Programa Mais Médicos e o Provab, façam transferência de um para o outro. O objetivo foi dar a oportunidade para o profissional fazer uma nova especialização e permanecer no município em que já atuava por um período maior na mesma unidade básica. A medida permitia, assim, o aperfeiçoamento dos médicos e a continuidade na assistência na atenção básica dos municípios.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei n.12.871 de 22 de outubro de 2013 buscando solucionar o problema persistente de escassez e/ou ausência de médicos em áreas pertencentes ao interior do Brasil, em município de difícil acesso e

de acentuada vulnerabilidade econômica e social (56). Além disso, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil, a partir da Portaria Interministerial n.1.369, de 08 de Julho de 2013, incentivando médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nessas áreas (60). O Programa será melhor discutido nas próximas seções, tendo em vista que é foco do presente trabalho.

Percebe-se que as diversas estratégias adotadas pelo governo, ao longo dos anos, ainda não alcançou, de forma satisfatória, a interiorização da atenção à saúde, bem como a distribuição mais equitativa de profissionais de saúde, em particular os médicos (18,61). De acordo com Maciel Filho (2007:206) (18)

a evidente dimensão política e multisetorial do problema da distribuição geográfica de médicos e da fixação desses profissionais ressalta sua forte relação com a necessidade de mudanças culturais, sociais e econômicas, que precisam contemplar desde as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde até a formação dos profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, as iniciativas apresentadas pelo governo brasileiro, até o momento, para resolver o problema da má distribuição e fixação de profissionais de saúde tiveram semelhanças em relação aos objetivos e foram extintas por motivos variados, mas muitos elementos, colhidos ao longo dos anos, levam a evidências sobre a necessidade de repensar algumas questões, tais como: elaboração de plano de carreira nacional, considerando especificidades nos níveis estaduais e municipais; fornecimento de maior suporte financeiro e institucional das unidades básicas de saúde; considerar que as necessidades de saúde exigem uma atuação multi e interdisciplinar, ainda que em alguns casos, as estratégias priorizem a alocação de médicos; cumprimento dos municípios dos compromissos assumidos com contrapartida.

Além das questões citadas, outros elementos devem ser considerados no momento de formulação de estratégias para lidar com o recrutamento e provimento de profissionais: fomentar maior participação e envolvimento dos diferentes atores envolvidos nas políticas de saúde executadas; considerar o SUS como prioritário, dentre as políticas, garantindo a execução de seus princípios; formular políticas de longo prazo em relação a formação dos médicos no Brasil; promover efetivamente uma mudança de perspectiva em relação ao modelo assistencial vigente, invertendo a lógica

privatista e hospitalocêntrica onde os investimentos são maiores no tratamento e não na promoção da saúde e prevenção de agravos. Portanto, a garantia de maior equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde exige a formulação de política ampla que considere aspectos da formação dos profissionais, mas também aspectos sociais, culturais/ideológicos, políticos e econômicos.

CAPÍTULO 2

Desigualdades raciais na atenção à saúde da população negra e quilombola e Implementação de Políticas Públicas

2.1 Pobreza e desigualdades raciais

O racismo se configura com uma das questões fundamentais no Brasil tanto pelas características assumidas no país quanto pela história de desigualdades provocadas por este fenômeno em várias dimensões da vida cotidiana como renda, saúde, trabalho e educação. Durante muitos anos houve uma naturalização de tais desigualdades, uma invisibilização da questão racial e uma negação da marginalização dos negros.

Este contexto só foi possível pela afirmação da democracia racial, ideologia que prevaleceu entre 1930 e 1970, baseada na crença de que no Brasil havia uma convivência harmoniosa entre brancos e negros, uma vez que formalmente não ocorreu segregação e racismo, como nos Estados Unidos. A materialização de tal ideologia ocorreu tanto por meio de discursos quanto de práticas sociais (62,63). Gilberto Freyre foi o grande expoente da ideia de identidade nacional miscigenada, onde a convivência entre brancos, negros e índios criou uma sociedade pacífica, uma democracia racial, onde a cor não seria um elemento importante.

Embasado na crença da ideologia racial, o embranquecimento defendeu a ideia de integração a partir da miscigenação, processo que levaria a extinção dos negros, que gradativamente se tornariam mestiços e haveria mais possibilidades de ascensão social. *"Embranquecimento" passou, portanto, a significar a capacidade da nação brasileira (definida como uma extensão da civilização européia, onde uma nova raça emergia) para absorver e integrar mestiços e pretos"* (Guimarães, 1995:14) (62).

Ao defender a ausência de raça, a ideologia do embranquecimento contribuiu para a redução de discussões sobre a questão racial, pressupondo a cordialidade entre brancos e negros (64). Desta forma, em nome da unidade nacional e diante da

convivência interracial pacífica e da ausência de conflito racial explícito/aberto, tal ideologia fortaleceu o mito da democracia racial, invisibilizou o racismo e alimentou as desigualdades sociais existentes no país, enfraquecendo a mobilização política dos negros.

Um marco na problematização da ideologia da democracia racial ocorreu com o início da discussão científica no país da questão racial a partir de estudos patrocinados pela Unesco (64,65). O ciclo de pesquisas, desenvolvidas a partir de 1950 teve como objetivo discutir as relações raciais, buscando demonstrar a existência do racismo no Brasil (66,67). Os resultados dos estudos demonstraram a realidade de exclusão dos negros, refutando os argumentos de cordialidade e convívio pacífico entre negros e brancos e dando visibilidade as desigualdades raciais presentes no país.

A desmistificação do credo da democracia racial fortaleceu o debate sobre a presença do racismo nas relações sociais, demonstrando as desvantagens e marginalização do negro na sociedade a partir de dados de diversas áreas tais como educação, mercado de trabalho e saúde (68,69,70). A negação do mito da democracia racial, que influenciou fortemente a experiência cotidiana de negros e brancos contribuiu para mostrar que o componente racial era utilizado como um marcador da hierarquia social que privilegia o branco.

Neste contexto, de mobilização e de visibilidade do racismo e das desigualdades, o conceito de raça foi reelaborado. Historicamente, a definição de raça está atrelada à transformação de alguma característica física, de caráter biológico, de um dado grupo em diferença cultural e social, gerando divisões raciais ancoradas em ações opressivas e de exclusão (71). Desta forma, o racismo científico, pautou-se no determinismo biológico buscando provar, por meio da ciência, a inferioridade do negro a partir de suas diferenças biológicas, ou seja, uma marca hereditária que se traveste de um significado social.

Do ponto de vista biológico o conceito de raça não se sustenta, no entanto, tem um significado social que implica em desvantagens para o negro em variados setores da vida. De acordo com Figueroa (2004:2) (72):

“Nessas análises, valoriza-se o conceito de raça, a despeito das críticas de geneticistas e antropólogos citadas no texto, pelo fato de ser uma categoria sócio-política mobilizada pelo ativismo negro contra o racismo, ou seja, de marcador pejorativo de traço físico e de uma história de opressão e discriminação, a nova sonoridade do termo raça negra propõe uma racialização positiva na busca da superação definitiva das mazelas enfrentadas pela população negra”.

Dessa forma, raça é um mecanismo que reforça diferenças e fundamenta hierarquias sociais. Por isso, o uso da categoria raça tem sido defendida a partir de sua dimensão sociológica, sendo entendida a partir de sua construção social e não mais como um conceito estritamente biológico (63,72,73). Neste sentido, raça seria uma ferramenta analítica que contribui para dar visibilidade às bases sociais do racismo que opera no cotidiano das práticas sociais e influencia nas identidades raciais e nas desigualdades de oportunidades para negros e brancos.

Apesar das lutas travadas por vários setores da sociedade contra a discriminação, o racismo e o preconceito, ainda hoje permanece uma estrutura desigual no Brasil, sendo que o racismo é um dos elementos que contribui fortemente para tal realidade. Geralmente atribui-se a existência das desigualdades a um problema de classe social, ou seja, são reconhecidas as diferenças de classe e não as diferenças raciais⁶². Defende-se a ideia de que a posição social inferior, ocupada pelos negros, são decorrentes das desigualdades econômicas resultantes tanto de um legado da escravidão quanto do não aproveitamento adequado das oportunidades, ditas iguais para todos, com base na ideia de uma sociedade democrática.

Desta forma, prevalece o reducionismo econômico na relação entre cor e classe social, o que dificulta a problematização da interferência da questão racial nas desigualdades presentes no cenário brasileiro, que perpetua o lugar marginal ocupado pelo negro (74). Em nome disso, a relação entre raça e classe torna-se uma discussão importante no campo das relações raciais para a compreensão da configuração das desigualdades de classe.

Guimarães (2002:60) mostra a existência de dois discursos em relação à questão racial (63):

Por um lado, um discurso cuja ênfase é posta no caráter racial das desigualdades, ou seja, na discriminação sistêmica alimentada pelos preconceitos e pelas hierarquias socialmente aceitas (classe, gênero, etnia, raça, região etc); por outro lado, outro discurso, cuja ênfase é dada ao caráter econômico da desigualdade, ou seja à pobreza da população em geral. Qualquer política pública, no futuro, talvez tenha que ser negociada entre essas duas posições.

O discurso que reforça o caráter econômico, está assentado na ideia de que a herança do passado, marcada pela escravidão, justifica as desigualdades existentes entre os negros e os brancos (63). A discussão de classe e cor está relacionada ao debate sobre a formulação de políticas universais e/ou políticas específicas e ancora-se em evidências científicas de que a variável raça é importante nas análises das desigualdades sociais e econômicas (68,69). Tendo em vista as evidências da relação entre cor e pobreza, percebe-se que o discurso da igualdade tem implicado na manutenção de privilégios sendo necessário a adoção de medidas de reparação de tal situação (75).

As comunidades quilombolas expressam categoricamente a população negra brasileira que sofre com a pobreza e a marginalização, necessitando, portanto, de ações reparatórias que auxiliem tanto no reconhecimento histórico deste grupo populacional, quanto contribuam para a superação das desigualdades presentes nos diversos campos da vida social.

2.2 Constituição e características das comunidades quilombolas

O debate sobre as comunidades quilombolas tem ganhado cada vez mais espaço na academia, na área jurídica e também no campo político. Ocorrem muitas discussões sobre sua definição e significado, transformando o termo quilombo em uma categoria polissêmica. Para caracterizar as comunidades quilombolas faz-se necessário fazer uma relação com a história econômica, política e social do Brasil que vivenciou o sistema escravocrata por quase quatrocentos anos. Os quilombos comumente estão associados à resistência dos negros a este sistema que os colocaram em uma situação de desigualdade, numa posição desfavorável social e economicamente.

Uma primeira definição desta população foi determinada pelo Conselho Ultramarino de 1740, afirmando que quilombo era *“toda habitação de negros fugidos que passem de cinco pessoas, em parte desprovida, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles”* (76,77,78). No entanto, pesquisas apontam uma diversidade de processos que deram origem aos quilombos, ou seja, incluem naturalmente as fugas dos escravos para territórios isolados, mas acrescentam as heranças, doações por antigos proprietários, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados, a permanência nas terras que ocupavam após decadência das lavouras e a compra de terra após extinção do regime escravocrata (79,80,81).

Mais recentemente, tem emergido uma maior discussão sobre a definição de quilombo, principalmente devido ao marco legal que se deu a partir da Constituição Federal de 1988, onde no seu Artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias dispõe que: *“Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos (36)*. O reconhecimento expresso das comunidades quilombolas na constituição brasileira suscitou um debate sobre seu conceito jurídico e legal para que os direitos fossem efetivados a partir do reconhecimento e titulação da terra para esta população.

Nesse sentido, diversos autores tem debatido a definição de quilombo, mais especificamente, sobre as diferentes interpretações do termo na contemporaneidade a partir de um processo de ressemantização, ocorrido em função do marco constitucional que levou as comunidades quilombolas a lutarem por seu reconhecimento não só no campo legal, mas também pelos direitos políticos, sociais e econômicos decorrentes de tal reconhecimento. Assim, o termo quilombo assume na contemporaneidade novos significados *“visando à aplicação mais justa do artigo 68 das Disposições Transitórias da Constituição Federal”* (Jacinto, 2009:53) (82).

Leite (77) destaca que após a efetivação do direito quilombola à terra na Constituição, foi necessário um longo debate envolvendo diferentes instituições para caracterizar quilombo. Ressalta o percurso da Associação Brasileira de Antropologia

(ABA) que convocada a dar um parecer pelo Ministério Público, elaborou documento onde

procurou desfazer os equívocos referentes à suposta condição remanescente, ao afirmar que “contemporaneamente, portanto, o termo não se referia a resíduos arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Tratava-se de desfazer a ideia de isolamento e de população homogênea ou como decorrente de processos insurrecionais (Leite, 2000:341)

Foi necessário relativizar a compreensão do significado de quilombo, reconhecendo a historicidade do conceito, podendo ocorrer mudanças na noção de comunidades quilombolas, a partir da construção de identidades resignificadas (77). Portanto, percebeu-se a necessidade de considerar os aspectos contemporâneo e dinâmico que abarca o quilombo na atualidade.

Em nome disso, na busca por caracterizar as comunidades quilombolas, os pesquisadores apontam diversos elementos que deveriam compor uma definição de tais comunidades: localização geográfica/território, características das atividades econômicas desenvolvidas, resistência, tradições ancestrais, descendência africana, quantidade de membros, ideia de isolamento e fuga, vínculos de parentesco, autoatribuição (77,82,83,84,85,86). Buscando sintetizar as características que abarcam o conceito de quilombos, Marques (2009:8) (87) ressalta:

Os remanescentes de quilombos são grupos sociais que se mobilizam ou são mobilizados por organizações sociais, políticas, religiosas, sindicais, etc., em torno do auto-reconhecimento como um outro específico. Consequentemente ocorrem buscas pela manutenção ou reconquista da posse definitiva de sua territorialidade. Tais grupos podem apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, laços de simpatia, relações com a escravidão, e principalmente uma ligação umbilical com seu território, etc.

Os elementos explicitados por Marques (87) tem uma relação intrínseca com a noção de identidade étnica, conceito igualmente importante e que foi mais intensamente debatido a partir dos anos 90. Para Sansone (2004:257) (88)

[...] a identidade étnica é aquela parcela da identidade social que diz respeito a expressão do sentimento de inserção num grupo social, que difere de outros por ter seu foco centrado numa ascendência comum, seja ela real, metafísica, ou fictícia – quase sempre dependente de um mito originário comum.

É em função deste sentimento de pertença a um determinado grupo que

Arguedas ressalta a incorporação de uma identidade coletiva pelos quilombolas. De acordo com o autor (Arguedas, 2014:7), *“a identidade quilombola se constitui a partir da necessidade de lutar pela terra ao longo dos últimos 25 anos, uma identificação compartilhada, que tem sido usada como instrumento para conseguir potenciais benefícios coletivos e uma melhoria das condições de vida”* (89).

Assim, os elementos a que se referem como sendo parte de uma identidade quilombola são ressignificados, apesar de manter muitos dos parâmetros construídos ao longo do processo histórico de caracterização das comunidades quilombolas. De modo geral, o debate sobre quilombos e identidade tem abrangido diversos aspectos na constituição e diferenciação dos quilombos, que podem ser condensados em três grandes dimensões: territorialidade, construção das relações sociais e formação econômica, todas interligadas entre si. É importante discutirmos tais dimensões, ainda que resumidamente, uma vez que buscam imprimir nessas comunidades, características específicas e uma identificação étnica própria.

Em relação à primeira dimensão, territorialidade é um termo alvo de debates e que abrange diversos níveis de análise. Para Carril (2006: 28) território não é apenas (83)

um mero substrato fixo, ou uma parte qualquer da superfície terrestre em que o Estado-Nação exerce seu poder e estabelece seus limites. [...] partimos da compreensão de território também sob um prisma subjetivo, simbólico, de um espaço no qual o homem estabelece um vínculo afetivo, constrói sua história e concretiza suas representações e relações.

Assim como Carril (83), diversos outros autores abordam o território como um espaço de reprodução material, mas também simbólico e cultural (77,89,90,91). Neste sentido, território teria tanto componentes materiais e concretos, relacionados à produção de bens, quanto culturais vinculados ao subjetivo, a construção de relações, de alianças, de reciprocidade, memória, de pertencimento e sociabilidade.

Mais especificamente em relação às comunidades quilombolas, o território pode ser considerado uma forma de manutenção, de resistência e uma continuidade das

vivências política, econômica, cultural, ancestral e de parentesco. De acordo com Leite (2000:344) *“a terra é o que propicia condições de permanência e de continuidade das referências simbólicas importantes à consolidação do imaginário coletivo e os grupos chegam por vezes a projetar nela sua existência”* (77). Para Silva e Nascimento, *“As comunidades quilombolas ao se organizarem pelo direito aos territórios ancestrais, não estão apenas lutando por demarcação de terras, às quais elas tem absoluto direito, mas sobretudo elas estão fazendo valer seus direitos a um modo de vida”* (92).

Assim, o acesso à terra é fundamental para as comunidades quilombolas, já que uma das características dos quilombos é a utilização comum dos recursos naturais, ou seja, no processo produtivo há uma vivência da coletividade pelo uso comum dos espaços, além das relações de parentesco, que contribui para fortalecer os laços comunitários. Portanto, a garantia do território é crucial para a sobrevivência e construção da identidade quilombola uma vez que para este grupo, o território é uma necessidade cultural, política e econômica e uma forma de fortalecimento de autonomia.

A construção das relações sociais nos territórios é a segunda dimensão que compõe a caracterização das comunidades quilombolas. Esse componente significa as experiências do viver, o convívio e o desenvolvimento de valores e normas culturais comuns, a partir do coletivo (82). Uma das características que distingue tais comunidades é a forte e extensa rede de parentesco, que permite a criação de laços não só consanguíneos, mas de construção de sujeitos sociais que partilham saberes e tradições.

Para O’Dwyer (2010:43), um dos aspectos distintivos mais importantes das comunidades quilombolas é serem *“grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio”* (93). A autora Leite (77) ressalta também como característica singular do quilombo, sua capacidade organizativa dos grupos.

Dessa forma, a caracterização das relações sociais diz respeito à construção

coletiva da vida permitindo que tradições, geralmente ligadas à ancestralidade negra como rituais, festas e costumes sejam compartilhados na memória e na vida cotidiana dos membros, fortalecendo o sentimento de pertença ao grupo. As relações sociais comunais, estabelecidas nas comunidades quilombolas, cria identidades político-culturais que dá base a uma visão de mundo a partir de suas práticas e representações sobre o ser quilombola.

Para Munanga (2009:67) *“o estudo das festas comunitárias negras rurais faculta absorver seu modo de viver e de estar no mundo [...] a festa sintetiza o comunitário, o cotidiano, é lente pela qual se vê a microsociedade”* (74). Desta forma, percebe-se que a identidade passa pelas relações sociais e pela cultura e as festividades que ocorrem nos espaços quilombolas podem ser uma forma de demonstração da riqueza cultural vivenciada por eles.

Por último, a formação econômica, se constitui na terceira dimensão explicitada e diz respeito à forma de reprodução material das comunidades quilombolas. O desenvolvimento de atividades produtivas a partir da unidade familiar com base em laços de parentesco e vizinhança, com vistas à subsistência é destacada por diversos autores como sendo uma das características das comunidades quilombolas rurais¹ (77,94).

Assim, o conjunto da coletividade quilombola vivenciam o desenvolvimento de atividades agrícolas, prioritariamente para a manutenção dos membros familiares, sendo que a solidariedade faz parte da estrutura social destes espaços, uma vez que, majoritariamente ocorre o uso coletivo do território. Em pesquisa realizada em comunidades quilombolas, Silva e Nascimento (2012) destacam: *“Independentemente da forma de acesso à área territorial ocupada, a categoria de uso comum da terra é característica predominante em todas as comunidades pesquisadas”*(92). Essa organização econômica pautada no processo produtivo familiar em uma base territorial

¹ Destaca-se que alguns autores e legislações reconhecem a existência de quilombos urbanos e quilombos rurais. Optou-se no presente trabalho por trabalhar especificamente com os quilombos rurais.

comum fortalece os laços comunitários, tornando o campesinato quilombola singular.

Ao discutir as especificidades da composição do campesinato brasileiro, Carril (2006:68) destaca a diferença das comunidades quilombolas em relação ao conjunto do campesinato (83):

a situação dos quilombos impõe questões ao problema da identidade, porque, em primeiro lugar o quilombo rural traduz sua luta pela terra e pela especificidade étnica, tanto vinculada ao direito territorial como calcada sobre a ancestralidade buscada na origem da conquista da terra. Logo, essa identificação demarca uma diferença no conjunto do campesinato.

Assim, a base econômica das comunidades quilombolas a partir da agricultura familiar depende da garantia do seu território. Para Eugênio e Lima (2014: 217) *“A forma como se relacionam com a terra está para além de questões materiais, mas age maciçamente no território do simbólico e mesmo as questões de afirmação e inclusão num espaço que lhe foi negado”* (95).

Desta forma, é a consciência das comunidades de sua identidade, a partir dos vários elementos citados, que permite que se reconheçam como um grupo étnico distinto e que reivindiquem seus direitos de cidadania. Nesse sentido, o critério de autoatribuição, definido legalmente como o primeiro passo para a certificação das comunidades quilombolas, é importante por permitir que os membros deste grupo se auto identifiquem como quilombolas. Para Arguedas (89), a identidade quilombola foi estrategicamente acionada para que seus membros pudessem lutar como sujeitos de direitos pela garantia de seus territórios.

Um marco importante na garantia dos territórios quilombolas ocorreu em novembro de 2003, momento em que é instituído o Decreto n. 4887 definindo critérios e procedimentos para identificar, reconhecer, delimitar, demarcar e titular as terras ocupadas por comunidades quilombolas. De acordo com este instrumento legal são consideradas remanescentes das comunidades de quilombos *“os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”* (96).

Tal definição amplia o significado de quilombo, reconhecendo que este grupo

não foi constituído exclusivamente por negros fugidos que se opunham ao regime escravocrata, mas é um grupo que possui identidade étnica e características próprias. As comunidades quilombolas tem como principal atividade econômica a agricultura de subsistência e possui uma forte herança cultural africana (78). Cotidianamente lutam pela garantia do acesso à terra e preservação da memória de seus ancestrais e de sua identidade. A partir da terra constroem relações sociais, econômicas e culturais.

Por isso, o reconhecimento do território se constitui na principal luta das comunidades quilombolas, sendo que geralmente envolve conflitos fundiários e especulação imobiliária. Para o reconhecimento legal como quilombo e para a obtenção do título definitivo de posse (coletiva) da terra ocorre um longo processo. Dentre as etapas para o procedimento de regularização dos territórios quilombolas previstas no Decreto n.º 4887/2003 estão: Declaração de auto-definição como remanescente de comunidade de quilombos, Identificação e delimitação do território pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), Demarcação do território, Concessão do título, Registro do título (96). A grande quantidade de atos normativos/procedimentos administrativos acabam por tornar o processo de reconhecimento demorado e, muitas vezes, impedem que as comunidades consigam a titulação de suas propriedades.

Desta forma, de acordo com Santos et al (2008:15) (97):

Não existe hoje um consenso sobre o número de comunidades quilombolas no Brasil. As diferenças numéricas podem, em parte, ser devidas aos diversos critérios atribuídos pelos diferentes órgãos governamentais ao reconhecimento dessas comunidades. Nesse sentido, a Fundação Cultural Palmares (FCP), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), o Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDA), além dos levantamentos realizados por Rafael Sanzio, da Universidade de Brasília (UnB) e da Coordenação Nacional de Articulação de Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), atribuem números que variam de 724 a 3.524 comunidades quilombolas existentes no país.

Apesar da discrepância entre os números, estima-se que existam mais de três mil comunidades quilombolas no país e que estariam presentes em 24 Estados brasileiros. Apenas Roraima, Acre e Distrito Federal não possuem comunidades quilombolas conhecidas em seus territórios.

O primeiro passo para o reconhecimento oficial de uma Comunidade Quilombola é a sua Certificação pela Fundação Cultural Palmares, com base em laudo antropológico. Em fevereiro de 2015 haviam 2.474 comunidades certificadas (98).

Pelo vultoso número de comunidades quilombolas, bem como pelas características próprias desta população, várias são as vulnerabilidades a que está exposta, sendo uma delas as necessidades em saúde.

2.3 Racismo Institucional, Desigualdades raciais na Saúde e implementação de Políticas Públicas específicas

A enorme desigualdade social e, particularmente, a alta concentração de renda, são fatores fundamentais para explicar a magnitude da pobreza no país. Pobreza que tem como característica a heterogeneidade, sendo influenciada por questões como raça, sexo, posição na família, ciclo de vida, idade. Estas especificidades determinam formas diferenciadas de vivenciar a pobreza e suas possibilidades de superação. Os negros são os mais atingidos pela situação de vulnerabilidade econômica, sendo portanto, fundamental incluir a dimensão racial nas políticas de combate à pobreza, à exclusão social e de geração de emprego e renda.

Vários indicadores sociais mostram que os negros possuem maiores desvantagens sociais. Assim, ainda que seja positiva a implementação de políticas transversais, ou seja, a incorporação pelos órgãos governamentais de enfoques específicos às políticas universais, tais ações não substituem as políticas específicas. A importância das políticas focalizadas está justamente em restituir a grupos sociais o acesso efetivo a direitos universais que apesar de legalmente pertencer a todos, somente alguns grupos tem acesso. Nesse sentido, as políticas afirmativas e/ou políticas específicas, como as cotas e outras, são estratégias para ampliar a universalidade das políticas públicas.

Universalidade nas políticas públicas significa o Estado garantir acesso a todos os direitos para todas as pessoas, reduzindo assim as desigualdades econômicas e sociais e superando a exclusão de muitos aos direitos de cidadania.

As políticas universais *“são aquelas que atendem a todo o corpo de cidadãos indiscriminadamente”*. Já as políticas focalistas *“são aquelas em que se defende que o Estado atue não de forma universal, mas concentrando nas camadas mais pobres e excluídas da população”* (Costa, 2006:16) (99). Por sua vez, as políticas afirmativas *“em contraste com as políticas de oportunidades iguais, é uma política que reconhece os obstáculos sociais, para determinados grupos, de fato existentes”* (Silvério, 2007) (100).

De acordo com Guimarães (2002:70) (63):

Apesar das evidências estatísticas, as políticas de ação afirmativa (as únicas que visam reparar erros do passado), atualmente propostas pelas lideranças negras, tem sido rejeitadas com base tanto em argumentos de classe (tais políticas beneficiariam apenas os negros de classe média), quanto de raça (não haveria propriamente uma comunidade negra no Brasil, ou seja, uma identidade negra precisamente definida).

A ideia de que as políticas públicas devem ser instrumentos de correção de desigualdades e distribuição de renda decorre das lutas sociais do final do século XIX, e foi consolidada com a instituição das políticas sociais. As políticas sociais têm a função de distribuir renda, reduzir desigualdades e corrigir efeitos negativos das políticas econômicas. Por isso, tem sido defendida por muitos a ideia de que as políticas sociais devem ser públicas e universais, ou seja, deve-se garantir o acesso igualitário a serviços públicos de qualidade, independente de sexo, raça ou classe social, sendo esta uma forma de reduzir desigualdades sociais.

De outro lado, no entanto, há por parte de muitos pesquisadores, militantes e agentes públicos a visão de que somente as políticas universais não são capazes de promover a equidade de acesso a bens e direitos a todos os cidadãos (101,102). Apesar de esse ser um tema controverso e complexo, de forma sucinta, vale destacar que uma das justificativas para a existência de políticas específicas é o potencial que possuem de reparar desvantagens históricas que afetam determinados grupos,

fornecendo, desta forma, legitimidade social a implementação de políticas com recortes específicos (100, 103).

No Brasil, os cidadãos convivem com inequidades sociais que se multiplicam e que se materializa em discriminações de determinados grupos. Bárbara Starfield (2011:01) conceitua inequidade como “*a presença de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis entre grupos populacionais, definidas social, econômica ou geograficamente*”. A autora aponta ainda que as desigualdades são diferenças entre os indivíduos que não necessariamente são remediáveis (5). Portanto, as relações sociais estão perpassadas por inequidades econômicas que historicamente são combinadas com questões de gênero, raça, idade etc (104).

Desta forma, as políticas de redução das inequidades deve considerar a questão do racismo que persiste no Brasil e que provoca o agravamento das vulnerabilidades a que está exposto este segmento. Particularmente no caso da saúde, foco do presente trabalho, destaca-se a necessidade de combater o racismo institucional que (105):

constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas.

O racismo institucional é também chamado de discriminação indireta, tendo em vista que em muitas situações ele se apresenta velado, ou seja, os atos não são declarados explicitamente, por isso, não são facilmente detectados ou comprovados. De acordo com Jaccoud (2008) ele atua no nível das organizações, a partir de procedimentos cotidianos promovendo o acesso diferenciado a serviços e bens. Por isso, a autora afirma que “*O conceito de racismo institucional permite uma melhor percepção acerca dos mecanismos de produção e reprodução das desigualdades raciais, inclusive no que tange às políticas públicas* (Jaccoud, 2008:136) (104). Assim, as instituições operam de forma a reproduzir práticas discriminatórias, ainda que não consciente.

A visibilidade e desnaturalização das práticas organizacionais discriminatórias

dependem da adoção de medidas de políticas específicas e afirmativas que tenham por objetivo combater as desigualdades provocadas nas instituições. Jaccoud afirma que “*o racismo institucional se instaura no cotidiano organizacional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando de forma ampla, mesmo que difusa, desigualdades e iniquidades*” (2008:36) (104). Por isso, ainda que se reconheça a importância da implementação de políticas universais, percebe-se que são insuficientes tanto para reparar as desigualdades históricas, bem como de compensar de maneira eficiente as consequências negativas provocadas pelo racismo. O preconceito e a discriminação limitam ou põem em desvantagem os grupos raciais discriminados para o acesso as políticas e ações como, por exemplo, no campo da saúde, como veremos a seguir.

2.4 Desigualdades raciais na atenção a saúde

Diversos fatores influenciam na atenção à saúde da população, fazendo com que os problemas de saúde atinjam a população de maneira diferenciada. Vários estudos mostram que ocorrências de doenças e eventos de saúde são socialmente determinadas, refletindo diferenças biológicas, distinções sociais e iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (106,107,108). Tais desigualdades são mais prevalentes em determinados grupos sociais, dentre eles, a população negra (109,110, 111, 112,113,114,115).

De acordo com Monteiro e Maio (2008:121;123):

As interfaces entre raça, medicina e saúde pública estiverem em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 40 do século XX, enquanto fontes inspiradoras de políticas públicas (...) Só no alvorecer do século XXI voltam à cena pública as relações entre raça e saúde, a partir da proposta de criação de uma política focal direcionada à população negra. Esta se baseia na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, por conseguinte, devem ser objeto de ação governamental para superá-las. (116)

Assim, a variável raça vem sendo utilizada no ensino e pesquisa médica e das ciências sociais em saúde, com o intuito de verificar de que forma tal variável influencia nas situações de saúde e doença da população. A categorização racial nos estudos científicos permite dar visibilidade aos fatores não genéticos das enfermidades, ao abordar possíveis diferenças entre brancos e negros no que diz respeito a qualidade de vida, aos riscos de adquirir determinadas doenças e resposta aos tratamentos, além de diferenciação no acesso aos serviços de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (108), existe um consenso dos estudiosos brasileiros acerca de doenças e agravos a saúde dos negros. Para eles, as doenças podem ser agrupadas como: 1) adquiridas em condições desfavoráveis; 2) de evolução agravada ou de tratamento difícil; 3) geneticamente determinadas, por exemplo, a anemia falciforme, doença hereditária mais predominante na população negra. Dentre as doenças relacionadas no primeiro grupo está a desnutrição, anemia ferropriva, DST/HIV/Aids, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos etc. Portanto, a promoção da equidade no país depende também de uma abordagem específica destas doenças ou agravos.

No que diz respeito à saúde materno infantil, alguns estudos mostram a disparidade das condições de saúde quando relacionado à raça/cor (108,117,118,110,119,120,121,122). Tais estudos são fundamentais, pois evidenciam as desigualdades existentes a partir de indicadores de acesso e cobertura aos serviços de pré-natal e parto, de maiores chances de haver mortalidade materna e infantil, de maior prevalência de insegurança alimentar e desnutrição etc.

Grande parte destes estudos destacam os efeitos negativos do racismo no processo de saúde e doença tendo em vista que tal realidade provoca maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis, quantidade maior de doenças associado a menor atenção à saúde (113,123,124). De acordo com Filho (2012:54) *“homens negros de 10 a 29 anos apresentam risco de morrer 80% maior do que os jovens brancos. Mulheres negras da mesma idade, o risco é de 30% maior do que o apresentado para as brancas”* (114).

Ao analisar a evolução das assimetrias de cor ou raça no Brasil no período entre 1998 e 2008, Paixão et al (125) destaca que entre os anos de 2001 e 2007, cerca de 392 mil pessoas que faleceram no Brasil não tiveram a causa de suas mortes conhecida por falta de assistência médica, sendo que a situação afetou pretos e pardos com maior intensidade. Mostra ainda, a partir de alguns indicadores sociais, que as diferenças de acesso à saúde da população negra compromete o princípio da equidade. O estudo revela um percentual maior de busca de atendimento preventivo por pessoas brancas em comparação aos pretos e pardos. Em relação a busca por tratamento curativo, os pretos e pardos, apareceram com percentual maior em todas as regiões brasileiras.

Aponta ainda que entre 1998 e 2008 ocorreu um aumento da procura dos postos e centros de saúde pela população brasileira, numa proporção maior para a população negra. Por outro lado, estudo de Goes (2012:263) realizado em Salvador demonstra que (126):

mesmo sendo as mulheres negras as maiores usuárias dos serviços do SUS, as mulheres brancas referem ser mais bem atendidas. Essa análise pode indicar como as instituições ainda estão preenchidas de preconceitos e discriminações em relação à raça/cor, comprometendo o acesso das pessoas e a utilização dos serviços de saúde, com base nesse requisito.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 também mostraram desvantagens da população negra. Apontaram um menor percentual de negras que realizaram seis consultas durante o pré-natal e que consultam no puerpério. O nível de mortalidade infantil foi 25% maior em crianças menores de um ano cujas mães se autodeclaram negras, o risco de morrer antes de completar cinco anos de vida é 29% mais elevadas nas crianças negras se comparado com os filhos de mães brancas, a incidência de insegurança alimentar moderada e grave também é mais elevada em domicílios cuja entrevistada era negra (127).

Os estudos da relação entre raça e saúde no Brasil indicaram, a partir dos indicadores sociais que os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção, além de perfil desvantajoso se comparado à população branca brasileira. Desta forma, verifica-se que apesar da legislação não

distinguir grupos populacionais, as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra demandando ações concretas por parte do Estado de forma a enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no âmbito do SUS. De acordo com Xavier (2012:202) “*a política de saúde esconde-se sob um discurso universalista, que resiste em eliminar as desigualdades acumuladas pelas populações reconhecidamente em desvantagem social, e como política pública, a Saúde Integral da População Negra revela sua inconsistência*”(128).

Apesar da constatação de tais desigualdades no estado de saúde bem como nos diferenciais de utilização dos serviços de saúde pelos negros, ainda são reduzidas as investigações com recorte racial que abrange o Brasil em sua totalidade. Geralmente são realizadas pesquisas regionais ou que abordam somente alguns Estados brasileiros, priorizando as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. São escassos os estudos que abordam a realidade das regiões Norte e Nordeste, destacando a discussão étnico-racial e menores ainda a quantidade de estudos voltados a caracterizar e analisar as diferenças não só regionais, mas também as desigualdades raciais focando populações que apresentam, maior vulnerabilidade social como, por exemplo, quilombolas e indígenas.

2.5 Atenção à Saúde nas Comunidades quilombolas

Nos últimos anos tem havido uma expansão de estudos e investigações sobre a saúde da população negra e tem emergido a discussão sobre a situação de saúde das populações quilombolas. No entanto, tais estudos ainda são insuficientes para caracterizar os diferenciais de atenção à saúde bem como as especificidades demandadas por este público, apesar de contribuírem na visibilidade das inequidades em saúde no país.

2.5.1 Condições de vida e saúde em comunidades quilombolas

O conceito de saúde deve ser compreendido não somente como ausência de

doenças, mas deve considerar as condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, acesso a serviço de saúde, dentre outros (129). Nesse sentido, as condições de vida e socioeconômicas influenciam fortemente nas condições de saúde de uma determinada população.

No caso das comunidades quilombolas, alguns estudos destacam as condições de vida e sanitárias precárias a que este público está submetido, influenciando no perfil epidemiológico relacionado aos indicadores de adoecimento e mortalidade e evidenciando as inequidades raciais em saúde persistente ao longo dos anos (130,131,132,133,79,134,135,136,137,138,139,140,141,142,143,144,128).

Um dos principais problemas apontados pelas pesquisas em comunidades quilombolas se refere às questões higiênico-sanitárias abarcando a qualidade da água, energia, rede de esgoto, coleta de lixo e manejo de resíduos. Estudo realizado por Silva (2007:118) em Caiana dos Crioulos na Paraíba revelou *“uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada) e pelo acúmulo de lixo domiciliar”* (133).

As condições sanitárias precárias, sem rede de esgoto, com utilização de água inadequada para o consumo humano e com exposição de lixo a céu aberto foi igualmente relatada nos estudos em comunidades quilombolas localizadas em Minas Gerais (134,145,132,137,139,143,136), Alagoas (141), São Paulo (144), dentre outros, evidenciando que as condições insatisfatórias de saneamento básico aumenta a vulnerabilidade a que está submetida esta população. Tais características corroboram com estudo nacional “Chamada Nutricional Quilombola” realizado em 2008 que revelou situação semelhante de falta de condições higiênico-sanitárias na maiorias das 60 comunidades quilombolas de 22 estados que participaram da investigação (97).

De acordo com Bezerra (2014:1836), *“de forma geral, as pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde”*(137). Assim, verifica-se que os indicadores de condições sanitárias relatados, somado às condições de

moradia, à vulnerabilidade socioeconômica e à insegurança alimentar (146,136) além da baixa escolaridade presente nas comunidades quilombolas contribuem decisivamente para o perfil epidemiológico e situação de saúde deste público, revelando que grande parte das enfermidades que acometem a população quilombola são decorrentes das precárias condições vivenciadas.

Os resultados das investigações realizadas junto às comunidades quilombolas demonstram que entre as enfermidades mais prevalentes estão as doenças crônicas e parasitárias (131,134,133,140,147). Destaca-se a hipertensão, diabetes e desnutrição, além de queixas como dor de cabeça, dor de dente, verminose, resfriado e alergia.

Estudo realizado por Amorim et al (2013:1053) na comunidade de Boqueirão (Bahia) aponta amplo desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão como obesidade, sobrepeso, diabetes, baixa escolaridade, histórico familiar, dentro outros (131). A investigação observou ainda que

51,7% dos indivíduos entrevistados declararam nunca ter realizado medida de pressão arterial, 73,2% declararam nunca ter realizado dosagem de colesterol e 73% dosagem de glicemia. Entre as mulheres em idade fértil, 84% delas nunca realizaram o exame preventivo de câncer de mama e 60% declaram nunca ter feito o preventivo de câncer de colo de útero.

Diante do quadro de necessidades de atenção à saúde apresentados pelas comunidades quilombolas é importante destacar que a rede de serviços de saúde disponibilizados à população não garante atendimento integral e universal, como preconizado nas legislações. Alguns estudos junto à estas comunidades revelam que a população quilombola utiliza quase que exclusivamente o SUS e que quando adoecem geralmente procuram o atendimento no posto de saúde, localizado na própria comunidade ou em bairro mais próximo, tendo em vista que as comunidades estão localizadas em áreas rurais, e necessitam percorrer longas distâncias para se deslocar aos hospitais. Demonstram ainda que em sua maioria as comunidades tem uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais (131,132,136).

No estudo realizado por Vieira e Monteiro (2013:616) em Goiás, a autora destaca

que (132):

a assistência à saúde é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), porém há precariedade dos serviços de saúde, número reduzido de unidades, equipes e profissionais, especialmente médicos, dentistas e enfermeiros. Observou-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é quem se mantém responsável pelo acompanhamento do estado de saúde das famílias quilombolas

Oshai e Silva (2013:1426) da mesma forma apontam que em “57% das comunidades as únicas ações de saúde são realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, único elo entre as populações e Secretarias de Saúde”. Achado de investigação realizada por Oliveira et al (142) corroboram com estes resultados, e acrescenta que apesar dos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros serem os profissionais mais procurados pela população, enfrentam um grave problema que é a falta deste profissionais. Destaca que:

uma queixa preocupante desta população quilombola diz respeito à transitoriedade dos profissionais de saúde. Segundo os moradores, a categoria que apresenta maior rotatividade é a dos médicos, seguida de dentistas e depois pelos enfermeiros. Com essa rotatividade, o acompanhamento longitudinal fica extremamente prejudicado, e os laços precisam sempre ser iniciados” Oliveira et al (Oliveira et al, 2012:86)

Volochko e Batista (147) encontra resultados semelhantes em estudo realizado em comunidades quilombolas do Vale do Ribeira em São Paulo, onde destaca que ocorre alta rotatividade dos médicos contratados, além de dificuldades para realizar encaminhamentos e exames, associado a falta de medicamentos.

Além disso, as visitas dos ACS às famílias quilombolas geralmente não ocorrem pelo menos uma vez ao mês, conforme preconiza a portaria n.2.488 (148). Entre os fatores que impedem o cumprimento desta recomendação, tornando muitas vezes, as visitas pouco frequentes, destaca-se a distância entre os domicílios, a quantidade excessiva de famílias sob a responsabilidade dos ACS, além de indisponibilidade de transporte para percorrer as longas distâncias existentes entre as casas (137,140).

Como estratégia para enfrentar o acesso insuficiente aos serviços de saúde e buscando garantir a prevenção de doenças ou mesmo o tratamento, nos casos de adoecimento, alguns estudos relatam a utilização pelas comunidades quilombolas de plantas medicinais (131,133,139,147). Ou seja, as comunidades quilombolas utilizam o conhecimento ancestral, tradicional e cultural como forma de afirmação de identidade,

mas também para auxiliar a população em suas queixas de saúde, atendidas de forma insuficiente pelo Estado. O uso de plantas medicinais ocorre em forma de sumo, chá, infusão, xaropes, raizadas etc, transformando-se em remédios caseiros, demonstrando que as comunidades quilombolas utilizam a sabedoria popular como alternativa para a manutenção da saúde de sua população.

Desta forma, observa-se que as condições ambientais e socioeconômicas associada ao acesso limitado aos serviços de saúde, à ações de educação em saúde e a medicamentos contribuem para que a população negra, e mais especificamente as comunidades quilombolas, vivenciem situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde. Em nome disso, com intuito de melhorar as condições de vida e saúde da população brasileira, incluso a população negra, algumas iniciativas governamentais vem sendo implementadas.

2.6 Iniciativas governamentais para garantir o direito à saúde para a População negra e quilombola

Mais recentemente, evidências estatísticas demostram as piores condições de vida e saúde à que os negros estão submetidos com base em indicadores de saúde, renda, expectativa de vida, exposição à violência etc. Devido à existência de tais desigualdades, o tema do combate ao racismo e à discriminação entrou na agenda de políticas públicas de forma mais contundente a partir da década de 1980, primeiramente com o desenvolvimento de iniciativas formuladas pelos estados e municípios e, posteriormente, com a adoção de estratégias pelo governo federal.

De acordo com Jaccoud (104), as respostas do poder público às desigualdades raciais existentes, bem como às reivindicações dos movimentos sociais, pode ser classificada em três momentos. Na primeira geração, marcada pelo processo de redemocratização, as iniciativas governamentais estavam focadas na promoção da cultura negra. A segunda geração de ações, que ocorreu a partir do final de 1980, priorizou o combate à discriminação e ao racismo. Para tal, houve uma criminalização de tais ações. Já na década de 1990, ocorre a terceira geração, marcada pela

formulação e intensificação de políticas públicas de combate às discriminações vivenciadas pelos negros. De acordo com a autora, foi neste terceiro momento, que ocorreu um debate mais intenso sobre as ações afirmativas e o racismo institucional.

O fato é que a partir de 1990 ocorreu uma intensificação tanto do debate em torno das desigualdades raciais, quanto a formulação de políticas de enfrentamento desta realidade. Destaca-se, como um marco histórico desta conjuntura a criação, em 1995, do Grupo de Trabalho Interministerial pela Valorização da População Negra (GTI), reconhecendo a existência do racismo e a necessidade de discutir e formular propostas para combatê-lo (149). Oito anos depois, já com Luiz Inácio Lula da Silva na presidência, ocorreu outro fato fundamental, a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Com status de ministério até 2015, a SEPPIR assumiu a responsabilidade de contribuir na formulação de políticas de promoção da igualdade racial, buscando dialogar com os diferentes órgãos governamentais de forma a promover a transversalização da temática racial nas diversas áreas de políticas públicas.

Mais especificamente no campo da saúde, a intervenção governamental na questão racial voltada ao combate às desigualdades e fortalecimento da justiça social só ocorre efetivamente no final do século XX, mais precisamente, a partir de 1980. Antes disso, entre o século XIX e início do século XX, a saúde da população negra se limitava à discussão sobre saúde mental e relação com criminalidade, com base em teorias raciais e naturalização da inferioridade dos negros a partir de fundamentação biologicista.

Um marco no reconhecimento do racismo no campo da saúde é a aprovação em novembro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A Política foi pactuada na Comissão Tripartite em 2008 e publicada em 2009 pela Portaria n.992, de 13 de maio (108). Tal política busca promover a saúde integral da população negra, a partir da redução das desigualdades étnico-raciais e do combate ao racismo e à discriminação no Sistema Único de Saúde. Busca ainda garantir a equidade, contemplando ações transversais

relacionadas à saúde, reconhecendo que as desigualdades raciais interferem no processo de saúde-doença (150,151,124).

A PNSIPN tem uma importância histórica por reconhecer que o racismo e as desigualdades raciais são determinantes sociais das condições de saúde e por traçar um compromisso do governo em combater as desigualdades raciais tanto no âmbito da organização dos serviços quanto das práticas de atenção à saúde.

Particularmente em relação às políticas públicas de combate às desigualdades de atenção à saúde em comunidades quilombolas, percebe-se uma escassez, ou quase inexistência de programas específicos para tais populações, muito embora existam programas com ações que contemplam de forma mais direta este público. Arruti (152) afirma que as políticas para tais comunidades podem ser tipificadas de duas formas: voltadas diretamente para a população específica ou apresentam cotas dentro de uma política universal.

Por isso, as iniciativas governamentais no campo da saúde para as comunidades quilombolas abarcam ações nas áreas de saneamento, infra-estrutura, segurança alimentar e serviços de saúde. Ou seja, ocorre uma dispersão das ações governamentais voltadas às comunidades quilombolas com o objetivo de reduzir vulnerabilidades e de fortalecer o acesso à saúde. No entanto, aqui enfocaremos somente algumas estratégias relacionadas à melhoria da saúde da população negra que buscaram contribuir para a redução das inequidades na área. Em algumas políticas e programas universais da área de saúde, ocorre seja no objetivo ou em algumas ações que os compõem, menção ao tratamento diferenciado para comunidades quilombolas, é o caso, por exemplo, da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Além disso, o Ministério da Saúde promove algumas ações sobre desigualdades raciais, como a Campanha Nacional “Igualdade Racial no SUS é pra Valer”.

Já no que diz respeito à ações específicas, destaca-se três iniciativas que tiveram uma maior expressividade por seu potencial de contribuir na redução das inequidades raciais em saúde. Uma delas ocorreu em 2004, onde o Ministério da

Saúde, buscando garantir um maior acesso da população quilombola ao direito à saúde, publicou a Portaria GM/MS n.1.434/2004 e Portaria GM/MS n.822/2006, estabelecendo um adicional de 50% no valor dos incentivos da ação Estratégia de Saúde da Família (ESF) para as equipes que atuam em áreas quilombolas e assentamentos da reforma agrária nos municípios. Tais legislações buscavam qualificar a atenção à saúde da população negra prestada nos municípios. Ressalta-se, no entanto, que a Portaria 822/2006 foi revogada.

A segunda iniciativa foi o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI). Criado em 2004, o programa foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde entre 2005 e 2006, tendo como objetivos fortalecer a capacidade do setor público na identificação e prevenção do racismo institucional e fomentar a participação das organizações da sociedade civil (104). Além disso, buscava contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas com caráter equitativo dentro do SUS. Não previa explicitamente ações para comunidades quilombolas, mas foi um programa específico de combate às desigualdades raciais na saúde.

A terceira iniciativa específica de maior expressividade é o Programa Brasil Quilombola (PBQ), criado em 2004. O Programa conta com um Comitê Gestor, coordenado pela SEPPIR e composto por 23 órgãos/ministérios, busca consolidar as políticas para comunidades quilombolas a partir da coordenação e articulação setorial e interinstitucional (153). A partir do PBQ, desenvolveu-se uma Agenda Social Quilombola, sendo composta por ações nos seguintes eixos estratégicos: Acesso à Terra, Infraestrutura e Qualidade de Vida, Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania. No campo da saúde, dois Programas executados pelo Ministério da Saúde fazem parte do PBQ e preveem ações específicas visando contemplar as comunidades quilombolas: Programa Saúde da Família e Programa de Saúde Bucal.

É importante destacar que o avanço na formulação e consolidação de iniciativas governamentais é resultado de alguns fatores como eventos nacionais e internacionais abordando as condições de saúde da população negra, da mobilização e reivindicação

dos movimentos sociais, especialmente do movimento negro, bem como da visibilidade das condições de saúde desta população, a partir da ampliação de estudos sobre a temática (154).

Entre os eventos que auxiliaram no processo de reconhecimento das desigualdades raciais no Brasil e na inserção da temática na agenda governamental, destaca-se a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação, a Xenofobia e Intolerâncias correlatas, ocorrida em Durban em 2001, e os I e II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, ocorridos nos anos de 2004 e 2006, além das 1^a., 2^a. e 3^a. Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CONAPIR), realizadas nos anos de 2005, 2009 e 2013. Desta forma, as ações governamentais devem ser compreendidas como mecanismo de ação positiva, que busca assegurar a equidade e a melhoria da saúde da população negra, que historicamente vem sofrendo com a falta de acesso ao direito fundamental à saúde.

Outro avanço, no campo legal, foi a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, instituído pela Lei no. 12.288, de 20 de Julho de 2010, que preconiza em seu parágrafo único do artigo 8 (105):

Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde (Brasil, 2010:02).

Mais recentemente, como ação universal, mas com recorte específico destaca-se como iniciativa do governo federal a implantação do Programa Mais Médicos, em 2013 (56). Tal estratégia inclui as comunidades quilombolas como público prioritário para o recebimento de médicos contratados pelo Programa nos editais publicados de adesão dos municípios (155,156). O Programa pode contribuir para que a população quilombola seja atendida de forma mais eficiente nos serviços de saúde em suas próprias comunidades e reduzir o tempo de espera para realizar consultas na atenção básica.

Assim, percebe-se que o governo tem buscado implementar iniciativas visando corrigir as disparidades existentes no campo da saúde. No entanto, as ações governamentais ainda são insuficientes para garantir a cidadania das populações em

desvantagem social. A gestão pública, nesse sentido, deve construir propostas afirmativas que tenham orçamento e recursos humanos capacitados para assegurar, de fato, a melhoria da atenção à saúde e a equidade nos processos de prevenção e promoção da saúde bem como de diagnóstico e tratamento, respeitando a diversidade e heterogeneidade da população brasileira.

CAPÍTULO 3

Cenário de formulação do Programa Mais Médicos (PMM) e Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

3.1 Formulação de políticas públicas

A formulação e implementação de políticas públicas constitui-se um campo multidisciplinar envolvendo uma complexidade de objetivos, interesses e atores. Para Sabatier e Jenkins-Smith (157), a elaboração das políticas públicas resulta da forma como os problemas afetam a sociedade, na medida em que se tornam problemas políticos, ou seja, as políticas públicas são as soluções desenhadas pelos governos para lidar com o problema. Devido ao fato das políticas públicas se caracterizarem como processuais, dinâmicas e dialéticas, sua compreensão depende de uma análise mais aprofundada.

Para Dye (1976:1) *“análise de política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isso faz”*(158). Ou seja, é um procedimento que permite a formação de uma opinião a partir dos diferentes elementos que estruturam a política. Dependendo do interesse e do ponto de vista de quem interpreta pode-se obter diversos julgamentos sobre a mesma. Desta forma, dentre os variados modelos explicativos para a análise de uma política pública destacamos um deles, o de análise do ciclo da política pública. Para Souza (159):

Esta tipologia vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (2006:10).

Para Labra (160), as fases do ciclo da política pública diz respeito às seguintes ações: surgimento de um problema que inquiete atores sociais ou institucionais; inclusão do tema na agenda governamental visando a resolução; formulação da política e decisão sobre a alternativa de solução; implementação da política; e seguimento, avaliação e correção de rumos. É importante destacar, no entanto, que estas fases não

ocorrem de modo linear, podendo haver conflitos, articulações e descontinuidades entre elas.

O processo decisório de formação e desenvolvimento de uma política depende não só da relevância do tema, mas também da inserção da temática na agenda governamental. Os atores desempenham um papel fundamental, seja de forma direta ou indireta, nas decisões acerca da realidade de que trata a ação desenvolvida. Nesta seção, de forma resumida, será apresentado o contexto de criação do Programa Mais Médicos (PMM), considerando algumas das etapas do ciclo da política, buscando discutir o contexto de seu surgimento.

Para Tanezini (1998:37) *“toda política pública decorre de um problema, que exige uma explicação, interpretação teórica e exige resolução prática”* (161). A entrada do problema na agenda governamental é um processo que depende de vários elementos articulados. Por isso, Lopes (2012:24) aponta que *“a agenda é o momento de definição dos assuntos, das demandas e dos problemas que receberão atenção do poder público, evidenciando preferências, valores e metas daqueles que montam a agenda ou a influenciam”* (162).

No caso específico do PMM, vários elementos contribuíram para que a escassez de médicos ressurgisse como um problema político a ser enfrentado pelas instâncias governamentais. Ou seja, a falta do profissional médico apareceu no debate público como um desafio a ser enfrentado pelo governo. O primeiro elemento a ser destacado são os dados estatísticos evidenciando a ausência de médicos em determinadas áreas do território brasileiro, bem como a alta concentração deste profissional em algumas regiões.

Dados da demografia médica (43) apontam que o sistema de saúde público conta com quatro vezes menos médicos que o setor privado. Mostra ainda que ocorre uma alta concentração de médicos na região sudeste (2,61 para 1000 habitantes) e uma grande escassez deste profissional na região norte (0,98 para 1000 habitantes). Ocorre um agravamento da situação ao considerar a concentração de profissionais nas capitais, mostrando as desigualdades e má distribuição do acesso à assistência

médica. Outros estudos (42,48,45,44) corroboram com os achados da Demografia e apontam, as distorções e desequilíbrios acentuados dentro dos estados, regiões e grandes centros populacionais e as dificuldades enfrentadas pelas zonas rurais para atrair e fixar profissionais de saúde.

O segundo elemento diz respeito às mobilizações nacionais, organizadas por diferentes atores sociais, chamando à atenção para as desigualdades na distribuição dos médicos e a carência deste profissional em algumas regiões. Para Rua (163) um estado de coisas geralmente se transforma em problema político quando: 1) mobiliza ação política; 2) se constitui em uma situação de crise; 3) constitui uma situação de oportunidade. No caso do PMM, em junho de 2013 diversos grupos sociais se mobilizaram para reivindicar melhorias nas políticas sociais.

Primeiramente, ganhou destaque o Movimento pelo Passe Livre, protestando contra o aumento das tarifas no transporte coletivo de São Paulo. No entanto, o movimento não se limitou a esta bandeira, expandiu-se e foi sendo ampliado para diversos estados brasileiros onde a bandeira de luta passou a ser a ampliação e aprimoramento dos serviços públicos, dentre eles, melhorias na saúde. A pauta principal no campo da saúde era a necessidade de mais médicos (164,165,166). Portanto, as manifestações de 2013 contribuíram para a reemergência do tema relacionado às necessidades de saúde da população.

O terceiro elemento que contribuiu para a formulação da política foi a campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP), ocorrida em janeiro de 2013, em Brasília, durante a realização do Encontro dos Prefeitos (167,168). Os prefeitos formularam uma petição com o objetivo de reivindicar junto ao Governo a contratação de profissionais médicos para atuar na atenção básica nos municípios. Desta forma, a FNP protagonizou o debate nacional sobre a necessidade de contratação de médicos para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde de todo o país, em especial nas periferias das grandes cidades e nos municípios do interior.

Os dois últimos elementos, dizem respeito à interferência de atores sociais, governamentais e não governamentais, que a partir de mobilização e de uma

correlação de forças, reivindicou que o governo tomasse uma decisão sobre o problema apresentado, no caso, a falta de médicos e melhores condições de atenção à saúde. De acordo com Tanezini (1998:38) *“ator é uma categoria sociológica relativa aos protagonistas (pode ser uma pessoa, grupo ou movimentos sociais, coletividade – estrategicamente situados, que demandam, pressionam, controlam desde a tomada de decisão até a execução”* (161). Nesse sentido, o poder de pressão dos atores sociais está relacionado com a capacidade destes grupos de organização e mobilização da opinião pública para que o problema faça parte da agenda governamental e que sejam encontradas as alternativas para a sua resolução.

É importante salientar que, como já explicitado no capítulo anterior, antes da formulação do PMM, o governo brasileiro realizou diversas ações governamentais com o objetivo de atrair e fixar médicos na atenção primária à saúde no país, no entanto, nenhuma delas, foi capaz de sanar o déficit de médicos no território brasileiro (18,61). Por isso, podemos dizer que a questão da escassez de médicos é um tema recorrente e que houve uma reemergência na agenda governamental. De acordo com Rua (2012:68), *“as demandas recorrentes são aquelas que expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre voltando a aparecer no debate político e na agenda governamental”* (163).

Acompanhando o ciclo da política pública, após a inserção do problema na agenda governamental, o próximo passo é o processo de resolução da questão, ou seja, a formulação de alternativas para o enfrentamento da questão, que ocorre com o processo de formação e desenvolvimento da política pública (161,163), neste caso, a criação do PMM. Esta etapa é igualmente complexa e não linear uma vez que existe um movimento de interesses dos atores sociais, sendo que a autoridade pública, governamental, também é um ator importante.

Por isso, o processo de planejamento de uma política pública deve ser construída a partir do envolvimento dos diversos atores interessados na questão, possibilitando o aprimoramento da tomada de decisão governamental. Neste sentido, na formulação das ações governamentais é importante estabelecer uma comunicação

satisfatória entre os atores para articular o desenvolvimento das ações de forma mais efetiva.

3.2 Apresentação do Programa Mais Médicos (PMM) e Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória n.621, de 08 de Julho de 2013 e convertida em Lei n.12.871/2013 (169,56), representando um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo suprir a escassez da oferta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, para tal contempla medidas de longo e de curto prazo. As medidas de longo prazo estão voltadas à oferta de cursos e formação dos médicos, com expansão de vagas de graduação de medicina e residência médica, além de aprimoramento da formação médica no país e investir em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde. A curto prazo, realiza a chamada imediata de médicos para atuar em regiões mais necessitadas, onde há escassez e ausência desses profissionais.

Para tal, a partir da Portaria interministerial n. 1.369, de 08 de Julho de 2013, formulou-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que incentiva médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nas regiões carentes do país, como municípios do interior e as periferias das grandes cidades (60). O lançamento das chamadas para contratação de médicos foi realizada por meio de Editais, onde poderiam participar tanto médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto estrangeiros, que ocuparam os postos de trabalhos não preenchidos por brasileiros.

1. A Portaria Interministerial n. 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, em seu artigo 4, parágrafo III, estabeleceu os seguintes critérios para definição dos Municípios prioritários para participar do PMMB:

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 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

a) ter o 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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

Em março de 2014, o Ministério da Saúde lançou o Edital n.22 de adesão dos municípios ao PMMB (155). Neste Edital, as comunidades quilombolas foram incluídas como um dos públicos prioritários para alocação dos médicos, conforme texto da legislação:

2.2. Especialmente para este chamamento público, somente poderão solicitar vagas os municípios pré-selecionados conforme tabela anexa por terem atendido simultaneamente os seguintes critérios: (...) 2.2.3. Estarem em situações de vulnerabilidade de acordo com pelo menos uma das seguintes categorias: (...) e. Municípios com **população residente em comunidades remanescentes de quilombos** com certidões expedidas pela Fundação Cultural Palmares, disponíveis no endereço eletrônico (<http://www.palmares.gov.br>);

Da mesma forma, no Edital n. 01 de 15 de janeiro de 2015 (156), o Ministério da Saúde estabelece em sua Cláusula terceira que é obrigação dos municípios:

priorizar a alocação dos médicos participantes dos Programas nas equipes de atenção básica que não estejam constituídas com médicos e/ou que atendam populações que dependam exclusivamente da atenção do SUS e/ou atendam populações vulneráveis e historicamente excluídas, tais como, Ribeirinhas, Fluviais, **Quilombolas**, Assentados e Indígenas;

Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo Projeto recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte

para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período.

Semelhante a outros países que também enfrentaram a ausência ou escassez de médicos em determinadas regiões, a partir do PMMB, o Brasil permite a vinda de médicos estrangeiros que atuem em outros países. Os médicos estrangeiros selecionados pelo Projeto desenvolvem suas atividades com licença provisória do Conselho Regional de Medicina. Tal licença permite que os médicos estrangeiros atuem somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restringe o exercício das atividades nas unidades básicas de saúde na região onde forem alocados.

Dessa forma, podem participar do PMMB, tanto médicos formados em Universidades brasileiras ou com diploma revalidado no país, quanto médicos formados em instituições de educação superior estrangeira, estes últimos são denominados de médicos intercambistas pelo Projeto.

Dando sequência às ações de implementação do Programa Mais Médicos, em agosto de 2013, o Ministério da Saúde assinou Acordo de Cooperação Técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Este acordo visou garantir a vinda de médicos do exterior, principalmente para vagas do PMMB não escolhidas inicialmente por profissionais brasileiros e estrangeiros. A OPAS, por sua vez estabeleceu acordo com o Ministério da Saúde de Cuba com o objetivo de trazer médicos cubanos para atuar no Projeto e suprir a carência de profissionais médicos no Brasil.

Os médicos intercambistas selecionados participam de um módulo de acolhimento e avaliação durante três semanas, com carga horária de 120 horas. As aulas abarcam conteúdos relacionados à legislação do Sistema de Saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, especialmente da atenção básica em saúde, e Língua Portuguesa. Ao final do módulo, os médicos fazem uma avaliação para testar os conhecimentos em Língua Portuguesa em situações cotidianas da prática médica. Após atestada a qualificação do médico para participar do Programa, o Ministério da Saúde encaminha documentação para o Conselho Federal de Medicina para a emissão do registro profissional provisório.

É importante destacar que ocorre uma sequência de prioridades em relação a seleção dos médicos. A Lei que criou o programa determina que se abram as vagas para médicos brasileiros, depois, médicos intercambistas, aqueles que se formaram no exterior, e, somente em terceiro lugar, é acionado a cooperação internacional com a OPAS, que estabeleceu parceria com o governo cubano.

O PMMB visa ainda a integração entre ensino e serviço, associando a formação médica ao processo assistencial. Desta forma, prevê a realização do curso de especialização em saúde da família como componente obrigatório para os médicos selecionados pelo Projeto. O Curso foi oferecido na modalidade de educação à distância por meio da Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). O acompanhamento das atividades dos médicos, bem como sua participação na especialização é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas de atividades na unidades básicas de saúde e oito horas no curso de especialização.

Como resultado da implementação do PMMB, o Ministério da Saúde efetivou o provimento de 14.462 médicos brasileiros e estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde, sendo 14.168 nos 3.785 municípios que aderiram (68% dos municípios) e 294 médicos nas 34 áreas de nativos indígenas (100%). De acordo com Oliveira et al (2015:5) *“a grande inovação do PMMB se refere à estratégia de chamadas internacionais, quando, além dos 1.846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com 12.616 médicos estrangeiros de 49 países participando do programa”* (61).

No entanto, como toda política pública, a formulação do PMMB como estratégia para sanar o problema que passou a fazer parte da agenda governamental, tornou-se alvo de controvérsias e disputas estabelecidas entre diferentes atores sociais, governamentais e não governamentais. Rúa (2012:83) explica que *“uma política nunca se esgota nela mesma e frequentemente mostra-se como um campo de interesses cruzados, diversificados e até conflitantes”* (163). Sem a intenção de esgotar a temática, a seguir será exposto algumas das controvérsias apresentadas por atores sociais em relação ao PMMB, como estratégia de demonstrar a complexidade do PMM.

3.3 Percepção dos atores sociais sobre PMMB

Considerando a dimensão do PMM em termos de recursos envolvidos e de inovação como estratégia para provimento de profissionais médicos é importante considerar que tal política pública tem sido alvo de disputas e que não é consensual entre os diferentes atores sociais que a alternativa adotada pelo governo brasileiro foi a mais adequada. Após a criação do PMM, iniciou-se uma série de questionamentos a partir dos diferentes interesses envolvidos. De acordo com Rua (163):

Todo ator possui preferências. Uma preferência é a alternativa (meio) de solução para um problema que mais beneficia um determinado ator. Assim, dependendo da sua posição, os atores podem ter preferências muito diversas uns dos outros quanto à melhor solução para um problema político (2012:72)

Assim, tem sido possível identificar vários atores sociais, governamentais e não governamentais, todos eles imersos em uma multiplicidade de discursos e interesses no que diz respeito a esta ação governamental. Daremos destaque à compreensão de alguns atores sociais sobre algumas controvérsias vinculadas à implementação do PMMB por considerar que o envolvimento de tais atores impacta na legitimidade das ações, influenciando nos resultados propostos pelo Projeto.

Para tal, abordaremos o discurso de atores sociais situados em distintos níveis de mediações, esfera governamental, representantes dos movimentos sociais/sociedade civil e entidades médicas, buscando captar a riqueza das percepções destes atores, reveladas a partir da diversidade de opiniões, bem como de dissonâncias presentes na compreensão sobre a implementação do PMMB, sendo ressaltado as questões pertinentes ao PMMB, foco do presente trabalho.

Para a apresentação das percepções dos diferentes atores sociais, será utilizado como base somente os documentos oficiais e públicos, que demonstrem tais posicionamentos, quais sejam: 1) texto da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI n. 5035 e ADI n. 5037 (170,171); 2) relatório da Audiência Pública do Conselho Nacional do Ministério Público, realizada com o objetivo de subsidiar o julgamento das ADIs de n. 5035 e n. 5037 (172), onde diversos organismos e representantes de entidades médicas se posicionaram sobre este programa governamental; 3) Pareceres do

Procurador da República Rodrigo Janot apresentadas como resposta às ADIs (172,173 Ministério Público Federal, 2014b).

De forma resumida, em relação às controvérsias jurídicas, foram impetradas duas ADIs, uma pela Associação Médico Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) n.5035 e a segunda pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) n.5037 (170,171). As Ações de inconstitucionalidade questionam a legalidade do programa e buscam impugnar os dispositivos da Medida Provisória 621/2013, alegando que a medida pode colocar em risco a saúde da população. Os principais questionamentos das ADIs tratam da dispensa da exigência de revalidação dos diplomas dos médicos formados no exterior e as condições trabalhistas da contratação dos profissionais, por meio de bolsas. Na audiência pública, convocada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e realizada em novembro de 2013, pelo Conselho Nacional do Ministério Público, participaram 24 expositores, composto por representantes de entidades do governo, da sociedade civil e do Ministério Público onde declararam seus diferentes posicionamentos sobre o PMMB.

Em relação às ADIs, o Procurador Geral da República, Rodrigo Janot, emitiu parecer ao STF, manifestando-se pela constitucionalidade do Programa Mais Médicos. Em relação às questões de relevância e urgência, características relacionadas à Medida Provisória, o Procurador esclareceu que a realização do direito à saúde é indubitavelmente relevante, especialmente se atentando para o déficit de profissionais no âmbito do SUS na prevenção da saúde (172,173 Ministério Público Federal, 2014b).

O Governo é um ator importante na implementação do PMMB, sendo composto por gestores do governo federal, estadual e municipal. Destaca-se que estes atores não são um bloco com posição única, podendo haver diferentes perspectivas de análise em relação a esta política. Apesar da multiplicidade de perspectivas e interesses governamentais, destaca-se que o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, como gestores e coordenadores da Política, percebem o Programa como uma iniciativa efetiva para atrair médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais.

Além disso, defendem que o PMM diminuirá a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS, contribuindo para a redução das desigualdades regionais e fortalecimento da atenção básica em saúde. Por isso, entendem o PMM como uma troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da equipe e médicos formados em instituições estrangeiras (174).

Em relação ao Termo de Cooperação Técnica assinado com a OPAS, alvo de polêmicas por parte de outros atores sociais, o Ministério da Saúde, afirma representar uma estratégia importante para a garantia de médicos em municípios, principalmente das regiões Norte e Nordeste, que aderiram ao Programa Mais Médicos, mas não foram selecionados por médicos brasileiros. Para Carvalho (2015:71) (175),

A importação de médicos não é exclusividade de políticas públicas brasileiras, sendo um fenômeno mundial, intensificado nos últimos anos. Um exemplo disso é que quase 40% do contingente de médicos registrados no Reino Unido são estrangeiros, assim como ocorre na Noruega, cuja parcela alcança os 16,3%. O Programa Mais Médicos reflete uma tendência do mercado globalizado, que visa medidas públicas com o condão de se efetivarem à luz dos modelos da Noruega e Reino Unido.

Desta forma, o fortalecimento das relações bilaterais, auxiliam no aprimoramento da cooperação internacional entre Brasil e outros países, contribuindo para a troca de experiências entre modelos de atenção à saúde que efetivem a garantia do direito à saúde da população.

No entanto, alguns atores sociais, discordam da efetividade do PMM e levantam alguns questionamentos sobre a iniciativa. Este é o caso dos representantes de entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina e Federação Nacional de Médicos (FNM). O CFM, bem como o CREMESP afirmam que no Brasil não existe escassez de médicos e sim mal distribuição pelo país, havendo uma concentração nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, bem como uma forte inserção no setor privado de saúde. Consideram que as estratégias governamentais deveriam incidir na formação e trabalho médico, bem como em maiores investimentos para o setor saúde (174).

O argumento dos representantes das entidades médicas sobre a não escassez de médicos no Brasil é contestada por diversos estudos (45,176,177) que mostram que

ocorre não só uma má distribuição de médicos no território brasileiro, como um déficit de médicos para suprir às necessidades de atenção à saúde no SUS, por isso, os estudos apontam a necessidade de criação de novas vagas em cursos de medicina, um dos componentes do PMM.

Outras questões levantadas pelo CFM são referentes a modalidade de contratação dos médicos pelo Projeto na forma de contrato temporário de três anos, com pagamento por meio de bolsa, além da suspensão da exigência de revalidação de diploma. A entidade afirma a necessidade de realização de concurso público para evitar a precarização do trabalho (170).

Há também uma crítica contundente em relação ao Termo de Cooperação entre OPAS e Cuba, possibilitando a vinda de médicos cubanos para atuarem na atenção básica nos municípios. O Conselho questiona o fato do médico contratado receber somente parte do valor da bolsa paga, sendo que o restante do recurso fica no seu país de origem. Questiona também a dispensa da habilitação legal, onde é concedido somente um registro provisório para o exercício profissional (178). Por fim, apontam que a formação e o não domínio da língua portuguesa dos médicos cubanos podem influenciar na qualidade do atendimento dispensado aos usuários do sistema de saúde.

Quanto as entidades de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), defende que o Estado garanta o acesso à saúde com qualidade, para isso, afirma ser necessário o enfrentamento de questões estruturais como o subfinanciamento da saúde, a descentralização e a interiorização das ações de saúde, além da questão das privatizações nas relações de gerenciamento do sistema. Por isso, o Programa Mais Médicos, para o CNS, tem um caráter emergencial, devendo avançar no sentido de articular o Programa com um conjunto de ações possibilitando abarcar a dimensão mais estruturante do SUS.

Outros atores sociais, como representantes de entidades profissionais da área de saúde, como os Conselhos de Nutrição e Psicologia, chamam a atenção para o fato de haver uma limitação conceitual do PMM ao priorizar e especificar somente o provimento de médicos na atenção básica. Para estes atores, é importante dar

destaque a equipe multidisciplinar para garantir o princípio da integralidade da atenção (174). Em nome disso, consideram importante a adoção de outras iniciativas que busquem reduzir também a escassez de outros profissionais da área de saúde e incentive a atuação interdisciplinar para a promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária.

A partir das várias controvérsias apresentadas acerca do PMMB, percebe-se a complexidade do processo decisório de formulação de uma política para responder a um determinado problema, inserido na agenda governamental. Tal fato justifica-se pela composição de um cenário social marcado pela pressão dos atores sociais, que são portadores de diferentes interesses e pontos de vista e que influenciam fortemente na legitimidade da política formulada para dar resposta à um determinado problema coletivo.

CAPÍTULO 4

Caracterização da Pesquisa e Percurso Metodológico

4.1 Avaliação de Políticas e Programas Sociais

A necessidade do desenvolvimento de ações de avaliação e monitoramento tem sido cada vez mais reconhecidas por órgãos públicos, universidades e demais instituições como uma ferramenta importante para o acompanhamento e análise da implementação e execução dos programas governamentais. Tal reconhecimento advém do fato de que avaliar e monitorar permite a obtenção de informações para subsidiar o gerenciamento e a tomada de decisão, bem como contribui para o aprimoramento das políticas sociais e para o exercício do controle social.

No decorrer das últimas décadas, sobretudo a partir da década de 90, a avaliação e monitoramento de políticas públicas no Brasil vêm emergindo como ferramenta estratégica de gestão, contribuindo para um melhor desempenho das intervenções públicas. A formalização desta demanda, no âmbito do governo federal ocorreu com a publicação do Decreto nº 2.829 de outubro de 1998, motivada, segundo Garcia (2001:19) por um

avolumar de ineficiências, de desperdícios, de equívocos na condução das ações governamentais [...] o interminável ajuste fiscal que exige fazer mais com o mesmo recurso financeiro ou o mesmo com cada vez menos, a insuportável insegurança que preside os processos decisórios, a sensação dominante de que se esforça muito para obter resultados pífios, tudo isso em interação acaba por produzir um verdadeiro clamor por avaliações (179)

Vale dizer que este consenso embora bem situado no plano do discurso, não tem produzido a apropriação dos processos de avaliação como ferramentas de gestão, e, freqüentemente a tendência é apresentá-lo como um dever, ou até mesmo como uma ameaça, impostos pelo governo federal ou por organismos financiadores internacionais (180,181). Tal fato pode estar relacionado ao contexto de surgimento e expansão da atividade de avaliar políticas sociais no Brasil.

Alguns estudos mostram (182,183,184,185) que a avaliação de políticas e programas sociais não se configurava como uma tradição sistemática no país. Somente

a partir dos anos 80 e mais intensamente, nos anos 90, ocorre uma expansão das avaliações, determinada pela constatação de falhas na focalização dos programas sociais e mau uso do dinheiro público, além das exigências feitas pelos organismos internacionais, que demandavam reformas dos programas sociais no sentido de garantir focalização, descentralização e privatização. Nesse sentido, a avaliação possibilitaria um maior controle e racionalidade dos gastos públicos, além de mensurar a eficiência e eficácia dos programas.

Nos anos 90, mesmo em um contexto de reforma do Estado e maior privatização das políticas, e apesar da avaliação ainda se constituir como um caráter policialesco e burocrático, o contexto da redemocratização permitiu que houvesse uma maior participação social e a demanda de universalização das políticas sociais, além de uma exigência por maior controle social e transparência das ações governamentais. Assim, a avaliação começa a ser compreendida também como um instrumento de gestão, uma vez que permite que os gestores dos programas acompanhem e mensurem se as ações governamentais cumprem aos objetivos propostos e se provoca melhorias nas condições de vida da população.

Em relação à conceituação, não há um consenso na literatura sobre a definição de avaliação. De forma geral, no entanto, apesar das várias tipologias, classificações e modalidades utilizadas, grande parte dos estudos (186,187,188,184,189) entendem que avaliação envolve o ato de medir e emitir um julgamento sobre determinada intervenção, política, ação ou programa. Contandriopoulos (1997:31) (186) afirma que

avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Em outra tentativa de definição, a UNICEF (191) explica que a avaliação trata do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os

quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

4.2 Avaliação de Políticas na área de Saúde

A avaliação de políticas e programas na área de saúde, a exemplo das demais áreas, foi incorporada à agenda brasileira somente na década de 80. De acordo com Contandriopoulos (1997:29) (186)

no decorrer da década de 70 a necessidade de avaliar as ações sanitária se impôs. A diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, sem que, por isso, uma acessibilidade suficiente de todos a serviços de qualidade seja questionada

Nesse contexto, verificou-se a necessidade de gerar informações sobre a implementação dos programas, bem como sobre a eficácia do sistema de saúde, iniciando-se, portanto, os processos avaliativos na área de saúde. No entanto, apesar da constatação de que a avaliação tem expandido nos últimos anos, ainda se configura como incipiente tanto no meio acadêmico quanto como subsídio para incorporação nos processos decisórios governamentais (187). Destaca-se que Donabedian foi um dos precursores na avaliação da qualidade de serviços de saúde, adotando uma perspectiva teórica e metodológica que contemplava os elementos de estrutura, processo e resultado.

Para Patton (188), a avaliação pode ser entendida como um componente das práticas de saúde pública, sendo uma forma sistemática de atribuir valor, obter e proporcionar informações estratégicas, julgar o mérito de algo abordando as atividades, características e resultados das ações em saúde.

Desta forma, as avaliações devem ter componentes quantitativos e qualitativos permitindo a abordagem mais ampla do fenômeno, mas também analisar a dimensão subjetiva a partir da compreensão das experiências vivenciadas dos atores sociais que interagem com o programa ou intervenção. Uchimura e Bosi (187) afirmam que “as

avaliações não podem se restringir a pesquisas que tem como objetivo a simples obtenção de respostas numéricas. É necessário considerar a importância da subjetividade implícita ao processo de avaliar” (2002:1567).

No que diz respeito as dificuldades enfrentadas para avaliação no campo da saúde, Matilda e Camacho (2004:38) (185) destacam:

Por um lado identificam-se dificuldades relativas à estrutura e ao modo de produção da ciência e da tecnologia em saúde e a incompletude das políticas sanitárias para a consolidação dos princípios e ações do Sistema Único de Saúde (SUS); por outro lado, embora sejam reconhecidos os avanços no campo, evidenciam-se sua curta trajetória e suas lacunas, em particular em relação a análises de efeitos e de eficiência, próprias do estágio ainda incipiente do desenvolvimento do campo da avaliação em saúde no país.

Apesar das barreiras e limitações existentes, constata-se várias iniciativas de avaliação de serviços e programas na área de saúde. Estudo realizado por Santos et al, (181) cujo objetivo foi descrever as tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil, no período entre 2000 e 2009 mostrou que as avaliações em saúde aplicam diferentes abordagens metodológicas, sobressaindo a abordagem quantitativa (62%) e que a maioria são realizadas por instituições acadêmicas. Grande parte das avaliações enfatiza os programas, sendo a maioria pertencente a atenção básica, abordando dimensões como acessibilidade, efetividade, satisfação dos usuários, monitoramento das ações e estudo de estratégias adotadas pelos municípios. Destaca que ocorreu uma concentração de avaliações entre os anos de 2008 e 2009 com utilização de fontes de dados plurais como questionários, entrevistas, documentos e sistemas de informações.

Percebe-se na literatura uma pluralidade de perspectivas relacionadas a tipologias, modalidades classificatórias e a desenhos de avaliação associadas geralmente ao momento, a função e a abordagem metodológica utilizada. Donabedian (apud 184) considera o processo avaliativo das etapas da produção do cuidado médico e da qualidade dos serviços de saúde a partir de três dimensões: estrutura, processo e resultado. Já Contandriopoulos (186) subdivide a avaliação em pesquisa normativa e pesquisa avaliativa, a primeira aplica critérios e normas para realizar o julgamento de valor sobre uma determinada intervenção, já a segunda utiliza procedimento

metodológico vinculado a método científico para desenvolver seis tipos de análise: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise dos efeitos, análise do rendimento e análise da implantação.

4.3 Processo de Avaliação a partir da Pesquisa Avaliativa

Na presente investigação foi adotada a abordagem da avaliação de programas sociais. Considerando a realidade social de forma crítica, como objeto de pesquisa que deve ser desenvolvida a partir de pesquisa avaliativa, tanto as políticas quanto os programas sociais podem ser objetos de investigação científica. Desta forma, Silva e Silva ((2013:42) (182) ressalta que

a Pesquisa Avaliativa é uma aplicação sistemática de procedimentos de pesquisa para acessar a conceptualização, o desenho, a implementação e utilidades de programas sociais de intervenção, de modo que os avaliadores se utilizam de metodologias de pesquisa social para julgar e aperfeiçoar, mediante as quais políticas e programas sociais são conduzidos desde o estágio inicial de sua definição, elaboração e implementação.

Em nome disso, para Silva (192) a pesquisa avaliativa desempenha três funções: técnica, política e acadêmica, realizando tanto uma análise crítica focando os princípios e fundamentos teórico e conceituais do programa avaliado, quanto considera os interesses e sujeitos envolvidos na ação governamental, contrapondo a ideia de neutralidade no processo avaliativo. Para a realização da avaliação é fundamental a combinação de métodos e técnicas da pesquisa social, tendo em vista que inexistem uma técnica avaliativa de um programa governamental (184).

Tanto os métodos quantitativos quanto os qualitativos são utilizados nas avaliações em saúde. Apesar dos primeiros se sobressaírem, cada vez mais tem havido um reconhecimento da importância da combinação de informações quantitativas e qualitativas no processo de investigação. No caso da pesquisa avaliativa, ocorre o entendimento de que a triangulação de métodos, bem como a pluralidade de fontes de dados são componentes que enriquecem a avaliação. Santos et al. (181) destaca que a maioria das pesquisas avaliativas buscam apreender as perspectivas dos diversos

atores envolvidos na intervenção alvo, sejam eles, gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e representantes do controle social. De acordo com Minayo(2006:369) (193)

As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teorias e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada: as primeiras visam a dimensionar e a quantificar os dados de processo ou de resultado. E as segundas são apropriadas para aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais.

Desta forma, ressalta-se que na abordagem qualitativa há uma preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização ou instituição, e não com a generalização dos conceitos teóricos, ou seja, o critério não é numérico (193). O estudo qualitativo privilegia dimensões relacionadas a significados, motivos, aspirações e atitudes. No caso da área de saúde, Tanaka e Melo (190) destaca que *“ao aceitarmos que o produto dos serviços de saúde é resultado da interação ocorrida entre o usuário e os profissionais de saúde, para a análise do processo de trabalho a abordagem qualitativa passa a ser considerada quase indispensável”* (2004:130).

No caso da avaliação qualitativa, ainda segundo Minayo (183) o objetivo é permitir a compreensão dos processos e dos resultados, entendendo-os *“como um complexo integrado por ideias, padrões de comportamento e de interações, organizados em torno a interesses consensuais e socialmente reconhecidos”*. Em nome disso, a avaliação qualitativa aborda essencialmente os aspectos estruturais e funcionais de políticas ou de instituições e, de preferência concomitantemente, com os componentes ideológicos, relacionais e políticos, sendo mais eficaz quando permite o conhecimento da visão e crença das pessoas e do cotidiano de atuação institucional.

4.4 Percurso Metodológico e Etapas da Pesquisa

A presente investigação teve como objetivo realizar pesquisa avaliativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em comunidades rurais e quilombolas e foi

realizada a partir de duas fases. As duas fases permitiram o estabelecimento de aproximações sucessivas com o tema.

4.4.1 Primeira Fase

A primeira fase de campo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória tendo em vista seu objetivo de amadurecer o objeto de estudo e delimitar melhor o problema de pesquisa. Desta forma, a primeira fase foi fundamental para: aproximar a pesquisadora do tema da pesquisa; delimitar os focos da investigação e estabelecer os contornos do estudo; coletar informações sobre a implementação do PMM em comunidades quilombolas, auxiliando no estabelecimento de contatos para entrada em campo; auxiliar nas escolhas metodológicas e instrumentos de coleta de dados (Anexos A –G)².

Esta fase, utilizou abordagem quanti-qualitativa, sendo subdividida em duas etapas:

1ª. Etapa: análise documental, onde a pesquisadora realizou busca e análise de documentos relacionados à implementação do Programa Mais Médicos a partir do provimento de médicos no território nacional, priorizando a análise da distribuição dos profissionais em municípios com comunidades quilombolas. Para a análise quantitativa e cartográfica do provimento de médicos no Brasil e nos municípios com comunidades quilombolas certificadas foi utilizada a densidade de médicos/ 1000 habitantes no Brasil, antes e após a implantação do programa, a partir da base de dados da pesquisa Demografia Médica de 2013, de planilha oficial fornecida pelo Ministério da Saúde em 2014 e da relação de comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares até 2014. Parte dos resultados desta análise deu origem ao artigo sobre provisão de médicos em áreas rurais, remotas e vulneráveis socialmente, publicado na Revista Rural and Remote Health em março de 2016.

² Destaca-se que a maioria dos instrumentos de coleta de dados foram adaptados ao objetivo da investigação a partir dos roteiros semi-estruturados da pesquisa matriz. No entanto, foram elaborados também instrumentais específicos para coleta de dados nas comunidades quilombolas, como o roteiro para os grupos focais e o roteiro para entrevista com usuários quilombolas.

2ª. Etapa: realização de visitas à campo em três comunidades quilombolas, duas do Rio Grande do Norte (RN) e uma do Pará (PA)³. A partir de uma abordagem qualitativa, foram coletados dados a partir de 3 grupos focais com usuários quilombolas e 16 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, gestores, representantes do controle social e liderança de uma das comunidades quilombolas.

Os grupos focais consistem em reuniões com pequeno número de interlocutores. A vantagem desta técnica é que ela permite levantar várias opiniões sobre uma mesma temática, além de permitir a formação da discussão que podem levar a consensos ou ressaltar opiniões díspares sobre determinado assunto (183). Além disso, possibilita interação, troca de ideias, experiências, sentimentos, valores, proporcionando reflexão entre os participantes (194).

Outra vantagem do grupo focal é que a técnica permite conhecer o mundo como é compreendido pelos participantes, podendo expressar suas ideias de forma espontânea, sem ser estruturada. A dinâmica grupal estimula os participantes a responder opiniões, comentários e ideias dos outros participantes, surgindo novas perspectivas de análise que podem não ter sido identificadas pelo pesquisador, mas que é importante no universo pesquisado.

O instrumento do grupo focal buscou apreender as percepções dos usuários quilombolas sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde (anexo G). Para tal, foram incluídas questões sobre situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após chegada dos médicos. Os usuários quilombolas foram identificados nas UBS onde foram alocados os médicos participantes do PMM. Os grupos focais contaram com uma média de 10 participantes, sendo compostos em sua maioria por mulheres. As

³ É importante esclarecer que este estudo faz parte do projeto multicêntrico matriz intitulado: “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, coordenado pela professora orientadora Leonor Pacheco e financiado pelo CNPq e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013. A pesquisa matriz selecionou 32 municípios para realizar pesquisa de campo, dentre estes, somente em 2 municípios haviam comunidades quilombolas certificadas, por isso, foram estes os municípios visitados nesta fase da pesquisa.

lideranças comunitárias auxiliaram no processo de divulgação e convite para que os moradores das comunidades quilombolas participassem voluntariamente dos grupos focais, agendados com antecedência.

As 16 entrevistas semiestruturadas foram realizadas com: 3 médicos cubanos participantes do PMM, que atuam nas UBS, 5 profissionais de saúde, que compõem a equipe das UBS, 4 gestores, sendo 2 secretárias municipais de saúde e 2 coordenadoras da atenção básica, 3 representantes do Conselho Municipal da Saúde e liderança de uma das comunidades. Assim, a investigação buscou abarcar um conjunto de atores sociais, com inserção e envolvimento diferenciado com o PMM, para possibilitar a apreensão das diferentes narrativas e pontos de vista.

Como resultado desta segunda etapa, foi elaborado e publicado, em junho de 2015, artigo na revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN) intitulado: “Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de caso em Comunidades Quilombolas”.

4.4.2 Segunda Fase

Finalizada a primeira fase de coleta de dados, a pesquisadora aprimorou o projeto e submeteu à banca de qualificação de tese, ocorrida em março de 2015. Este foi um momento muito importante para delinear os rumos da pesquisa. Após apresentação do projeto e dos resultados preliminares da primeira fase, os professores que compuseram a banca, fizeram diversos apontamentos e sugestões ao trabalho, o que levou a pesquisadora a redefinir os contornos da investigação, com base nas contribuições apresentadas.

Dentre os vários apontamentos da banca, explicita-se três, devido à influência que tiveram no aprimoramento dos rumos da investigação. Uma das sugestões, unânime entre os professores, foi que a pesquisa ganhasse em profundidade e não em extensão, portanto, sugeriu-se a realização de pesquisa qualitativa etnográfica em uma comunidade quilombola, ao invés de uma em cada região brasileira, como proposto no

delineamento anterior. Outra sugestão foi que a pesquisadora mostrasse com maior clareza as especificidades do sub-projeto apresentado em relação à pesquisa matriz, delimitando diferenças em relação aos objetivos e estratégias de coleta de dados. Uma terceira sugestão, foi que houvesse uma melhor delimitação dos objetivos da pesquisa, tendo em vista que os objetivos apresentados estavam muito amplos.

A partir das contribuições da banca de qualificação, foi realizado uma readequação na investigação, optando-se por centrar a coleta de dados em um único município, sendo escolhido o município do Pará, que fez parte da primeira fase. Nesta segunda fase, o objetivo maior era coletar os dados que respondessem ao problema investigado, por isso, optou-se por realizar pesquisa na comunidade quilombola. Além disso, buscando enriquecer e aprofundar a pesquisa, ampliou-se o escopo do campo de estudo abarcando as quatro áreas rurais com atuação do PMM e não somente a área de abrangência da comunidade quilombola. Nesse sentido, houve uma extensão da investigação abarcando as demais áreas e abrindo diálogo com profissionais e usuários destas localidades.

É importante esclarecer, no entanto, que houve um maior aprofundamento da investigação na comunidade quilombola, inclusive adotando a técnica de observação participante, juntamente com entrevistas semiestruturadas. Nas demais áreas, o estudo utilizou de abordagem qualitativa, com realização somente de entrevistas semiestruturadas. As visitas à comunidade bem como as demais áreas ocorreu nos meses de outubro e novembro.

A investigação, de caráter qualitativo, foi guiada por uma postura metodológica de triangulação de técnicas para a coleta de dados. Para Minayo (195) a abordagem qualitativa conduz a uma visão “triangulada” que pode ser exercida por meio de: combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista; análise de pesquisadores de diferentes formações; percepção de diversos informantes; adoção de uma diversidade de técnicas de coleta de dados que acompanha a investigação.

A intenção foi a apreensão do fenômeno estudado em sua complexidade, riqueza e profundidade. Desta forma, a pesquisa utilizou o estudo de caso, que de

acordo com Yin (1996) *“um estudo de caso é uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real; quando os limites entre fenômeno e contexto não são evidentes; e no qual muitos recursos ou evidência são usados”* (1989:23). Já Denis e Champagne (197) afirma que o estudo de caso é *“uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso (...) A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”* (1997:71).

Desta forma, o procedimento escolhido para esta investigação foi o estudo de caso onde buscou-se compreender a percepção dos diferentes atores sociais sobre a implantação e as repercussões do PMM na atenção à saúde. Para tal, foram adotadas como técnicas de pesquisa a entrevista semi-estruturada e a observação participante.

A entrevista pressupõe uma relação direta entre entrevistador e entrevistado e busca conseguir informações sobre atitudes, interesses, valores, crenças, experiências, sentimentos e opiniões do participante sobre o fenômeno pesquisado. A entrevista semi-estruturada se caracteriza por tratar de questões específicas num primeiro momento, para depois ser conduzida de acordo com o curso de pensamento do participante e das investigações do entrevistador (198).

Para Trivinos (199) a entrevista semi-estruturada é uma técnica qualitativa que *“valoriza a presença do investigador ao mesmo tempo que oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”* (1998:146). O mais interessante da entrevista semi-estruturada é que permite o desvelamento da singularidade e do sentido presente no vivido dos participantes em relação ao objeto investigado. É uma técnica que busca apreender experiências, atitudes, crenças e pensamentos a partir de narrativas abertas sem determinar previamente as possíveis respostas, como no questionário.

Considerando a heterogeneidade e complexidade do PMM, percebeu-se a importância de considerar distintos pontos de vista e interpretações na avaliação desta iniciativa governamental. Assim, a investigação abarcou entrevistas com um conjunto

de atores sociais, com inserção e envolvimento com o PMM, permitindo a compreensão do fenômeno a partir de vários ângulos, além da apreensão de semelhanças e diferenças entre as narrativas.

Neste sentido, foram entrevistados as seguintes categorias de atores chaves:

- Gestores da Secretaria Municipal de Saúde
- Médicos participantes do PMM
- Profissionais da Equipe de Saúde da Família
- Representante do conselho de saúde no município
- Usuários

Em relação à observação participante, Minayo (183) a define como sendo “o processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica” (2011:70). Assim, a técnica exige a participação do pesquisador na vida cotidiana do grupo estudado, observando a maneira como as pessoas se comportam. Dialoga buscando descobrir as interpretações dos sujeitos sobre o contexto relacionado com o objeto investigado. Portanto, permite a comparação de respostas em diferentes situações, observadas ao longo do tempo.

Uma das características da observação participante é que a quantidade é substituída pela intensidade dos fenômenos, a partir da imersão profunda na realidade estudada (200). A proximidade com os atores e a convivência com o grupo auxilia no desvelamento dos significados das práticas vivenciadas no cotidiano. O diário de campo, se configura em um instrumento fundamental para o registro das observações realizadas.

No estudo, a observação participante foi realizada na comunidade quilombola e permitiu, a partir da interação com os usuários quilombolas, compreender alguns elementos considerados pelos sujeitos como importantes na análise da atenção à saúde e as mudanças ocorridas após implantação do PMM, sendo parte das observações, sintetizadas a partir de alguns relatos de entrada em campo (Apêndice A). A riqueza do contexto auxiliou na apreensão de como os temas estudados influenciam

na vivência cotidiana da população e nas suas experiências de aproximação com o serviço de saúde do município.

A observação na comunidade permitiu captar a realidade de forma mais intensa, enriquecendo a descrição de acontecimentos em campo, colaborando para entender como e porque ocorrem determinados fatos. A observação do contexto mostrou-se relevante uma vez que auxiliou na reunião dos dados básicos que foram complementados com entrevistas semiestruturadas.

De forma resumida, as principais atividades realizadas durante a pesquisa foram: visitas às 4 UBS rurais, visitas à comunidade quilombola, acompanhamento de visitas domiciliares da equipe da ESF à comunidade quilombola, participação no comando médico⁴ realizado na comunidade quilombola, acompanhamento de ações de educação em saúde em 2 escolas rurais, participação em 2 reuniões de equipe e visita a alguns equipamentos de saúde do município como hospital, Centro de Regulação, Centro de Testagem e Aconselhamento e Secretaria de Saúde.

Buscando sintetizar o percurso metodológico, abaixo quadro de atividades realizadas:

Quadro 2: Síntese do Percurso Metodológico

	1ª. Fase	2ª. Fase
Abordagem	Quali-Quantitativa	Qualitativa (Estudo de caso em áreas rurais e comunidade quilombola do Pará)
Triangulação de Técnicas	- Grupo Focal - Entrevistas semiestruturadas - Análise cartográfica de provimento de médicos	- Entrevistas semiestruturadas - Observação participante - Diário de campo
Municípios	Município/RN e Município/PA	Município/PA
Número de comunidades	2 (RN) e 1(PA)	1 comunidade quilombola e 4 áreas rurais com atuação do PMM
Período	Fevereiro/2015	Outubro/Novembro de 2015
Fonte	Primária e secundária	Primária

⁴ O comando médico consiste na visita da Equipe da Estratégia da Saúde a uma determinada sub-área rural, neste caso, a comunidade quilombola com o intuito de prestar atendimento à população. Desta forma, são realizadas atividades de educação em saúde bem como consultas.

Coleta de dados	- 3 grupos focais com usuários - 16 entrevistas semiestruturadas (3 médicos do PMM, 5 profissionais das equipes ESFSB, 4 gestores, 3 representantes do conselho de saúde e 1 liderança)	- 4 subáreas rurais com atuação PMM: 42 entrevistas semiestruturadas (14 usuários, 18 profissionais das equipes ESFSB, 5 gestores, 4 com médicos do PMM e 1 com representante do conselho municipal de saúde). - comunidade quilombola: 24 entrevistas com usuários/lideranças - Notas do diário de campo
Análise dos Resultados	Artigo 1 – Análise quantitativa/cartográfica de provimento Artigo 2 – Análise de conteúdo	Artigo 3 – Análise de conteúdo Artigo 4 – Análise de conteúdo

Fonte: Elaboração própria

4.5 Caracterização do município e das sub-áreas rurais com atuação do Programa Mais Médicos

O município paraense foi instalado em 1997. Localiza-se na mesorregião nordeste do Pará, há cerca de 188 km de Belém. Possui uma área territorial de 771,90Km, com destaque às áreas de campos naturais. De acordo com IBGE (2010), sua população é de aproximadamente 27.455 habitantes, que residem majoritariamente na área rural (74%), mostrando uma densidade demográfica de 29,3 habitantes/Km. O município é composto por aproximadamente 102 localidades, entre povoados e vilas urbanos e rurais.

Em relação à raça/cor, 89.6% da população é negra. A principal atividade econômica desenvolvida no município é a agricultura, sendo que a maior produção é de mandioca e feijão. Existem ainda outras ocupações como a pesca (peixe de água doce e de água salgada) e extração vegetal (açaí, buriti e folhas de palmeira para a confecção de artesanato de palha). Em relação às condições socioeconômicas, em 2010, 82,5% da população rural do município estava abaixo da linha de pobreza, 42% da população ocupada recebia menos de dois salários mínimos e 45% não tinha rendimento. Além disso, 63% da população trabalhava por conta própria e/ou como trabalhadores na produção para o próprio consumo. Das pessoas de 10 anos ou mais

ocupadas, 70,6% desenvolviam atividades relacionadas a agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e pesca (201).

No que diz respeito as condições de habitação e saneamento no município, dados do IBGE (201) apontam que o esgotamento sanitário é precário, sendo que 79,4% dos domicílios utilizam fossa rudimentar e 66,8 abastecem as residências com água de posto ou nascente, somente 21,7% tem acesso ao abastecimento por rede geral. Além disso, 56,6% dos domicílios não possuem energia elétrica.

A atenção à saúde no município estrutura-se a partir dos seguintes estabelecimentos: Hospital Municipal, Centro de Regulação, Centro de Reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial I, Academia de Saúde e Centro e Testagem e Aconselhamento. Já a rede de atenção primária à saúde é constituída pelos seguintes equipamentos: 9 PSF, sendo 3 Estratégia Saúde da Família (ESF) e 6 Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal (ESFSB), um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) urbano, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e 4 Postos de Saúde (PS).

4.6 Caracterização da comunidade quilombola estudada

De acordo com o Fundação Cultural Palmares, em junho de 2015 haviam 233 comunidades quilombolas certificadas no estado do Pará. Por isso, é considerado o terceiro maior estado em número de comunidades certificadas, os dois primeiros são Bahia (653) e Maranhão (582). O Pará é o estado brasileiro com maior número de comunidades quilombolas tituladas (128), seguida do Maranhão com 38 (98).

O estudo foi realizado numa comunidade rural quilombola, localizada no Pará, há 11 Km da sede do município. A população da comunidade oscila entre 500 e 600 pessoas, com aproximadamente 90 famílias. A comunidade foi titulada em 2002 pelo Instituto de Terras do Pará (Iterpa). De acordo com narrativas de seus moradores, a comunidade foi fundada por quatro escravos fugidos do Maranhão que ali se estabeleceram.

Nos relatos, contam que foram “descobertos” como quilombolas quando uma

senhora, esposa de um deputado federal, falou para eles das características da comunidade e que o fato dos moradores serem negros e todos terem algum grau de parentesco, confirmado pelos sobrenomes “Araújo” e “Silva” poderia ser um indício da formação e identidade negra. A partir de então, as lideranças da comunidade começaram a se organizar para reivindicar o reconhecimento legal da terra. Estudos apontam que a formação da comunidade quilombola ocorreu com a presença tanto de escravos, como de indígenas. (202).

A energia elétrica chegou à comunidade somente em 2010 por meio do programa “Luz para Todos” do Governo Federal. Este avanço possibilitou o início do Projeto Resec (Reserva ecológica), que doou para a comunidade aparelhos domésticos como geladeiras e televisão. Além disso, o projeto construiu várias casas de alvenaria e telha para substituir as casas de barro batido e cobertas por palha. Tal benefício não atingiu todas as famílias da comunidade, mas muitos moradores citaram a importância da construção das casas que contribuem inclusive para aproximar os domicílios, fazendo uma espécie de vila, com casas mais próximas. A comunidade não tem água encanada, por isso utilizam a água do rio, igarapés próximos ou também poços cavados no quintal dos domicílios, que são utilizados tanto para lavar os alimentos quanto para realizar a higiene dos moradores.

A principal atividade econômica desenvolvida na comunidade é a agricultura de subsistência, a partir do plantio de mandioca e feijão. Durante a realização da pesquisa de campo, percebeu-se que a produção é organizada por meio da unidade familiar. Assim, cada núcleo familiar é responsável pela subsistência dos seus membros, que ocorre com o desenvolvimento do trabalho nas chamadas “roças” ou “roçados”. É interessante o fato de que não há cercas separando as unidades de produção, por isso, os limites de cada roçado parece imperceptível, no entanto, os moradores afirmam que todos sabem e respeitam as áreas de cada família e que a delimitação ocorre por meio de “um pé de mato”, uma “arvore”, ou seja, elementos visíveis somente àqueles pertencentes à comunidade.

De acordo com uma das lideranças da comunidade, durante o processo de

titulação da terra, toda a comunidade se reuniu para definir e dividir o território em duas partes: uma loteada, onde cada família teria direito ao espaço reservado à casa/quintal e outra reservada ao plantio, à roça, que também foi dividida em partes iguais para cada família para plantar os alimentos para o consumo, ou seja, para a reprodução do grupo familiar, e também para a comercialização, nos casos em que, houvesse produção excedente ao necessário para o sustento da família. Muitos moradores destacaram que a terra delimitada para cada família não é suficiente, já que houve uma ampliação no número de famílias e não ocorreu uma expansão da terra, o que tem causado uma produção insuficiente e uma situação de insegurança sobre o futuro.

A base da economia de subsistência é o plantio da mandioca que serve para a produção de farinha, utilizada para consumo, e quando existente, o excedente é comercializado nos municípios vizinhos. Existem 03 casas de farinha na comunidade, sendo uma de utilização coletiva e duas de propriedade particular. No entanto, durante a pesquisa de campo, verificou-se que as famílias proprietárias das casas de farinha frequentemente cedem o espaço para as demais famílias produzirem a farinha. Ressalta-se, que apesar das casas de farinha serem compartilhadas e de uso coletivo, a responsabilidade pela produção da farinha é de cada família, ainda que, muitas vezes, ocorra uma produção coletiva, onde membros de distintas unidades familiares auxiliem no processo da produção.

Em relação à divisão social do trabalho, os homens são responsáveis pela roça e as mulheres realizam tanto o trabalho doméstico, como também auxiliam os companheiros e filhos nas atividades de agricultura. Nas visitas aos domicílios, percebeu-se que muitos moradores utilizam o quintal para a criação de animais como galinhas e porcos e a plantação de pequenas hortas. A casa e o quintal pertencem a cada família, sendo o último um espaço eminentemente feminino.

Os moradores saem pouco da comunidade e geralmente os principais motivos para irem às comunidades vizinhas, à sede do município ou mesmo em outros municípios estão relacionados com a resolução de problemas, a aquisição de produtos ou a momentos específicos de lazer, por exemplo, o deslocamento para jogar futebol

em comunidades vizinhas, já que a comunidade tem dois times de futebol, composto na maioria por jovens de 13 a 24 anos. Aliás, o futebol é apontado como principal forma de lazer entre os homens.

Outra questão interessante é que ocorre uma demarcação sobre quem pertence ou não à comunidade a partir do parentesco. Delimita os de “dentro” e os de “fora” com base na constituição familiar e descendência. Pertencer ou não à comunidade é um critério importante para acessar o território e definir direitos e deveres. Por isso, alguns dos entrevistados apontaram que há uma valorização e incentivo aos casamentos endogâmicos, principalmente entre primos, o que contribui para a manutenção da posse da terra e também do sobrenome dos membros da comunidade. Alguns estudos em comunidades quilombolas apontam resultados similares sobre o estabelecimento de fronteiras relacionadas ao parentesco por parte dos membros (203,204).

Em relação às características espaciais, há uma rua principal que liga uma extremidade à outra do povoado, sendo margeada por casas de ambos os lados. No centro, tem um campo de futebol e um barracão usado para as atividades coletivas e festividades. No lado direito da rua, próximo ao campo de futebol há uma capela católica, um salão de eventos e uma escola, do lado esquerdo, há uma unidade de saúde, ainda não inaugurada. Todas as ruas da comunidade são de chão de terra batida.

A comunidade organiza-se a partir de uma Associação denominada: “Associação de Produtores quilombolas da Comunidade de (nome da comunidade)”, criada em 2006 e que realiza reuniões mensais. Os moradores se queixam da atuação limitada da associação e avaliam que caso tivessem uma associação mais forte politicamente, certamente a comunidade já estaria mais desenvolvida. Nas entrevistas surgiram relatos sobre gestões anteriores e uma desconfiança de que recursos solicitados para benfeitorias na comunidade foram desviados. Esta desconfiança “ronda” vários moradores da comunidade e a associação não parece ser reconhecida como uma instância de defesa dos direitos da comunidade.

As manifestações culturais mais significativas estão relacionadas às festas

religiosas. Estas festas contribuem para a manutenção do vínculo entre os moradores e também com as comunidades vizinhas e moradores da sede do município que vão até à comunidade para participar das festividades. No mês de maio acontece a festa da coroação de Nossa Senhora onde há uma mobilização de todo o grupo que prepara as roupas dos participantes, o cenário e a liturgia. No Segundo domingo do mês de agosto, ocorre homenagem à Nossa Senhora de Nazaré, com procissão do Círio. Apesar destas duas comemorações mobilizarem a comunidade, a principal festividade ocorre no mês de outubro, com a realização da festa tradicional de todos os santos.

A festa de todos os santos ocorre durante cinco dias, momento em que os quilombolas dançam, fazem ladainhas e procissões para agradecerem seus intercessores pelas graças alcançadas. A participação da pesquisadora em alguns momentos desta festividade, durante sua preparação bem como na realização, foi fundamental para a compreensão da dinâmica de socialização dos moradores, bem como a valorização dos símbolos culturais presentes na comunidade quilombola. O processo ritual da festa tem início com uma grande procissão nos povoados rurais em torno da comunidade, onde a imagem de São Benedito é conduzida à frente, já que é o padroeiro da comunidade e dos negros escravizados e pertence à comunidade há quatro gerações. Esse ritual é chamado de “buscação” e consiste na realização de trajeto para a busca de santos nas casas e igrejas dos povoados. Um elemento interessante é que todas as pessoas que carregam as imagens têm que envolvê-las em um pano, protegendo-as como se fossem crianças de colo.

No final de dois dias de “buscação”, as imagens dos santos são reunidas e colocadas em um altar do barracão, num ritual de cantos e orações. A noite ocorre uma festa dançante acompanhada por uma aparelhagem de som. Esta festa, que acontece no sábado à noite, é um dos pontos altos do período festivo, pois é neste momento que acontecem as homenagens a todos os santos e é entoada a ladainha.

Outro fato interessante é que somente os homens são os responsáveis pela entoação da ladainha, as outras pessoas (mulheres e crianças) podem participar entoando também a ladainha, mas em forma de acompanhamento. São seis homens os

cantadores principais da ladainha. Durante o evento tem a figura do juiz, responsável por organizar a festa, dos “mordomos” e voluntários que pagam suas promessas cozinhando para os convidados. A ladainha, a festa dançante e o leilão são alguns elementos que constituem o corpo da festividade.

4.7 Processo de análise dos dados qualitativos

Na análise dos dados, adotou-se a análise de conteúdo, método que busca a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo evidente da comunicação (205). Proporciona um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados coletados (*corpus*), devido à diversidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados, ou seja, possui um caráter polissêmico.

Bardin (206) conceitua a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para tal, subdivide o método em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados/interpretação. Desta forma, o método permite uma compreensão do significado do contexto com base nos objetivos e pergunta da investigação e a partir de um processo sistemático de codificação das unidades de análise em temas e categorias.

Utilizando como parâmetro as etapas descritas por Bardin (206), o presente estudo focou a análise dos dados da seguinte forma:

- 1) **Pré-Análise:** Este foi o momento de organizar os dados a partir de operações sucessivas. Para isso, foi realizada a leitura geral de todo o material e uma escolha preliminar do conteúdo com base nos objetivos da pesquisa. Ou seja, procedeu-se a uma preparação formal do material e uma sistematização das ideias iniciais. Esta foi a fase de definição do *corpus* de análise, a partir das informações coletadas (gravações e observações). Destaca-se a importância de considerar o conteúdo das observações porque expressam um outro cenário de comunicação, que pode enriquecer o conteúdo.

- 2) **Exploração do material:** Esta etapa consistiu na codificação do conteúdo, a partir dos recortes dos textos das entrevistas transcritas⁵ e anotações do diário de campo, transformando-os em unidades de análise. A codificação consistiu na agregação das informações em categorias e temas, com base nas informações textuais. As primeiras categorias foram identificadas a priori a partir da teoria e outras a posteriori, a partir da junção de temas correlatos que se transformaram em blocos ordenados de temas, após a coleta de dados. Para a escolha das categorias, levou-se em consideração a pergunta de pesquisa, os objetivos da investigação e o referencial teórico adotado, permitindo assim a formulação das inferências do estudo. Na execução desta etapa, utilizou-se o software Atlas-ti que permitiu a organização do material e sua codificação.
- 3) **Tratamento dos dados/interpretação:** a terceira e última fase da análise, consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado. A partir da justaposição das categorias, realizou-se a análise comparativa identificando elementos semelhantes ou diferentes das mensagens. Assim, na análise do material, buscou-se apreender os significados dos discursos.

Destaca-se, portanto, que a análise de conteúdo permitiu um percurso interpretativo onde os dados foram decompostos analiticamente, a partir de um processo de redução, considerando os aspectos relevantes dos objetivos do estudo e as relações estabelecidas entre os conteúdos coletados.

4.8 Aspectos éticos

As considerações éticas são muito importantes no desenvolvimento de investigações científicas que envolvem seres humanos como sujeitos de pesquisa. Antes de iniciar as entrevistas e grupos focais, foram apresentados os objetivos e a justificativa da investigação, com todas as informações relativas às questões éticas que

⁵ No caso das entrevistas com os médicos cubanos, as transcrições foram adaptadas ao português, língua original do trabalho.

envolvem a pesquisa com seres humanos. Além disso, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi lido e posteriormente assinado pelos interessados em participar da pesquisa, de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

A pesquisa foi baseada no que preconiza essa resolução e seus princípios éticos dos quais se destaca o sigilo de informações, a garantia do anonimato e a devolução dos dados aos sujeitos e à sociedade. Como estratégia para garantir o anonimato, os municípios, as comunidades quilombolas e os atores chaves entrevistados não foram identificados. Foi garantido aos entrevistados que a participação na pesquisa não lhes ofereceria riscos ou desconforto e foram informados sobre o caráter confidencial das respostas e a possibilidade de interromperem a entrevista, a qualquer momento. Foram informados de que todas as informações pessoais seriam mantidas em sigilo e os dados coletados seriam anônimos, sendo que somente os resultados seriam divulgados. Foi garantido que todos os dados seriam coletados, analisados e interpretados seguindo os princípios éticos fundamentais.

O projeto de pesquisa matriz, do qual esta investigação faz parte, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília em 18/09/2013 (Parecer número: 399.461 - Anexo). É importante esclarecer que não houve submissão de emenda ao protocolo aprovado para realização desta pesquisa específica devido ao tempo necessário entre submissão e aprovação, o que fatalmente inviabilizaria a realização da pesquisa de campo. No entanto, durante a realização da pesquisa, houve observância e respeito aos princípios éticos e cuidados na utilização de técnicas de coleta de dados, tais como observação e realização de entrevistas e grupos focais.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Artigo 1. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014

Artigo 2. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas

Artigo 3. Programa Mais Médicos e Atenção à saúde: Estudo de caso em uma Comunidade Quilombola do Pará

Artigo 4. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica

Resultados

Artigo 1. Publicado na Revista: Rural and Remote Health 16: 3616. (Online) 2016.
Available: <http://www.rrh.org.au>

Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014.

Lucélia Luiz Pereira¹

Leonor Maria Pacheco Santos²

Wallace dos Santos³

Aimê oliveira⁴

Daphne Rattner⁵

1. Prof.^a Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília

2. Prof.^a Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília

3. Prof. Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília

4. Assistente de Pesquisa. Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília

5. Prof.^a Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília

Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014.

RESUMO

Programa Mais Médicos: provimento de médicos em áreas rurais, remotas e de alta vulnerabilidade social do Brasil, 2013-2014.

Introdução: O Programa Mais Médicos foi implantado em 2013 com o objetivo de reduzir a escassez de médicos nas regiões prioritárias e diminuir as desigualdades regionais em saúde. Uma das estratégias foi oferecer contratos de três anos para os médicos trabalharem em serviços de atenção primária à saúde em pequenas cidades, no interior, em áreas rurais, remotas e de vulnerabilidade social. Este relato descreve a implementação do programa e a alocação de médicos nessas áreas prioritárias em 2014. **Método:** Para descrever o provimento de médicos no primeiro ano de implementação, comparou-se a relação médico/ habitante nos 5.570 municípios antes e depois do programa, baseado nos dados do Conselho Federal de Medicina (2013) e nas planilhas oficiais fornecidas pelo Ministério da Saúde (2014). **Resultados:** Na sua primeira chamada pública (Julho de 2013), houve a adesão de 3.511 municípios que solicitaram 15.460 médicos. Embora o programa priorizasse a contratação de brasileiros, apenas 1.096 médicos brasileiros se inscreveram e foram contratados, em conjunto com 522 médicos estrangeiros. Como consequência, um acordo de cooperação internacional foi estabelecido para recrutar médicos cubanos. Em 12 meses o Programa alocou 14.462 médicos: 79,0% cubanos, 15,9% brasileiros e 5,1% de outras nacionalidades, cobrindo 93,5% dos médicos solicitados; os profissionais foram contratados para todos os 3.785 municípios inscritos. O estudo revelou uma grande diminuição no número de municípios com menos de 0,1 médico por mil habitantes, que passou de 374 em 2013 para 95 em 2014 (redução de 75%). Do total, 294 médicos

foram enviados para trabalhar nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (cobertura de 100%) e 3.390 médicos foram alocados em municípios onde existem comunidades quilombolas rurais certificadas. Após um ano de implantação, os municípios com comunidades quilombolas com menos de 0,1 médicos por mil habitantes sofreram uma redução de 87% na região norte. As desigualdades regionais diminuíram, mas não foram eliminados. Mais de 30% dos municípios com comunidades quilombolas nas regiões mais ricas tinham mais de 1,0 médico por mil habitantes, enquanto que nas regiões mais pobres menos de 7% dos municípios atingiram esse nível. **Conclusão:** Concluiu-se que o Programa Mais Médicos aumentou a presença de médicos em áreas rurais, remotas, de difícil acesso e áreas de vulnerabilidade social. No entanto, é importante avaliar a médio e longo prazo, a sustentabilidade desta iniciativa.

Palavras-Chave: Brasil, Médicos, indígena, quilombolas, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013–2014 Rural and Remote Health 16: 3616. (Online) 2016

Introduction: The Mais Médicos program was introduced in 2013 with the aim of reducing the shortage of doctors in priority regions and diminishing regional inequalities in health. One of the strategies has been to offer 3-year contracts for doctors to work in primary healthcare services in small towns, inland, rural, remote, and socially vulnerable areas. This report describes the program's implementation and the allocation of doctors to these target areas in 2014. **Methods:** To describe the provision of doctors in the first year of implementation, we compared the doctor-to-population ratio in the 5570 municipalities of Brazil before and after the program, based on the Federal Board of Medicine database (2013), and the official dataset provided by the Ministry of Health (2014). **Results:** In its first public call (July 2013) 3511 municipalities joined the Mais

Médicos program, requesting a total of 15 460 doctors; although the program prioritizes the recruitment of Brazilians, only 1096 nationals enrolled and were hired, together with 522 foreign doctors. As a consequence, an international cooperation agreement was set in place to recruit Cuban doctors. In 12 months the program recruited 14 462 doctors: 79.0% Cubans, 15.9% Brazilians and 5.1% of other nationalities, covering 93.5% of the doctors demanded; they were assigned to all the 3785 municipalities enrolled. The study reveals a major decrease in the number of municipalities with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants, which dropped from 374 in 2013 to 95 in 2014 (75% reduction). Of the total, 294 doctors were sent to work in the country's 34 Indigenous Health Districts (100% coverage) and 3390 doctors were deployed in municipalities containing certified rural maroon communities (formed centuries ago by runaway slaves). After 1 year of implementation, the municipalities with maroon communities with less than 0.1 doctors per thousand inhabitants were reduced by 87% in the poorest north region. More than 30% of municipalities with maroon communities in the richest regions had more than 1.0 doctors per thousand inhabitants, whereas in the poorest regions fewer than 7% of municipalities reached that level. **Conclusions:** The Mais Médicos program has granted medical assistance to these historically overlooked populations. However, it is important to evaluate the mid- and long-term sustainability of this initiative.

Key words: Brazil, doctors, indigenous population, maroon communities, primary healthcare.

Introduction

Tackling health inequalities is a global challenge. Around half the world's population live in rural and/or remote areas, but only 38% of these have access to nurses, while the supply of doctors is lower and more patchy¹.

To address the problem of the unequal geographical distribution of health workers, several countries have adopted specific policies designed to attract and retain these professionals, doctors included, in rural and/or remote areas. International experience shows that access to and uptake of health services is dependent on health

equity strategies, whereby efforts are made to recruit and retain professionals in more vulnerable areas to provide their populations with health care¹⁻⁴ .

Maciel Filho⁵ has reported on government initiatives from some countries to boost the recruitment and retention of doctors in areas that are far from big cities and/or hard to access. Colombia, Peru, Costa Rica, Mexico, and Ecuador have all introduced compulsory social service. In Colombia in particular, universities are important actors in this process, since the new university curriculum has made this social service – better known as 'the rural year' (el año rural) – a prerequisite for obtaining a medical license.

Mexico's work in this field is more consolidated, because Mexico first introduced this social service in 1945, via rural cooperatives. For would-be doctors to obtain their license, they must first spend 12 months at a designated location. Meanwhile, in Chile, medical career paths are established according to the specific features of the target areas, such as their geographical distance and risks, and the physical and financial infrastructure available for the work, while also providing professional development opportunities. In Australia, scholarships are available for students of medicine willing to gain experience at rural or remote locations^{5,6} .

The form these measures take can be more incentive-oriented or more coercive in nature, covering regulations, education, selection, and financial support^{1,2} . Most of them are aligned with WHO's recommendations to improve the retention of health workers in rural and remote areas⁷ .

The reality around the world is that there are disparities in healthcare, shortages of health workers, and a poor distribution of the existing workforce. Recognizing this fact, many countries are developing joint strategies to assure equitable health care based on global perspectives on health^{8,9} . One of the strategies being pursued is the organized migration of health workers from countries with more health professionals to those with a shortage^{10,11} .

A notable case in Latin America was Venezuela's Inside the Neighborhood

Mission (Misión Barrio Adentro), a program created in 2003 to strengthen primary health care in cooperation with Cuba. Thanks to this program, primary healthcare coverage has been expanded, with the training and deployment of health teams made up of doctors, nurses, dentists, and other professionals. It has also served to decentralize the offer of health services and foster their uptake by the population¹²⁻¹⁴.

Wilson et al (2009)² have argued that more detailed research is needed to assess programs where foreign doctors are recruited to cover shortfalls in given areas. Although such initiatives may alleviate the problems in the short term, the terms of the international agreements must be considered, as well as language issues, cultural barriers, ethical issues, and the experience of doctors and service users.

In Brazil, the challenge of providing a proportionate offer of health professionals, especially doctors, throughout the country has been addressed in a number of government interventions^{5,15}. According to Maciel Filho⁵, the country's efforts to attract and retain health workers to its inland regions; small and mid-sized municipalities; and rural, remote, hard-to-access, and socially vulnerable areas date back to the 1960s.

Basically, two key initiatives have been taken in Brazil this century. The first was the Inland Health Care Program (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), which ran from 2001 to 2004. Its aim was to foster primary health care through the Family Health Program, improving the distribution and training of doctors and nurses in order to assure their presence in municipalities in inland parts of the country, which are often poor and remote. Unfortunately, only 469 doctors were provided through the program⁵. The other government initiative is the Valuing Primary Healthcare Program (Programa de Valorização da Atenção Básica, PROVAB), introduced by Inter-Ministerial Directive 2087 on 1 September 2011, with the aim of getting doctors, nurses, dentists, and other health workers to spend a year working in primary health care in areas with a shortage of these professionals. Newly graduated doctors receive a monthly stipend and potentially an extra 10% on their grade in their medical residency exam. Although it has helped attract doctors to remote areas, PROVAB has failed to attain the numbers

necessary to meet the needs of the target municipalities because of the limited interest shown by medical professionals. In 2012, 4671 health professionals – doctors, nurses, and dentists – were selected as part of the PROVAB program. However, only 617 were actually hired, and only 381 of these were doctors. Most of them (67%) were deployed in the Northeast Region of the country¹⁶. In 2013, the program hired 3800 doctors, who were allocated in 1300 different municipalities¹⁷.

Until recently, the difficulty of attracting and retaining doctors and other health workers to remote/rural areas, areas far from big cities, and small municipalities remained. This has hampered the supply of health services and thereby entrenched the inequitable access to health services by different portions of the population. Several studies have identified a marked inequality between different regions of Brazil when it comes to access to health services^{18,19}.

There is a marked disparity in the concentration of doctors in different regions and states, and between state capitals and other parts of states²⁰. According to the Federal Board of Medicine (FBM) 'two of the major regions of the country are below the national rate: the North, with 1.01, and the Northeast, where there are 1.2 doctors per thousand inhabitants. The best placed region is the Southeast, with a ratio of 2.67, followed by the South, with 2.09, and the Central West, with 2.05'(p. 36)²¹. In other words, the South and Central West regions are the closest to the national average, while the North and Northeast regions have the fewest doctors per inhabitant; the best supplied region is the Southeast Region, where there are more doctors than the national average^{20,21}.

A study by Girardi²² to identify the shortage of primary healthcare doctors shows that the shortfall is far more marked in municipalities in the North Region of Brazil (the Amazon region). The study also shows significant disparities in the distribution of these professionals between state capitals and other parts of states.

This study focuses specifically on the provision of medical professionals in the remotest areas of Brazil inhabited by the most isolated peoples: indigenous groups and maroon communities. According to the 2010 census, the native Brazilian indigenous

population comprises 517 383 people, occupying 505 indigenous reserves in forest and rural lands, covering 12.5% of the national territory. They belong to 250 ethnic groups and speak 274 different languages; about half of them live in the reserves in northern Brazil (Amazon region)²³. The indigenous health subsystem is organized into 34 Indigenous Health Districts (Distritos Sanitários Especiais Indígenas, DSEIs).

Throughout the Americas, when runaway slaves formed rural maroon communities, the places they chose were typically hard to access – normally remote and inhospitable²⁴. More than 3000 maroon communities are currently estimated to remain in Brazil. The first step for their official recognition is certification by the government agency Fundação Cultural Palmares, based on an anthropological report. In November 2014 there were 2431 certified maroon communities in 801 municipalities in Brazil²⁵. Both maroon communities and native indigenous populations live in very remote, often vulnerable rural settings with limited access to health services^{26,27}.

This report describes the implementation of the Mais Médicos program and maps out the provision of doctors in the country in 2014, comparing it with the corresponding data for 2013, focusing on their distribution in rural, remote, and socially vulnerable settings.

Methods

To analyze the implementation of the Mais Médicos program, we mapped out the provision of doctors in the country, comparing their supply per municipality in 2014 with the corresponding data for 2013. It was difficult to determine exactly how many doctors were working in each of the 5570 municipalities in July 2013, as there is no reliable baseline for the number of physicians in Brazil. We opted to use the information from the FBM published in February 2013²¹. The National Register of Health Establishments (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES) system was another potential source of data, but three main problems precluded its use:

- Completeness of the databases: the professionals themselves entered data into the FBM database, which had 415 206 doctors registered. The data on the CNES

database are provided by the municipal health authorities. There were 315 965 doctors on the CNES database in June 2013. A plausible hypothesis is that the CNES data is out of date, as there are no penalties for municipalities that fail to keep them updated.□

- Quality of information: CNES is a complex information system that stores different types of administrative data on the national health system (Sistema Único de Saúde). The data are entered by employees working at the country's 5570 municipal health departments. The quality of the information varies greatly, as does the timeliness of updates. The data on the FBM database are entered by the doctors themselves, who are more likely to provide reliable information for their professional license.
- Credibility and transparency for medical professionals: by working with the FBM database, access to which was made available to us promptly upon request, we were able to ensure the transparency and credibility of the study results for medical professionals. While it is possible to access the CNES database from the Ministry of Health website, the procedures are complex and require multiple interpretations and decoding operations.

One limitation of the FBM database is the lack of precision in the determination of the number of doctors per municipality, since it classifies doctors by the mailing address they register. Another point is that the FBM does not provide data on every municipality, with the information gap being particularly marked in municipalities with a smaller population. In order to extrapolate the data for areas where none was available (28%), we imputed the regional medians (North, Northeast, Central West, Southeast, and South) for the different categories of municipality (<5000 inhabitants; 5001– 10 000 inhabitants; 10 001–20 000 inhabitants; 20 001– 50 000 inhabitants, >50 000 inhabitants). We used medians to prevent extreme values from biasing the data. When we plotted the trend line, we found that the imputed data hardly altered the distribution of the values for the states. Since the FBM data were published, five new municipalities have been created, to which we have assigned the same ratio of doctors per thousand inhabitants as were in the municipality of origin.

To prepare the maps, the ratio of one doctor per thousand inhabitants was taken as the parameter of reference, as set forth in Ministry of Health Directive 1101 of 200228. In the legends for the maps, the municipalities in the highest category (green) are the ones that have this or a higher doctor-to-population ratio. The municipalities marked red are in the lowest category, with less than 0.1 doctors per thousand inhabitants, which corresponds to one-tenth of the number recommended in the legislation. The computer program used to prepare the maps and legends was TabWin v3.6 (Datusus; [http:// www.datusus.gov.br/tabwin](http://www.datusus.gov.br/tabwin)).

Ethics approval

The study was approved by the Research Ethics Board of the University of Brasilia (Parecer #399.461 – CAAE 21688313.9.0000.0030).

Results

Program implementation in priority areas

The Mais Médicos program was instituted by Provisional Measure 621 on 8 July 201329, and Law 12.871 of 22 October 201330. It introduced long- and short-term measures designed to cover shortfalls in the supply of doctors at primary healthcare units and to diminish regional inequalities in health.

In the short term, the program offers 3-year contracts to attract doctors to work in primary health care in municipalities in inland, rural, and remote areas, and the outskirts of big cities³¹. In its first public call (July 2013) 3511 municipalities applied to join the program, requesting a total of 15 460 doctors for the primary healthcare units. Although the program prioritizes the recruitment of Brazilian professionals, only 1096 doctors registered in Brazil enrolled and were hired, while another 522 places were taken by physicians who had trained abroad, together filling 10.5% of the vacancies. These doctors were sent to work in 579 municipalities, or 16.4% of the municipalities that originally requested doctors³². As a result, a technical cooperation agreement was signed with the Pan-American

Health Organization to create a partnership between Brazil and Cuba for

positions not filled by Brazilian doctors to be taken by Cubans. The influx of doctors from Cuba and other countries has been strongly opposed by medical entities in Brazil, which have filed two injunctions, claiming it is unconstitutional³³.

The doctors enrolled under the program receive a monthly stipend paid by the Ministry of Health, while the municipality where they work is responsible for covering their food and housing costs, as well as any transportation costs they incur in exercising their professional activities. The contracts are for 3 years, and can be renewed for another 3 years.

Initially, the priority municipalities for participation in the program were ones that had 20% or more of their population living in extreme poverty, or were located in poor peripheral areas around big cities, or had more than 80 000 inhabitants and the lowest levels of public revenue per capita, or had Amerindians living in indigenous reserves (forest/rural) covered by DSEIs³¹. Subsequently, municipalities with other characteristics were included: those with a low or very low human development index, or situated in the semiarid region in the Northeast Region of the country, or in the North Region (remote areas of the Amazon), or in the Jequitinhonha, Mucuri, and Ribeira river valleys (areas of extreme poverty); municipalities with rural maroon communities or agrarian reform settlements were also made eligible^{34,35}. Table 1 shows the vulnerability profile of the 5570 Brazilian municipalities according to the above-mentioned criteria.

The long-term measures of the Mais Médicos program are geared towards improving the medical education in the country by increasing the supply of medical courses, as well as providing for more places on degree courses and medical residencies. By January 2015 almost 4400 new places had been created on medical courses – 1400 at public institutions and 3000 at private ones – while 39 municipalities had been selected to host new medical schools³⁶. In parallel, there are also investments in infrastructure, with the primary healthcare units at all the participating municipalities receiving new equipment and refurbishments.

Table 1: Distribution of municipalities and participation in the program, according to the profiles of vulnerability defined in the regulations for the Mais Médicos program. Brazil, 2013-2014

Profiles established in the Program Norms	Municipalities included in the program and number of doctors provided			
	Number of municipalities	Municipalities in the program	Proportion in the program (%)	Number of doctors provided
Municipalities with 20% or over of the population in extreme poverty	1,708	1,334	78.1	4,261
Municipalities with other kinds of vulnerable population ^a	734	548	74.7	1,785
Indigenous Health Districts (DSEIs) ^b	(34)	(34)	100.0	294
State Capitals	27	26	96.3	1,483
Metropolitan regions	509	376	73.9	2,280
Municipalities with low revenue and population of over 80,000 (G100) ^c	98	93	94.9	1,193
Other localities	2,494	1,408	56.5	3,166
Total	5,570	3,785	68.0	14,462

^a Low/very low human development index; North: remote areas of the Amazon with a shortage of doctors; rural maroon communities; semi-arid region; Jequitinhonha, Mucuri, and Ribeira river valleys (very poor areas); population of agrarian reform settlements.

^b Indigenous Health Districts (DSEIs) – these include several municipalities already included in the program by other criteria, so they are not summed to the total number of municipalities; however, the number of doctors provided is added.

^c Group of one hundred large, poor municipalities with the lowest public revenues per capita and high social vulnerability (G100).

Mapping the provision of doctors for rural, remote, and socially vulnerable areas

In the 12-month period from July 2013 to July 2014, there were five separate public calls for doctors to join the program, which attracted a total of 14 462 professionals, corresponding to 93.5% of the doctors demanded; all the 3785 participating municipalities (68.0% of the total) received doctors (Table 1). According to the data analyzed for this report, 1846 (12.8%) were Brazilians who trained in Brazil and were registered with the FBM; 456 (3.1%) were Brazilians who had trained abroad and were not registered in the country; 11 429 (79.0%) were from the technical cooperation agreement with Cuba, and 731 (5.1%) were foreigners of other nationalities, mainly Venezuelans and Argentineans. All the doctors who earned their degrees abroad received a Ministry of Health Registration number (Registro do Ministério da Saúde) to work in primary health care in a specific municipality for the 36-month duration of the program.

The professionals from the program were deployed in areas identified as having a shortage of doctors, namely rural and remote areas far from big cities, areas with traditional indigenous, river- dependent, and maroon communities, and socially vulnerable urban areas. Table 1 shows the 3785 municipalities that are covered by the program and their vulnerability profiles. Each of the 34 DSEIs includes several municipalities already listed in the program under another profile, so they were not added to the total of municipalities, but the number of doctors allocated to the DSEIs was added. Most of the municipalities included in the program (more than 70%) fitted into at least one of the priority profiles, but more than half of the 'Other localities' were also included.

If we compare the doctor-to-inhabitant ratio per municipality before and after the Mais Médicos program, we can see that in the February 2013 baseline, there was a marked concentration of doctors in the South, Southeast, and Central West regions (Fig1). There were 374 municipalities, mostly in the North and Northeast regions, that had fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants, which is ten times lower than the ratio established by the Ministry of Health²².

When we analyzed the scenario 12 months after the introduction of Mais Médicos, we found a significant increase in the supply of doctors in the target

municipalities (Fig2), especially in the most critical regions. More than 80% of the municipalities in the North and around 73% of the municipalities in the Northeast – the two regions with the most critical shortage of medical professionals – received doctors from the program. The number of municipalities with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants decreased from 374 to 95, which represents a 75% reduction. Eighty-one of the 95 municipalities remaining in the lowest category (85%) did not enroll for the program. The increase in the ratio of doctors per inhabitant in areas with a scarcity of such professionals has helped counterbalance the inequality of access to health care, one of the objectives of the legislation.

A total of 294 doctors were deployed to cover all the 34 DSEIs included in the program (100%). We calculated a ratio of 0.45 doctors per thousand indigenous people for this population group, but with significant differences between different DSEIs. The most highly populated was found to have 0.04 doctors per thousand inhabitants, while the least populated had 2.02. These values are only for the doctors from the 'Mais Médicos program' serving the indigenous people registered in a national database called the Indigenous Healthcare Information System (Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena); there were no data available on the number of doctors serving in DSEIs before the program³⁷.

Table2 shows the distribution of municipalities with certified maroon communities, by region and number of doctors provided. The 801 municipalities in question received 3390 new doctors thanks to this program – around 23% of the total. Before Mais Médicos, there were already no municipalities with maroon communities in the Central West or South regions with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants. By the end of the period under study, there was a significant decrease in the number of municipalities with maroon communities with fewer than 0.1 doctors per thousand inhabitants, with the largest drop occurring in the North Region: from 18.3% to 2.4% municipalities (decrease of 87%).

In 2014, more than 30% of the municipalities with maroon communities in the richest regions (Southeast, South and Central West) had more than one doctor per thousand inhabitants, whereas in the North and Northeast fewer than 7% of the municipalities reached that goal. Essentially, although regional inequalities have decreased, they have not been eliminated.

Figure 1: Distribution of municipalities according to the number of doctors per thousand inhabitants prior to the Mais Médicos program, Brazil 2013

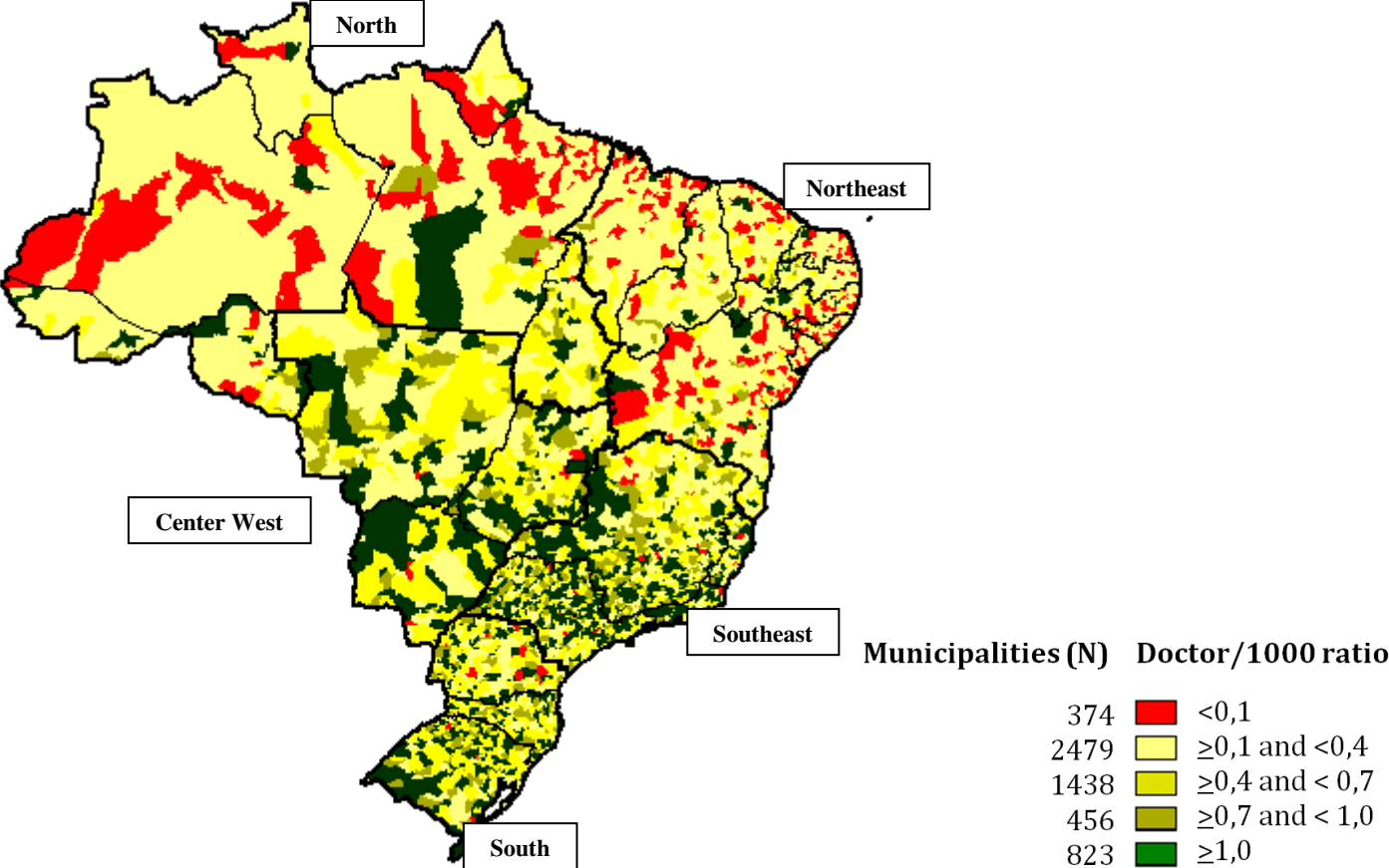


Figure 2: Distribution of municipalities according to the number of doctors per thousand inhabitants after the Mais Médicos Program, Brazil 2014

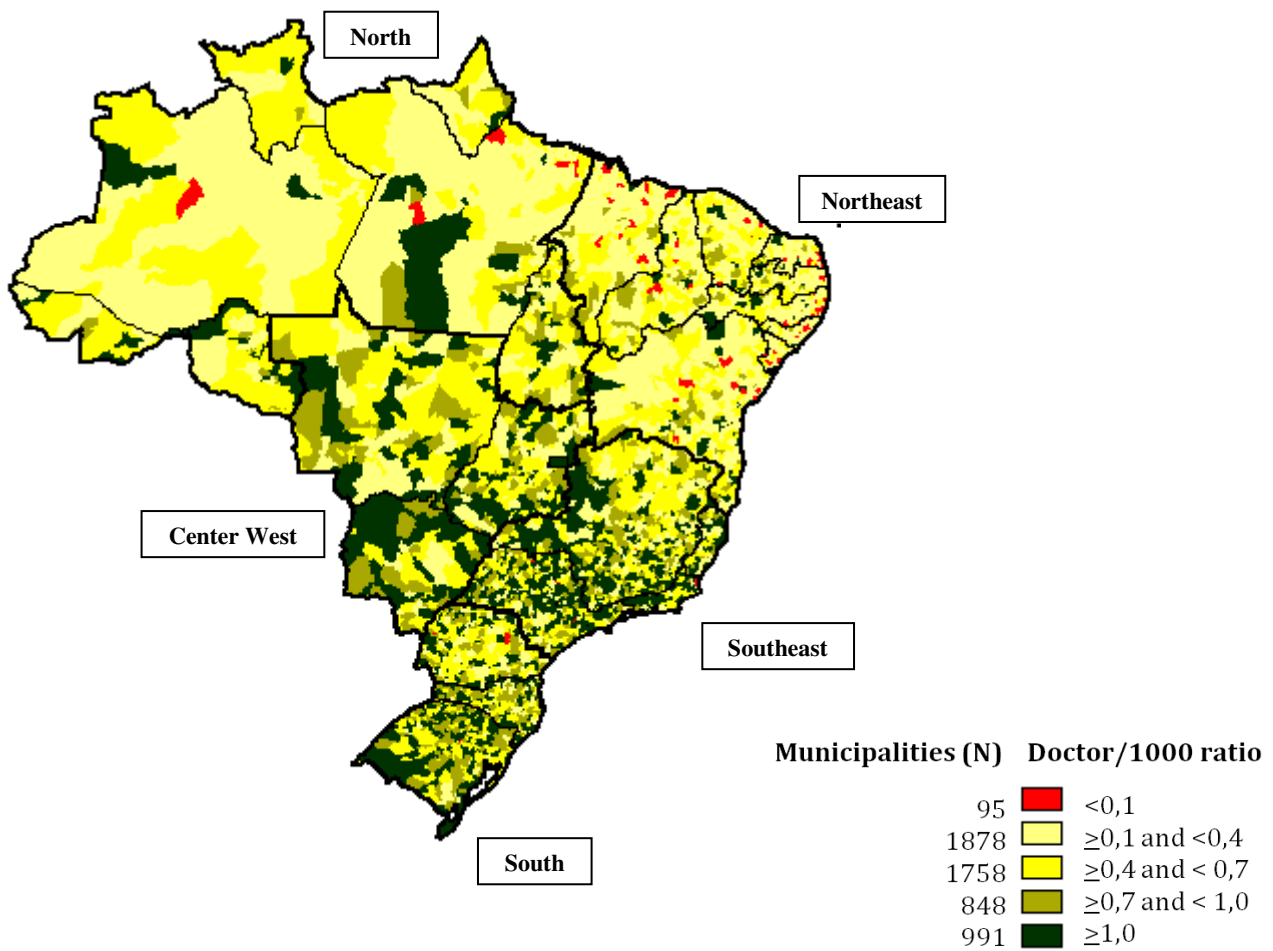


Table 2. Distribution of municipalities with certified maroon communities according to the region and the doctor/inhabitant ratio before and after the Mais Médicos program. Brazil 2013-2014.

Municipalities	Municipalities with maroon communities certified by Fundação Cultural Palmares and doctors provided											
	Central West		Northeast		North		Southeast		South		Brazil	
Number of municipalities with maroon communities (n) ^a	82		435		53		142		89		801	
Number of municipalities with maroon communities that joined Mais Médicos (n and %)	67 (81%)		353 (81%)		43 (81%)		108 (76%)		76 (85%)		647 (80%)	
Number of doctors provided by Mais Médicos (n)	293		1,535		341		653		568		3,390	
Categories ^b (doctors per 1000 inhabitants)	Distribution of municipalities with maroon communities according to the region and the doctor/population ratio											
	Central West		Northeast		North		Southeast		South		Brazil	
	Before ^c (%)	After ^d (%)	Before ^c (%)	After ^d (%)	Before ^c (%)	After ^d (%)	Before ^c (%)	After ^d (%)	Before ^c (%)	After ^d (%)	Before ^c (%)	After ^d (%)
<0.1	0.0	0.0	17.2	4.4	18.3	2.4	2.8	0.7	0.0	0.0	11.7	2.7
>=0.1 and <0.4	39.6	18.9	65.3	59.3	56.1	52.4	28.2	19.0	25.8	12.4	51.7	43.6
>=0.4 and <0.7	30.2	30.2	9.0	23.7	18.3	30.5	28.2	28.9	31.5	28.1	17.2	26.2
>=0.7 and 1.0	7.5	20.8	3.7	6.9	3.7	8.5	13.4	21.1	15.7	28.1	7.0	12.9
>=1.0	22.6	30.2	4.8	5.7	3.7	6.1	27.5	30.3	27.0	31.5	12.4	14.6

^a List of communities certified by Fundação Cultural Palmares by August 2014. Available at <http://www.palmares.gov.br>. Accessed November 18, 2014.

^b Ministry of Health Directive 1101 of 2002 sets the minimum doctor/population ratio at 1 doctor per thousand inhabitants

^c Number of doctors per thousand inhabitants before the Mais Médicos program

^d Number of doctors per thousand inhabitants after the Mais Médicos program

Discussion

The strategies adopted by the Brazilian government since the 1960s have not been successful in spreading the supply of healthcare services inland or achieving a more equitable distribution of health workers, especially doctors, as evidenced by the data available until 2013.

Dolea et al and Wilson et al have undertaken critical reviews of the development of international interventions in recent years. They warn that although coercive strategies may relieve the recruitment problem in the short run, there is no evidence of the sustainability of their positive results over time. They add that doctors who do a residency in family health and gain experience in rural areas are more likely to work in these areas after graduating^{1,2}.

Some studies^{1-3,38} have identified the factors that health professionals see as hampering and/or preventing their staying in rural areas, which include academic isolation, lack of local support, poor physical or limited infrastructure at the healthcare units, limited employment opportunities for their spouse/partner, family issues such as lifestyle options and access to educational and leisure services, and poor housing.

Another finding of some studies^{1,2} is that the inclusion of rural residencies in medical school curricula and the provision of grants for doctors to work in rural areas can effectively contribute to the retention of doctors in these areas. The origin of medical professionals also has an influence: doctors originally from rural and/or inland parts are often more inclined to work in such areas. One of the Mais Médicos program actions promotes profound changes in medical education: new medical schools were created in smaller interior towns and precocious insertion of students into primary health care in poor areas is mandatory³⁹.

One limitation of this study is the fact that it analyzes secondary data, and is therefore unable to assess the aspects that may impinge on the retention of professionals in places where they are assigned to work under the Mais Médicos program. Undergoing projects and future studies based on primary data to investigate the retention of doctors in rural areas of Brazil could fill this gap.

This study analyzes the introduction of the Mais Médicos program in Brazil by mapping out the distribution of doctors in the country, demonstrating that when it

comes to rural and remote areas, two priority target groups – indigenous groups (DSEIs) and maroon communities – have particularly benefitted from the deployment of new doctors. These populations live in very remote, often vulnerable rural settings with limited access to health services^{26,27}.

Based on the data presented here, we can state that the Mais Médicos program has provided greater access to health services by population groups that have traditionally been deprived of such services, thanks to the government strategy to provide a more equitable supply of primary healthcare services.

Conclusions

This initial analysis shows that the Mais Médicos program has achieved positive indicators in the short term, assuring the presence of doctors in primary healthcare teams in rural, remote, hard-to-access, and socially and economically vulnerable areas. However, substitution of the currently working foreign professionals with doctors newly graduated from Brazilian schools of medicine under new curriculum guidelines and a more systematic integration with the public health system are targets yet to be attained in the mid- and long term. Currently, the professionals are working under 3- year contracts, renewable for a further 3 years, but there is no guarantee that these will be renewed. It is therefore important to discuss the sustainability of this government initiative, meaning continued coverage for population groups that have historically been overlooked.

Acknowledgements

This research project was funded by the Brazilian National Research Council (CNPq) and the Science and Technology Department (DECIT) under Public Call no. 41/2013, protocol 405103/2013-1, coordinated by Dr Leonor Maria Pacheco Santos (University of Brasilia). The authors are grateful to Professor Sandra Maria Chaves dos Santos (Federal University of Bahia) and Professor Mauro Niskier Sanchez (University of Brasilia), who collaborated in the project preparation for grant application.

References

1. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88: 379- 385.
2. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health (Internet)* 2009; 9: 1060. Available: www.rrh.org.au (Accessed 18 December 2015).
3. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(10): 777-782.
4. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(5): 357-363.
5. Maciel Filho R. Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde. (Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Preventiva, 2007.
6. Carvalho MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação. (Dissertação de Mestrado). Brasília: Universidade de Brasília, Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2013.
7. Rourke J. WHO recommendations to improve retention of rural and remote health workers – important for all countries. *Rural and Remote Health (Internet)* 2010; 10: 1654. Available: www.rrh.org.au (Accessed 19 December 2015).
8. Forcier MB, Simoens S, Giuffrida A. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health (Internet)* 2004; 2: 12. Available: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-12> (Accessed 21 December 2015).
9. Miguelote VRS, Fortes MT, Fagundes M, Varella TC. Distribuição da Força de Trabalho: equidade e negociação. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; 18(2): 317-338.

10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*; 2010; 376: 1923-1958.
11. Scheffler RM, Liu JX, Kinfu Y, Dal Poz MR. Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86(7): 516- 523.
12. Aguirre V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva (Internet)* 2008; 4(2): 221-238. Available: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200011 (Accessed 22 December 2015).
13. Briggs CL, Mantini-Brigg C. 'Misión Barrio Adentro': Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva (Internet)* 2007; 3(2): 159-176. Available: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000200005 (Accessed 22 December 2015).
14. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi TA, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, Misión Barrio Adentro I: 2003–2006. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014; 12(2): 305-326.
15. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos STR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu) (Internet)* 2015; 19(54): 623-634 Available: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300623&script=sci_arttext (Accessed 5 March 2016).
16. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu) (Internet)* 2013; 17(47): 913-926. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012 (Accessed 17 December 2015).
17. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde (Internet) 2013. Available: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf . (Accessed 18 December 2015).
18. Tomasi E, Fachini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al.

Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(11): 4395-4404.

19. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro. (Internet) 2009; 44: 13-24. Available: http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf (Accessed 3 January 2016).

20. Nogueira RP. Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas. *Educación Médica y Salud* (Internet) 1986; 20(4): 524-532. Available: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-16631> (Accessed 28 December 2015).

21. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. CREMESP, Demografia Médica no Brasil, v. 2/Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

22. Girardi S. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Estação de Pesquisa Sinais de Mercado. Núcleo de Saúde da Comunidade. (Internet) 2010; Available: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf> (Accessed 22 December 2015).

23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas – Resultados do Universo (Internet) 2010. Available: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf (Accessed 12 January 2016).

24. Price R. Maroon societies: rebel slave communities in the Americas. (Internet) 1979. Available: http://www.folklife.si.edu/resources/maroon/educational_guide/23.htm (Accessed 5 March 2016).

25. Ministério da Cultura. Quadro Geral de Comunidades remanescentes de quilombos (Internet) 2014. Available: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-27-11-2014.pdf> (Accessed 18 February 2015).

26. Oliveira SKM, Silveira JCS, Pereira MM, Freitas DA. Saúde em comunidade rural quilombola: relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. *Motricidade* (Internet) 2012; 8(2): 83-88. Available: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273023568011> (Accessed 8 January 2016).
27. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: L Garnelo, Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
28. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.o 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 13 July 2002; section 1:36.
29. Presidência da República. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013 (a). Institui o ‘Programa Mais Médicos’ e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 9 July 2013; section 3.
30. Presidência da República. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013(b). 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. (Internet) 2013. Available: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm (Accessed 2 January 2016).
31. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No 1.369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do ‘Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Diário Oficial União, 9 July 2013; section 1:49.
32. Portal da Saúde. Mais Médicos: 1.618 profissionais confirmam participação na primeira seleção do programa. (Internet) 2013. Available: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/5297-mais-medicos-1-618-profissionais-confirmam-participacao-na-primeira-selecao-do-programa> (Accessed 6 January 2016).
33. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade no 5.035. (Internet) 2013. Available: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=m%E9dico&processo=5035> (Accessed 20 January 2016).
34. Ministério da Saúde. Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a

Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Brasília: Diário Oficial União, 1 April 2014; section 3:140.

35. Ministério da Saúde. Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Brasília: Diário Oficial União, 16 January 2015; section 3:120.

36. Universidade Aberta do SUS. Mais Médicos; abertas inscrições de propostas para novos cursos de medicina. (Internet) 2015. Available: <http://www.unasus.gov.br/noticia/mais-medicos-abertas-inscricoes-de-propostas-para-novos-cursos-de-medicina> (Accessed 18 January 2016).

37. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Relatório de dados populacionais de 2013, por DSEI. Available: <http://zip.net/bvqXhj> (Accessed 27 January 2016).

38. Perpétuo IHO, Oliveira AC, Ribeiro MM, Rodrigues RB. A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. (Internet) 2009. Available: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3065.pdf> (Accessed 17 December 2015).

39. Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) Médicos. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva* (Internet) 2015; 9(4): 175-181. Available: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1810>. (Accessed 5 March 2016).

RESULTADOS

Artigo 2. Publicado na Revista da ABPN • v. 7, n. 16 • mar – jun. 2015, p. 28-51.

Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas

Lucélia Luiz Pereira¹

Hilton Pereira da Silva²

Leonor Maria Pacheco Santos³

1. Prof.^a Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília

2. Prof. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Universidade Federal do Pará

3. Prof.^a Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília

Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas

Resumo

O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem como objetivo o provimento de profissionais brasileiros e estrangeiros para atuar em municípios de difícil acesso e acentuada vulnerabilidade socioeconômica, e estabelece os grupos quilombolas como uma das prioridades. Este artigo analisa de que forma o Projeto tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas do Nordeste e do Norte do país, por meio de uma investigação qualitativa em duas comunidades no Rio Grande do Norte e uma no Pará. Foram realizados grupos focais com usuários de Unidades Básicas de Saúde e entrevistas semiestruturadas com médicos, profissionais de saúde das equipes das Unidades Básicas de Saúde, gestores das Secretarias Municipais de Saúde, conselheiros municipais de saúde e lideranças locais. Conclui-se que o Mais Médicos contribuiu na garantia do acesso à saúde nas comunidades estudadas. A permanência dos médicos nos municípios possibilitou a realização de ações de prevenção e promoção da saúde e o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Palavras-chave: Quilombolas; Médicos; Saúde pública; Atenção Primária; Populações rurais.

Abstract

More Medical Doctors Program to Brazil: A Case study in maroon communities

The More Medical Doctors Program for Brazil aims to provide Brazilian and foreign professionals to work in towns of difficult access and high socioeconomic vulnerability, and establishes the Maroons groups as a priority. This article analyzes how the program has contributed to primary health care in maroon communities of the Northeast and North of the country, through a qualitative research in two communities in Rio Grande do Norte State and one in Pará State. Were conducted focus groups with users of the Basic Units of Health and semi-structured interviews with doctors, health professionals from the Basic Units of Health teams, managers of

Municipal Health, local health counselors and local leaders. We conclude that the More Medical Doctors contributed in ensuring access to health care in the communities studied. The permanence of doctors in the cities made possible the development of preventive actions, health promotion and the establishment of a connection with users.

Key-words: Maroons; Medical Doctors; Public health; Primary Care; rural populations.

Résumé

Projet Mais Médicos para o Brasil: Une étude de cas dans les communautés marrons

Le projet Mais Médicos para o Brasil vise à disposition des professionnels brésiliens et étrangers de travailler dans les villes de l'accès difficile et la vulnérabilité socio-économique, et établit les groupes Maroons comme une priorité. Cet article analyse la forme que le projet a contribué pour l'attention primaire à santé primaires dans les communautés marrons du Nord- Est et du Nord du pays, à travers une recherche qualitative dans deux communautés de Rio Grande do Norte et un en Pará. Ont réalisé des groupes avec d'utilisateurs d'Unités de Bases de Santé et des entretiens semi-structurés avec des médecins, professionnels de la santé des équipes d'Unités de Bases de Santé, les gestionnaires du Bureaux Municipales de Santé, conseil de santé local et les dirigeants locaux. Nous concluons que le projet Mais Médicos ont contribué à assurer l'accès aux soins de santé dans les communautés étudiées. La permanence de médecins dans les villes a rendu possible le développement de la prévention et de promotion de la santé et de l'établissement d'une connexion avec les utilisateurs.

Mots-clés: Communautés Marrons; Médecins; Santé Publique; L'Attention Primaire;; Les populations rurales.

Resumen

Proyecto Más Médicos para el Brasil: Estudio de caso en comunidades quilombolas

El Proyecto Más Médicos para el Brasil, tiene como objetivo obtener profesionales brasileños y extranjeros para actuar en municipios de difícil acceso y acentuada vulnerabilidad socioeconómica, y establece los grupos quilombolas como una de las prioridades. Este artículo analiza de qué manera el Proyecto contribuye para la atención primaria a la salud en comunidades quilombolas del Nordeste y del Norte del país, por medio de una investigación cualitativa en dos comunidades en el Río Grande del Norte y una del Pará. Fueron realizadas grupos con usuarios de Unidades Básicas de Salud y entrevistas semiestructuradas con médicos, profesionales de salud de los equipos de las Unidades Básicas de Salud, gestores de las Secretarías Municipales de Salud, consejeros municipales de salud y liderazgos locales. Se concluyó que el Más Médicos ha contribuido en la garantía del acceso a la salud en las comunidades estudiadas. La permanencia de los médicos permitió la realización de acciones de prevención y promoción de la salud y el establecimiento de vínculo con los usuarios.

Palabras-clave: Quilombolas; Médicos; Salud pública; Atención Primaria; Poblaciones rurales.

Introdução

À atenção primária é atribuída a responsabilidade por desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde, localizando sua atuação na fase inicial do cuidado, antecedendo níveis de atenção mais complexos e especializados. O objetivo é prevenir os problemas de saúde, bem como promover a saúde da população. A atenção primária foi definida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde de 1978, em Alma-Ata, como uma atenção fundamental à saúde que deve ser garantida de forma universal às pessoas e famílias, como parte do sistema de saúde, certificando que a oferta de ações esteja o mais próximo do local de moradia das pessoas para assegurar um processo contínuo de atenção (OMS, 1979).

Apesar do reconhecimento nacional da importância da atenção primária à saúde, os cuidados básicos ainda não são universais para a população, não sendo ofertados igualmente a todos os brasileiros (Sousa, 2007). Desta forma, faz-se necessário minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, garantindo acesso aos serviços de saúde, não só na atenção primária, mas em todos os níveis do sistema de saúde. Para tal, é fundamental a adoção de estratégias que garantam a equidade e facilitem o acesso de grupos populacionais que historicamente estão em desvantagem.

Desigualdades no acesso a atenção primária à saúde no Brasil

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países em desenvolvimento tem como meta prioritária a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de atenção primária. Tal prioridade se faz necessária tendo em vista que, muito embora haja um reconhecimento internacional - Declaração de Alma-Ata (OMS, 1979) e nas legislações brasileiras (Brasil, 1988; Brasil, 1990) do direito fundamental de todos ao acesso aos serviços de saúde, tal garantia legal não é efetivada devido a muitas barreiras e obstáculos que ainda impedem o acesso universal ao SUS.

Um dos fatores que influenciam fortemente as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde é o geográfico/espacial. Pesquisas apontam que populações que vivem em áreas caracterizadas como mais carentes e remotas, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso e/ou em situação rural, geralmente sofrem de forma mais intensa com a ausência de atenção e disponibilidade de redes de atenção primária (Cavalcante, 2011; Dolea et al., 2010; Kruk, et al., 2010;

Travassos et al., 2006).

Tais disparidades podem ser explicadas não só pela dificuldade de mobilidade e deslocamento das pessoas na busca de responder suas necessidades de saúde, mas também por problemas advindos das características de oferta e organização dos serviços de atenção à saúde nestas áreas. Elementos como disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, disponibilidade de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos e financiamento podem determinar o acesso da população (Castro & Machado, 2010; Cavalcante, 2011; Travassos et al., 2006).

Em relação à gestão dos recursos humanos em saúde, o Brasil vivencia dificuldades na oferta e disponibilidade de profissionais de saúde para implementar as ações, sendo que o problema é maior nas áreas rurais, havendo um grande diferencial de atenção entre as regiões do país. A população das regiões Norte e Nordeste tem um acesso limitado aos serviços de atenção primária, se comparado aos residentes nas regiões centro-oeste, sudeste e sul. De acordo com Travassos e colaboradores (2006), os residentes da região Norte têm 45% menos chances de uso dos serviços de saúde se comparados aos residentes das regiões Sul e Sudeste.

No entanto, a oferta de médicos parece ser onde se evidencia os maiores diferenciais de atenção. As regiões Nordeste e Norte oferecem menor disponibilidade de oferta de médicos, enquanto a região Sudeste se situa acima da média brasileira e as regiões Sul e Centro-oeste estão mais próximas dessa média (Viana, 2001).

As disparidades regionais na distribuição de médicos persistem no Brasil há muitos anos. De acordo com Maciel Filho (2007, p. 49), já na década de 1970 esse descompasso se mostrava presente tendo em vista que *“naquele ano, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população”*. A partir do índice de escassez de médicos na atenção primária, Girardi (2010) demonstrou que a maioria dos municípios brasileiros com escassez de médicos está localizada na região Nordeste (51,8%) em contraposição à região Centro-Oeste, que apresenta a menor quantidade de municípios com escassez.

A Portaria GM no 1.101/2002 do Ministério da Saúde apresentou alguns parâmetros para recursos humanos em saúde, propondo a razão de um médico/mil habitantes (Ministério da Saúde, 2002). Em 2011, o índice no Brasil era de 1,8 médicos/mil habitantes, de acordo com a OMS (Brasil, 2013; Garcia, 2013), inferior ao da Argentina (3,2 médicos/mil hab) e do Uruguai (3,7 médicos/mil hab) e de países europeus.

Além disso, verifica-se que a distribuição deste tipo de profissional por região, unidades da federação e residência na capital ou interior, aponta uma acentuada concentração. De acordo com o estudo “Demografia Médica no Brasil” (Cremesp, 2013, p. 36) *“Duas das grandes regiões do país estão abaixo do índice nacional, a região Norte, com 1,01, e a Nordeste, onde há 1,2 médico por 1.000 habitantes. Na melhor posição está o Sudeste, com razão de 2,67, seguido pela região Sul, com 2,09, e o Centro-Oeste, com 2,05”*.

Ainda segundo o Cremesp (2013, p. 36), ocorre uma acentuação das desigualdades no caso das diferentes Unidades da Federação. *“O Distrito Federal lidera o ranking, com uma razão de 4,09 médicos por 1.000 habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,62, e São Paulo, com razão de 2,64”*. *“Na ponta de baixo do ranking, com menos de 1 médico por 1.000 habitantes estão Amapá (0,95), Pará (0,84) e Maranhão (0,71)”*. Outro estudo aponta que 22 Estados encontram-se abaixo da média do País, com destaque para o Maranhão, que é apresentado com o índice inferior ao primeiro estudo, apenas 0,58/mil hab (Garcia et al., 2014). O cenário de desigualdade na distribuição geográfica de médicos entre regiões, estados e municípios demonstra que o aumento da oferta desse profissional não tem beneficiado a população brasileira de forma homogênea.

Desigualdades na atenção a saúde em comunidades quilombolas

Além da carência de profissionais, outros fatores influenciam na atenção à saúde e atingem os grupos populacionais de maneira diferenciada. Diversos estudos mostram que ocorrências de doenças e eventos de saúde são socialmente determinados, refletindo diferenças biológicas, distinções econômicas e iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (Brasil, 2009; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Nunes et al., 2001). Tais desigualdades são mais prevalentes

em determinados grupos sociais, dentre eles, a população negra (Araújo et al., 2010; Batista et al., 2012; Cunha, 2012; Heringer, 2002; Filho, 2012; Lopes, 2005a,b; Paixão et al., 2005).

Desta forma, a redução das inequidades deve considerar a questão do racismo que persiste no Brasil e que provoca o agravamento das vulnerabilidades a que está exposta a população negra. No caso da saúde, destaca-se a necessidade de combater o racismo institucional que *“constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas”* (Brasil, 2007, p. 30).

Nos últimos anos tem havido uma expansão de estudos e investigações sobre a situação de saúde das populações quilombolas. No entanto, tais estudos ainda são insuficientes para caracterizar os diferenciais de atenção à saúde bem como as especificidades demandadas por este público, apesar de contribuírem na visibilidade das inequidades em saúde no país. □ Para compreender as características das comunidades quilombolas é importante fazer uma relação com a história econômica, política e social do Brasil, que vivenciou o sistema escravocrata por quase quatrocentos anos. Os quilombos comumente estão associados à resistência dos negros a este sistema que os colocou em uma situação de desigualdade, numa posição desfavorável social e economicamente (Moura, 1981). Pelo vultoso número de comunidades quilombolas, bem como pelas características próprias desta população, várias são as vulnerabilidades a que este segmento está exposto, sendo uma delas as necessidades na área de atenção primária em saúde.

Diversos estudos apontam as precárias condições de vida e saneamento ambiental vivenciadas pelas comunidades quilombolas, influenciando no perfil epidemiológico relacionado aos indicadores de adoecimento e mortalidade, e evidenciando as persistentes inequidades raciais em saúde (Amorim et al., 2013; Andrade et al, 2011; Bezerra et al., 2014; Borges, 2011; Cavalcante, 2011; Freitas, 2009, 2011; Ferreira et al., 2011; Guerrero et al., 2007; Jesus et al., 2014; Silva, 2007; Silva et al, 2010; Oshai & Silva, 2013; Vicente, 2003).

Um dos principais problemas apontados pelas investigações em comunidades quilombolas se refere às questões higiênico-sanitárias abarcando a qualidade da

água, energia, rede de esgoto, coleta de lixo e manejo de resíduos. Estudo realizado por Silva (2007, p. 118) em Caiana dos Crioulos na Paraíba revelou *“uma acentuada vulnerabilidade em razão das péssimas condições higiênico-sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada) e pelo acúmulo de lixo domiciliar”*.

As condições sanitárias precárias, sem rede de esgoto, com utilização de água inadequada para o consumo humano e com exposição de lixo a céu aberto foi igualmente relatada nos estudos em comunidades quilombolas localizadas em Minas Gerais (Andrade et al, 2011; Marques et al., 2010), Bahia (Bezerra et al., 2014), Pará (Cavalcante, 2011; Freitas et al, 2009; Silva et al., 2010), Alagoas (Ferreira et al., 2011), São Paulo (Vicente, 2003; Volochko & Batista, 2009), dentre outros, evidenciando que as condições insatisfatórias de saneamento básico aumentam a vulnerabilidade a que está submetida esta população. Tais características corroboram com o estudo nacional da Chamada Nutricional Quilombola, que revelou situação semelhante na maioria das 60 comunidades quilombolas de 22 estados que participaram da investigação (Brasil, 2008; Brasil, 2014). □ De acordo com Bezerra (2014, p. 1836), *“de forma geral, as pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde”*. Assim, os indicadores de condições sanitárias, somados às condições de moradia, à vulnerabilidade socioeconômica e à insegurança alimentar (Brasil, 2008, Carvalho et al., 2014; Silva et al, 2010;) além da baixa escolaridade presente nas comunidades quilombolas, contribuem decisivamente para o atual perfil epidemiológico e situação de saúde destes grupos.

Os resultados das investigações de saúde realizadas junto à comunidades quilombolas demonstram, ainda, que eles enfrentam uma intensa transição epidemiológica, pois entre as enfermidades mais prevalentes estão tanto as doenças infecto-parasitárias, como as doenças crônicas, destacando-se a hipertensão, o diabetes e a desnutrição, além de queixas como dor de cabeça, dor de dentes, verminoses, resfriados, alergias e infecções cutâneas (Amorim et al., 2013; Andrade, 2011; Ferreira et al, 2011; Freitas, 2011; Guimarães e Silva, 2015; Silva, 2007; Brasil, 2008; Volochko e Batista, 2009). Há também estudos que relatam elevadas

frequências de anemia falciforme (Volochko e Batista, 2009). Estudo realizado por Amorim e colaboradores (2013) na comunidade de Boqueirão (Bahia) e por Borges (2011), no Pará, apontam amplo desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão arterial, um das principais causas de morte do século XX .

Diante do quadro de necessidades de atenção à saúde pelas comunidades quilombolas é importante destacar que a rede de serviços disponibilizados à população não garante atendimento integral e universal, como preconizado na legislação. Estudos junto à estas comunidades revelam que a população quilombola utiliza quase que exclusivamente o SUS e que quando adoece, geralmente procura o atendimento no posto de saúde, localizado na própria comunidade ou em bairro mais próximo, tendo em vista que as comunidades estão localizadas em áreas rurais, e necessitam percorrer longas distâncias para se deslocar aos hospitais.

Os estudos demonstram, ainda, que em sua maioria as comunidades tem uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais (Amorim et al, 2013; Cavalcante, 2011; SILVA et al., 2010). □Adicionalmente, Volochko e Batista (2009) apontam que apesar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros serem os profissionais mais procurados pela população, há o grave problema da alta rotatividade e muitas vezes da ausência dos profissionais, principalmente médicos, nas localidades e cidades menores.

Reconhecendo o impacto negativo das condições ambientais e socioeconômicas associadas à oferta limitada de serviços na permanência das inequidades em saúde, algumas iniciativas governamentais vêm sendo implementadas, dentre elas a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) (Brasil, 2013a).

Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Maciel Filho (2007) relata a experiência do Brasil na implementação de iniciativas governamentais para fomentar o recrutamento e fixação de médicos para atuação em áreas distantes dos centros urbanos e/ou de difícil acesso, ou seja, na interiorização das ações de saúde. Destaca como exemplos destas iniciativas o

Projeto Rondon (1960-1989), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976-1985), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS (1993-1994), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001- 2004). Mais recentemente, podemos acrescentar também o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (2011) (Brasil, 2011) e o Programa Mais Médicos para o Brasil, criado em 2013.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei n.12.871 de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013b, Brasil, 2013c) buscando solucionar o problema persistente de escassez e/ou da má distribuição de médicos no Brasil e ampliar investimentos na formação profissional com a criação de novos cursos de medicina em regiões onde há carência destes profissionais, entre outras medidas. Em paralelo, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM), a partir da Portaria Interministerial n.1.369, de 08 de Julho de 2013 (Brasil, 2013a), incentivando médicos brasileiros e estrangeiros a atuarem nas áreas do interior do Brasil, em municípios de difícil acesso e de acentuada vulnerabilidade econômica e social. Tal estratégia inclui as comunidades quilombolas como público prioritário para o recebimento de médicos contratados pelo Programa (Brasil, 2014).

A chamada para contratação de médicos é realizada por meio de Editais, podendo participar tanto médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto estrangeiros, que poderão ocupar os postos de trabalhos não preenchidos por brasileiros.

Em março de 2014, o Ministério da Saúde lançou o Edital n. 22 de adesão dos municípios ao PMM (Brasil, 2014). Neste Edital, os municípios com comunidades quilombolas foram também incluídos como prioritários para alocação dos médicos. Da mesma forma, no Edital n. 01 de 15 de janeiro de 2015 (Brasil, 2015), foi estabelecido como obrigação dos municípios, a alocação de médicos em equipes que atendessem populações vulneráveis, dentre elas, as comunidades quilombolas.

Para atuação nos municípios, os médicos selecionados pelo PMM recebem uma bolsa de dez mil reais (R\$ 10.000) por mês, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelo provimento de moradia, alimentação e transporte para a realização das atividades. O contrato com o médico é realizado por um período de três anos, podendo ser renovado uma vez, por igual período (Brasil,

2013a).

Os médicos estrangeiros selecionados pelo PMM desenvolvem suas atividades com licença provisória do Ministério da Saúde, que lhes permite atuar somente durante o prazo estabelecido no contrato firmado e restringe o exercício das atividades as unidades básicas de saúde do município onde forem alocados. De agosto de 2013 a julho de 2014 houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 11.429 cooperantes vindos de Cuba e 1.187 intercambistas formados em outros países. A Lei que criou o programa determina que se abram as vagas primeiro para médicos brasileiros, depois, médicos intercambistas, que se formaram no exterior e, somente em última instância, é acionada a cooperação internacional com a OPAS, que estabeleceu parceria com o governo cubano.

Buscando integrar ensino e serviço, o PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família. O Curso é oferecido na modalidade de educação à distância por meio da Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). O acompanhamento das atividades dos médicos, bem como sua participação na especialização é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades nas unidades básicas de saúde e oito horas no curso de especialização (Brasil, 2013a).

Este artigo analisa de que forma o PMM tem contribuído para a atenção primária à saúde em comunidades quilombolas, tomando como exemplo estudos de caso no Nordeste e no Norte do país.

Metodologia

Além do levantamento e análise da literatura pertinente, a investigação se deu através de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, buscando compreender, a partir das percepções dos diversos atores-chaves selecionados, de que forma o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMM) tem influenciado na atenção primária.

Para tal, três comunidades quilombolas foram envolvidas como estudo de

caso, duas no Rio Grande do Norte e uma no Pará⁶. De acordo com Denis e Champagne (1997, p. 71) o estudo de caso é *“uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso (...) A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”*. A coleta de dados compreendeu três grupos focais com usuários quilombolas, 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e 3 com representantes do controle social.

O instrumental do grupo focal buscou apreender as percepções dos usuários quilombolas sobre a implementação do PMM e suas contribuições para melhorias na atenção à saúde. Para tal, foram incluídas questões sobre situação de saúde nas comunidades, principais problemas de saúde percebidos, oferta de serviços pelo município, avaliação sobre implantação do PMM, bem como mudanças percebidas após chegada dos médicos. Os usuários quilombolas foram identificados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde foram alocados os médicos participantes do PMM. Os grupos focais contaram com uma média de 10 participantes, sendo compostos em sua maioria por mulheres. As lideranças comunitárias auxiliaram no processo de divulgação e convite para que os moradores das comunidades quilombolas participassem voluntariamente dos grupos focais, agendados com antecedência.

No total foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas sendo: três médicos cubanos participantes do PMM, que atuam nas UBS, cinco profissionais de saúde, que compõem a equipe das UBS, quatro gestores, sendo duas secretárias municipais de saúde e duas coordenadoras da atenção básica, três representantes do Conselho Municipal da Saúde e uma liderança de uma das comunidades. Assim, a investigação buscou abarcar um conjunto de atores sociais, com inserção e envolvimento diferenciado com o PMM, para possibilitar a apreensão das diferentes narrativas e pontos de vista.

Os dados apresentados representam uma análise preliminar de parte da

⁶ No intuito de garantir o sigilo das informações e não identificação dos entrevistados, optou-se por não identificar as comunidades quilombolas participantes da pesquisa.

pesquisa matriz⁷, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Parecer número 399.461).

Resultados

Implantação do Projeto Mais Médicos em Comunidades Quilombolas

Dos 14.462 médicos contratados pelo Projeto Mais Médicos (PMM) nas cinco primeiras etapas, 3.390 foram alocados em 801 municípios com presença de comunidades quilombolas, ou seja, aproximadamente 23% das contratações. No entanto, não é possível afirmar que todos os médicos alocados atuam em áreas quilombolas, tendo em vista que alocação nas equipes é de responsabilidade dos gestores municipais. A região nordeste foi a que recebeu a maior quantidade de médicos (1.535), seguida da região sudeste (653).

Em relação às comunidades quilombolas pesquisadas (Tabela 1), destaca-se que todas estão localizadas a mais de 10 km da sede do município e a mais de 6 km da UBS mais próxima. Nenhuma delas é registrada no CNES como unidade de saúde quilombola. A comunidade do Pará está sem ACS há quatro anos, inviabilizando o acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares (Tabela 1).

⁷ Esta pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado: “Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde”, financiado pelo CNPq e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013.

Tabela 1: Características das comunidades quilombolas participantes, Pará/PA e Rio Grande do Norte/RN, Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2013-2014.

Características das comunidades quilombolas	Comunidade 1 RN	Comunidade 2 RN	Comunidade 3 PA
Situação da área	Certificada	Certificada	Titulada
Nº de famílias	40	55	88
Km da Sede do município	10km	15km	11km
UBS na comunidade	Em construção	Em construção	Em ampliação
Km - comunidade para UBS de referência	7km	6km	9 km
Existência de ACS	Sim	Sim	Não
Tempo de atuação do Médico do Projeto MM	15 meses	13 meses	11 meses

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito à situação de saúde, os usuários destacaram como principais problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas: distância entre comunidade e UBS, número reduzido de visitas domiciliares pelas equipes, falta de medicamentos, dificuldades para agendamento de exames, ausência de médicos no município nos finais de semana, insuficiência e alta rotatividade dos profissionais de saúde e dificuldades para agendamento de consultas com especialistas.

Tanto os profissionais quanto os usuários relatam que diabetes, hipertensão e diarreia são as principais doenças que acometem os moradores da comunidade, mas que em menor número também estão presentes o alcoolismo, câncer e depressão. As dificuldades no controle e tratamento das enfermidades ocorrem não apenas devido a distância da UBS e dificuldades no agendamento de consultas, mas também devido a frequente falta de medicamentos e demora na marcação de exames:

“Falta remédio de todo tipo, de pressão alta, de diabetes, as vezes xarope, as vezes de dor, fica difícil, aí para não piorar a gente acaba comprando” (GF 3, Participante 2).

“O SUS a gente sabe que deveria cobrir tudo, mas as vezes não cobre os exames, por falta de máquinas, de agenda, e aí temos que pagar pelo exame porque as vezes não dá para esperar. E as vezes quando a gente consegue fazer, o resultado do exame demora muito” (GF 1, Participante 4).

Como estratégia para amenizar as dificuldades em acessar os serviços de saúde, ou mesmo, associado ao tratamento alopático, os usuários relatam a utilização da *bezenção* e de ervas e plantas medicinais, que ocorrem geralmente em forma de sumo, chá, infusão, xaropes, raizadas etc. Além do significado cultural

dessas práticas, percebe-se que as comunidades quilombolas utilizam a sabedoria popular e conhecimentos repassados por seus ancestrais como alternativas ou complemento para a garantir a saúde de sua população:

“Nem sempre a gente consegue o remédio na farmácia do postinho, aí ou compra ou então vai se virando em casa mesmo, porque a gente usa muito as plantas, o remédio caseiro, as garrafadas, o chá, o melado, tem um monte de coisas até que esses remédios que o doutor passa não resolve. Aí as benzedeiras ajudam também, rezando de quebranto, mal olhado, espinhela caída, e vai se virando” (GF 3, Participante 8).

Percepção dos usuários quilombolas sobre atenção à saúde após a implantação do Projeto Mais Médicos

Em relação ao PMM, a maioria dos participantes dos grupos focais consideraram a iniciativa importante para a garantia do acesso das comunidades à atenção básica, conforme um dos relatos:

“Ah, eu acho que teve muita mudança com esse mais médicos, com a doutora cubana que chegou porque às vezes a gente saía daqui para lá (UBS) andando, e não tinha uma ficha pra gente se consultar, aí tinha que ficar de manhã até a tarde e as vezes o médico não ia, aí tinha que voltar sem consultar. Isso sem falar quando o médico ia embora do município e a gente ficava 9, 10 meses, quase um ano sem médico. É um sofrimento para nós. Agora não, a gente tem certeza que a médica vai tá lá para atender, então isso mudou ne?” (GF 2, Participante 6).

As mudanças mais destacadas pelos usuários quilombolas se relacionam à frequência semanal dos médicos nas UBS, a maior facilidade no agendamento das consultas, o aumento de visitas domiciliares e as características diferenciadas da prática clínica. Para os usuários, há uma maior organização dos agendamentos e o atendimento dispensado nas consultas é diferente dos anteriormente realizados por outros médicos que atuaram nas UBS:

“Achei diferente dos outros porque a gente fica muito tempo na consulta, e ela fala, olha para gente, pergunta, aí examina, tudo direitinho, parece que não está com pressa. Antes os outros médicos ficava pouco aqui na comunidade e atendia rápido para dar tempo de atender todo mundo porque eles vinha pouco. (GF 1, Participante 4).

É bom porque as consultas já ficam marcadas de hipertenso e diabéticos como eu, aí não precisa ficar toda vez esperando fichas para marcar. Isso foi uma vantagem com esse novo médico” (GF 3, Participante 10).

Vários participantes destacaram que a chegada dos médicos às UBS tornou mais ágil o processo de retorno e o acompanhamento das doenças crônicas. Relatam também a participação em grupos de prevenção, que não existiam antes. Destacaram que anteriormente havia alta rotatividade dos profissionais das equipes, principalmente médicos. De acordo com os entrevistados, os médicos tinham vínculos empregatícios em municípios vizinhos o que contribuía para sua vinda esporádica e infrequente, deixando descoberto as equipes, havendo acúmulo de demandas por consultas e uma desorganização da agenda da UBS.

No entanto, mesmo com a presença do médico do PMM, destaca-se que alguns dos problemas referentes aos serviços de saúde, relatados pelas comunidades permanecem. Em relação ao deslocamento até a UBS, nem sempre o município disponibiliza o transporte, por isso, muitas vezes os moradores vão a pé ou de bicicleta. Por isso, uma das reivindicações das comunidades é que haja UBS funcionando nas próprias comunidades. Além disso, os participantes relatam a necessidade de alocação de mais médicos nos municípios. Destacam que apesar dos médicos do PMM terem carga horária semanal de 40 horas, geralmente ficam responsáveis por uma área rural extensa, adotando como estratégia a definição de dias de referência para atendimento de cada área. Por isso, geralmente os médicos atendem a área quilombola somente uma ou duas vezes por semana.

Por fim, a sustentabilidade do PMM também é apontada pelos participantes, e também pelos gestores, como uma preocupação:

“Eu espero que ela continue aqui pelo menos dez anos porque os outros médicos antes ficava muito pouco, mas dizem que eles vão ficar só três anos. Não sei como vai ser quando acabar o contrato dela, mas a comunidade vai ter que ver isso, vai ter que cobrar do município” (GF 3, Participante 9).

“Quando acabar o Mais Médicos, ou sei lá. Quando derem outro nome, a comunidade já vai saber que ela tem o direito, que tem uma assistência mais integrada, com mais qualidade. E aí eles não vão mais aceitar certas coisas que acontecia antes. Aí nós vamos ser cobrados, mas nós vamos cobrar do ministério também” (Gestor).

“Eu não sei quando expirar o prazo do Mais Médicos, como é que o governo vai lidar com essa situação, porque ele acostumou a população a ter esse profissional, que era uma dificuldade de falta de médicos no nosso município” (Conselheiro de Saúde).

Segundo a legislação, o governo federal estabelece contratos de três anos com os médicos, podendo ser renovado por igual período. A longo prazo, o

programa prevê novos cursos de medicina, ampliando as vagas para a formação médica no país. Faz-se necessário que o Brasil desenvolva estratégias para que os profissionais de saúde, especialmente médicos, sejam fixados na atenção primária à saúde, principalmente nas zonas rurais, de difícil acesso e em vulnerabilidade.

Percepção dos gestores, profissionais e representantes dos Conselhos Municipais sobre atenção à saúde após implantação do Projeto Mais Médicos

Semelhante aos usuários, os profissionais entrevistados ressaltam a hipertensão e o diabetes como as enfermidades que mais acometem os quilombolas. No entanto, acrescentam, também, a gravidez na adolescência, a depressão e dores na coluna como problemas de saúde expressivos nestas comunidades. Ressaltam a importância das visitas domiciliares, tanto do ACS como também da equipe da UBS para desenvolver trabalho de educação em saúde, buscando a adesão dos usuários com doenças crônicas ao tratamento, bem como fornecer informações e orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em relação a implantação do PMM, os gestores destacam mudanças na organização dos serviços, tendo em vista o aumento de demandas por consultas, exames e utilização de medicamentos, consequência da atuação mais presente dos novos médicos. No entanto, os médicos do PMM, assim como os usuários, destacam a necessidade dos municípios terem uma melhor estrutura para os atendimentos em saúde, principalmente no que diz respeito a equipamentos para as UBS, maior agilidade na realização de exames solicitados e também maior disponibilidade de medicamentos.

“Às vezes a gente apresenta dificuldade com a falta de balanças infantis e os termômetros que faltam. E o problema da medicação, porque um dos problemas para controlar a diabetes e a hipertensão é a adesão ao tratamento. E às vezes a adesão depende da disponibilidade do remédio e nem sempre tem” (Médico MM).

Ainda em relação às alterações na organização e oferta dos serviços de saúde primária, os gestores ressaltam a participação dos médicos nas reuniões de planejamento e de organização das agendas o que, de acordo com os entrevistados,

é uma novidade já que não havia esta prática por parte dos médicos que anteriormente atuaram nos municípios. Além disso, os profissionais das equipes das UBS ressaltam um fortalecimento das relações de equipe e uma articulação maior entre os profissionais.

“Tem uma certa diferença dos brasileiros porque ela é muito acolhedora e muito humilde. Se enturma com qualquer um da equipe, ela não tem essa história de dizer agente de saúde é diferente do médico, do enfermeiro, todo mundo ela trata de uma maneira só” (Auxiliar de Enfermagem).

“Porque assim, eles tem uma outra visão a nível assistencial no sentido de trabalhar mais em equipe, não desarticulado, porque para garantir a integralidade do cuidado a gente precisa ter o olhar da rede, ver a questão social também” (Enfermeiro).

Uma questão destacada de forma unânime pelos entrevistados foi o exercício diferenciado da prática clínica pelos médicos do PMM. Tanto gestores quanto profissionais das equipes deram destaque não só a efetiva fixação dos médicos nas zonas rurais e distantes dos municípios, mas também à forma de atendimento dispensado aos usuários.

“Eu vejo na atenção básica, vejo a necessidade de trabalhar prevenção e ela trouxe isso, ela é diferenciada, os outros só querem tratar, clinicar. Ela vê a pessoa como um todo e nisso ela previne outras doenças, isso é o diferencial. Ela escuta, dialoga e somente depois prescreve” (Gestor).

“Ele faz consultas, faz pré-natal, atende as crianças para avaliar crescimento e desenvolvimento ele faz um trabalho de busca ativa de hipertensos e diabéticos na área, faz educação em saúde, ele também participa do grupinho de fumantes, participa de tudo” (Enfermeiro).

Para os profissionais, uma das grandes vantagens do atendimento mais cuidadoso e humanizado oferecido pelos médicos, é que os usuários aderem ao tratamento e frequentam mais as UBS. Relatam que a curto prazo o número de consultas se ampliou porque havia uma demanda reprimida de atendimentos. Uma das profissionais destacou que, no momento, eles vivenciam uma realidade de maior frequência dos usuários nos serviços, não para consultas, mas para participar de grupos de educação em saúde, ou seja, uma perspectiva de promoção da saúde:

“E também a demanda do posto, você está vendo que hoje é terça-feira a tarde e não tem muita gente no posto. Por que? Porque já não tem mais tanta gente doente. O pessoal já está vindo mais pra promoção mesmo da saúde, para as palestras. Quando é dia dos hipertensos, eles não vem se queixando de dor, eles vem mais pra assistir a

palestra, pegar medicação, verificar a pressão e volta pra casa” (Enfermeiro).

Os médicos ressaltam que tiveram uma formação com foco na atenção primária, baseando-se numa perspectiva de promoção da saúde. Os três médicos entrevistados relatam experiência superior a dez anos atuando na área preventiva, não só em Cuba, mas também em outros países como Venezuela, Colômbia e em África.

“Eu fui formada de uma maneira clínica, com exame físico e um bom interrogatório. Com isso a gente consegue mais de 60% do provável diagnóstico. Você não precisa chegar até um exame a nível terciário. Eu faço muito trabalho educativo aqui na consulta e é um dos motivos que faz com que a consulta demore mais” (Médico MM).

Eles afirmam que buscam conhecer o território onde atuam, reconhecendo que, no caso das comunidades quilombolas, estas vivenciam situações de vulnerabilidade social e que os usuários tem que percorrer longas distâncias para ter garantido o seu direito à saúde. Afirmam que a unidade de saúde é muito importante porque muitas vezes se constitui como a única via de assistência médica, já que as cidades ficam muito distantes. Destacam ainda que a garantia da integralidade das ações depende também de uma maior organização do SUS, concretizando a referência e contra-referência:

“Essa questão da referência e contra-referência é difícil. Eles vão a consulta e eu não tenho retorno. Eu esperava que o especialista, não fosse fazer um tratado, mas pelo menos um diagnóstico, alguma coisa que me oriente para saber o que o especialista encontrou, para eu conseguir fazer um acompanhamento melhor aqui na área” (Médico MM).

Os médicos explicam que apesar das dificuldades relacionadas à questão de infraestrutura nos municípios, atuam de forma a garantir o atendimento dos usuários, seja nas UBS ou em visitas domiciliares, buscando respeitar suas especificidades, inclusive culturais. No caso das comunidades quilombolas, destacam que muitas vezes aliam a medicina tradicional, presente de forma expressiva nestas comunidades, com o tratamento alopático.

Em relação a atuação dos médicos, o universo dos entrevistados, usuários, profissionais, gestores e conselheiros de saúde, demonstraram uma análise positiva das experiências dos municípios com a presença dos profissionais do PMM.

A partir das falas, verifica-se que o PMM contribui não só para uma melhor

viabilização das ações de atenção básica nos territórios, mas também demonstra que é viável a fixação de médicos nas equipes de saúde, mesmo em áreas mais distantes e vulneráveis. Portanto, desmistifica o modelo largamente adotado na atenção à saúde de desenvolvimento de ações primárias à saúde voltadas somente ao atendimento individual e de uma equipe de saúde que conta com a presença esporádica e rotativa de profissionais de saúde.

Considerações finais

A população negra, e de modo particular, as comunidades quilombolas, são segmentos com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde (Cavalcante, 2011; Ianni et al., 2007; Heringer, 2002). Os estudos da relação entre raça e saúde revelam, a partir dos indicadores sociais, que os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção. Desta forma, verifica-se que as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra, demandando ações concretas por parte do Estado, de forma a enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no âmbito do SUS.

A implementação do PMM representou uma iniciativa governamental voltada a sanar a carência de médicos nos serviços de saúde em áreas com alta vulnerabilidade social e com dificuldades históricas de atração e fixação destes profissionais, dentre elas, as comunidades quilombolas (Brasil, 2014). Os resultados desta pesquisa apontaram que houve um maior acesso dos usuários quilombolas aos serviços de saúde, apesar dos diversos obstáculos ainda existentes. Percebeu-se que a presença de médicos na atenção primária é essencial na prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias, e que tem importante impacto na sua saúde e no funcionamento dos serviços. A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para a compreensão dos processos de saúde e doença, bem como seus determinantes, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Destaca-se, no entanto, a necessidade da formulação de políticas e ações voltadas a efetivação do SUS em longo prazo, principalmente no que diz respeito à melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura, expansão de contratações

de profissionais para compor as equipes de saúde, criação de planos de carreira para os profissionais, e a priorização da atenção primária, focando no fortalecimento da prevenção e na promoção da saúde. Nesse sentido, tanto os usuários quilombolas quanto os profissionais participantes da pesquisa, chamam atenção para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de médio e longo prazo, buscando resolver de forma permanente o problema da ausência de profissionais na atenção básica à saúde em áreas distantes e de grande vulnerabilidade social, bem como solucionar as inequidades raciais em saúde, garantindo o acesso das populações negras e quilombolas às ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento, conforme previsto na Constituição Federal.

Agradecimentos

Ao CNPq e Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde pelo financiamento da pesquisa por meio da Chamada Pública MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013.

Referências

AMORIM, Maise Mendonça, TOMAZI, Laize; SILVA, Amaro Augusto da; GESTINARI, Tiana Baqueiro Figueiredo. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia. *Bioscience Journal*, v. 29, n. 4, 2013, p. 1049-1057.

ANDRADE, Elisabeth Campos de; LEITE; Isabel Cristina Gonçalves; VIEIRA, Marcel de Toledo; ABRAMO, Clarice; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato, SILVA, Priscila Lima. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 3, 2011, p. 337-34.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; PAULA, Juliana Braga de. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, Ana Marina Fontenelle; DIAS, Maria Socorro de Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque (Orgs.). *Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

ARAÚJO, Edna Maria de; COSTA, Maria da Conceição Nascimento; NORONHA, Ceci Vilar; HOGAN, Vijaya; VINES, Anissa I.; ARAÚJO, Tania de Amaro. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos

Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva*, v. 7 n. 40, 2010, p. 116-121.

BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) *Saúde da população negra*, 2 ed./Brasília, DF: Revista da ABPN - *Associação Brasileira de Pesquisadores Negros*, 2012.

BEZERRA, Vanessa Moraes; MEDEIROS, Danielle Souto de; GOMES, Karine de Oliveira; SOUZAS, Raquel; GIA TTI, Luana; STEFFENS, Ana Paula; KOCHERGIN, Clavdia Nicolaevna; SOUZA, Cláudio Lima; MOURA, Cristiano Soares de; SOARES, Daniela Arruda; SANTOS, Luis Rogério Cosme Silva; CARDOSO, Luiz Gustavo. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, 2014, p. 1835-1847. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf> Acesso em: 22 de maio de 2015.

BORGES, William Dias. *Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica e Seus Determinantes Bioantropológicos em Populações Quilombolas da Amazônia*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. _____. *Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. *Ministério da Saúde (MS)*. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. *Diário Oficial União*. 16 de Janeiro de 2015; Seção 3:120.

_____. Ministério da Saúde. Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. *Diário Oficial União*. 01 de Abril de 2014; Seção 3:140.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.o 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 13 de julho de 2002; Seção 1:36.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ *Ministério da Saúde*, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2087, de 1o de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
Acesso em: 02 de novembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No 1.369, de 8 de Julho de 2013a. Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate*, no. 9 . Brasília, DF. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. *Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate*, no 20. Brasília: MDS, 2014.

_____. Presidência da República. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013b. 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 (Online). Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm (Acesso em 09 de Dezembro de 2014).

_____. Presidência da República. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013c. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. vol.17, n.1, 2007, pp. 77-93.

CARVALHO, Andréia Santos; OLIVEIRA e SILVA, Denise. Perspectivas de

segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuaçu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. *Interface Botucatu*, v. 18, n. 50, 2014, p. 521-532.

CASTRO, ALB., MACHADO, CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública* (Online), v.26, n.4, 2010, p.693-705. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n4/12.pdf> Acesso em 24 de Abril de 2015.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. *Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

CREMESP, Demografia Médica no Brasil, v. 2 / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: *Conselho Federal de Medicina*, 2013.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) *Saúde da população negra*, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da Implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*— Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 88, n. 5, 2010, p. 379–385.

FERREIRA, Haroldo da Silva, LAMENHA, Maria Laura Dias, XAVIER JÚNIOR, Antonio Fernando Silva CAVALCANTE, Jairo Calado; SANTOS, Andréa Marques dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 30, n. 1, 2011, p.51-58. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a08.pdf> Acesso em 04 de maio de 2015.

SOARES FILHO, Adauto Martins. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. (Orgs) Saúde da população negra, 2 ed./Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FREITAS, Daniel Antunes, CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio, HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. *Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura*. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 13, n. 5, 2011, p. 937-943. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf> Acesso em 02 de janeiro de 2015.

FREITAS, Dionísio Bellé de; SILVA, Jasson de Miranda; GALVÃO, Edna Ferreira. A Relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v.30, n. 2, 2009, p. 89-105. Disponível em:<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/438> Acesso em: 10 de março de 2015.

GARCIA, Beatriz; ROSA, Leonardo; TAVARES, Rafael. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. São Paulo; *Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas*, 2014. Disponível em: http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et-al.pdf Acesso em: 26 maio 2015.

GIRARDI, Sábado. *Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde*. Estação de Pesquisa Sinais de Mercado. Núcleo de Saúde da Comunidade – NESCOM. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte. (Online). 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf> Acesso em 22 de janeiro de 2015.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado; SILVA, Denise Oliveira; TOLEDO, Luciano Medeiros de; GUERRERO, José Camilo Hurtado; TEIXEIRA, Pery. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, 2007, p. 103-110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902007000200010&Ing=en&nrm=iso Acesso em: 09 de março de 2015.

GUIMARÃES, Raissa Cecília Rosalino; SILVA, Hilton Pereira. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazônica, Rev. de Antropologia (Online)*, 2015, 7(1):186-209. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/2156/2454> Acesso em: 11 de maio de 2015.

HERINGER, Rosana. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Supl.), 2002, p. 57-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700007&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de maio de 2015.

IANNI, Áurea Maria Zöllner; SANTOS; Claudete Gomes dos; ALVES, Olga Sofia Fabergé; MORAIS, Maria de Lima Salum; KALCKMANN, Amália Suzana. Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, v.41, 2007, p. 43-45.

JESUS, Viviane Silva de; FREITAS, Daniel Antunes; SOUSA, Árlen Almeida Duarte de; SILVA, Isabel Santos da; CAMARGO, Climene Laura de; BRITO, Ana Monique Gomes; SILVA, Josielson Costa da. S. Saúde da criança remanescente quilombola: uma retrospectiva bibliográfica. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, Ano 19, n. 197, 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd197/saude-da-crianca-remanescente-quilombola.htm> Acesso em: 08 de maio de 2015.

KRUK, Margaret; JOHNSON, Jennifer C; GYAKOBO, Mawuli; AGYEI-BAFFOUR, Peter; ASABIR, Kwesi; KOTHA, S Rani, KWANSAH, Janet; NAKUA, Emmanuel, Snow; RACHEL, C; DZODZOMENYO, M. *Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment*. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 88, n. 5, 2010, p. 333-341. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862010000500010&Ing=en&nrm=iso Acesso em: 02 de março de 2015.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005a. p. 9-45.

_____. Para além das barreiras dos números: desigualdades raciais em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005b, p. 1595-601. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso Acesso em 03 de março de 2015.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para distribuição e fixação de médicos em Sistemas Nacionais de Saúde*. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social e Preventiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2007.

MARQUES, Amaro Sérgio; CALDEIRA, Antônio Prates; SOUZA, Lucas Ramos; ZUCCH, Paola; CARDOSO, Wesley Diego Antunes. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010, p. 155-161.

MOURA, C. *Os quilombos e a rebelião negra*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

NUNES, André; BARATA, Rita Barradas; BARATA, James Richard Silva Santos; VIANNA, Solon Magalhães. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata, URSS. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência*. Brasília: UNICEF, 1979.

OSHAI, Cristina Maria Arêda; SILVA, Hilton Pereira. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. *Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*. Belém, v. 12, 2013, p. 1426.

PAIXÃO, Marcelo Jorge de Paula; CARVANO, Luiz Marcelo Ferreira; OLIVEIRA, Juarez de Castro; ERVATTI, Leila Regina. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: BRASIL. FUNASA. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade*. Brasília: Funasa; 2005.

SILVA, José Antônio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, 2007, p. 111-124. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 04 de março de 2015.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da; LIMA, Francisca Sueli da Silva; HAMANN, Edgar Merchan. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, supl. 2, 2010, p. 109-120. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 14 de dezembro de 2014.

SOUSA, Maria Fátima de. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília v. 62, n. 2, 2008, p. 153-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2> Acesso em: 03 de março de 2015.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina XG. de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. Rio de Janeiro, vol.11, n.4, 2006, p. 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 de abril de 2015.

VIANA A. (organizador). A política de saúde no Brasil nos anos 90. Número temático do periódico *Ciência & saúde coletiva*, 2001; 6(2).

VICENTE, João Pedro. Os remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? (Carta ao Editor). *Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, 2003, p. 63-65.

VOLOCHKO, Anna; BATISTA, Luís Eduardo. Saúde nos quilombos. São Paulo: *Instituto de Saúde – SESSP*, São Paulo: GTAE – SESSP, 2009.

RESULTADOS

Artigo 3. Original a ser submetido

Programa Mais Médicos e Atenção à saúde: Estudo de caso em uma Comunidade Quilombola do Pará

Resumo

O presente artigo teve como objetivo discutir a atenção à saúde em uma comunidade quilombola do Pará após implantação do Programa Mais Médicos. Realizou-se estudo de caso qualitativo, constituído por duas etapas: exploratória e de realização de coleta de dados na comunidade. Utilizou-se as técnicas de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante. Os atores chaves da pesquisa foram constituídos por usuários quilombolas, profissionais de saúde, gestores da secretaria municipal de saúde e representante do conselho municipal de saúde. Foram realizadas um total de 30 entrevistas semiestruturadas, sendo 24 delas com usuários quilombolas, além de 01 grupo focal e anotações no diário de campo resultante de observação participante. Na análise, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas empregadas por Bardin (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Utilizou-se o Atlas-ti como ferramenta de apoio para sistematização e categorização das informações. Os resultados apontaram que tanto a comunidade quilombola quanto os gestores apoiam e avaliam positivamente a implantação do Programa Mais Médicos e ressaltam a qualidade no atendimento médico e aumento de visitas domiciliares. Em relação à atenção à saúde, os resultados mostraram a insuficiência dos serviços de saúde para garantir um atendimento integral à saúde dos usuários quilombolas, uma vez que na comunidade não tem Agente Comunitário de Saúde, a Unidade Básica de Saúde de referência é distante e as ações de saúde realizadas na comunidade são insuficientes. Verificou-se uma fragilidade dos vínculos entre equipe da ESF e comunidade e uma inversão da lógica assistencial com maior procura pela medicina curativa/hospitalar. Os usuários quilombolas afirmaram a existência de racismo e discriminação no atendimento da UBS. Desta forma, percebeu-se a necessidade dos serviços de saúde compreender as especificidades das demandas das comunidades quilombolas e suas

características socioculturais e de saúde e fomentar ações de combate ao racismo institucional para que, de fato, sejam ofertados serviços que correspondam aos anseios desta população.

Palavras-chaves: Quilombola, Saúde, Programa Mais Médicos, Rural, Norte

Introdução

Inequidades raciais na Atenção à Saúde

O racismo se configura com uma das questões fundamentais do cenário nacional tanto pelas características assumidas no Brasil quanto pela história de desigualdades provocadas por este fenômeno em várias dimensões da vida cotidiana como renda, saúde, trabalho e educação. Durante muitos anos houve uma naturalização de tais desigualdades, uma invisibilização da questão racial e uma negação da marginalização dos negros.

Do ponto de vista biológico o conceito de raça não se sustenta, no entanto, tem um significado social que implica em desvantagens para o negro em variados setores da vida. Raça é um mecanismo que reforça diferenças e fundamenta hierarquias sociais. Por isso, o uso da categoria raça tem sido defendida a partir de sua dimensão sociológica (Guimarães, 2002; Aguiar, 2007, Figueroa, 2004), sendo entendida a partir de sua construção social e não mais como um conceito estritamente biológico. Neste sentido, raça seria uma ferramenta analítica que contribui para dar visibilidade as bases sociais do racismo que opera no cotidiano das práticas sociais e influencia nas identidades raciais e nas desigualdades de oportunidades entre negros e brancos.

Apesar das lutas travadas por vários setores da sociedade contra a discriminação, o racismo e o preconceito, ainda hoje permanece uma estrutura desigual no Brasil, sendo que o racismo é um dos elementos que contribui fortemente para tal realidade. Geralmente atribui-se a existência das desigualdades a um problema de classe social, ou seja, são reconhecidas as diferenças de classe e não as diferenças raciais (Guimarães, 1995).

No entanto, a variável raça vem sendo utilizada no ensino e pesquisa médica e das ciências sociais em saúde, com o intuito de analisar de que forma tal variável

influencia nas situações de saúde e doença da população. A categorização racial nos estudos científicos permite dar visibilidade aos fatores não genéticos das enfermidades, ao abordar possíveis diferenças entre brancos e negros no que diz respeito a qualidade de vida, aos riscos de adquirir determinadas doenças e resposta aos tratamentos, além de diferenciação no acesso aos serviços de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2010), existe um consenso dos estudiosos brasileiros acerca de doenças e agravos à saúde dos negros. Para eles, as doenças podem ser agrupadas como: 1) adquiridas em condições desfavoráveis; 2) de evolução agravada ou de tratamento difícil; 3) geneticamente determinadas. Dentre as doenças relacionadas no primeiro grupo está a desnutrição, anemia ferropriva, DST/HIV/Aids, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos etc. Portanto, a promoção da equidade no País depende também de uma abordagem específica destas doenças ou agravos.

No que diz respeito à saúde materno infantil, alguns estudos mostram a disparidade das condições de saúde quando relacionado à raça, cor e etnia (Leal, 2005; Brasil, 2009; IPEA, 2011; Lopes, 2005 a ; Gonçalves, 2009; Batista, 2005; Santos, 2007 et al; Martins, 2000). Tais estudos são fundamentais, pois evidenciam as desigualdades existentes a partir de indicadores de acesso e cobertura aos serviços de pré-natal e parto, de maiores chances de haver mortalidade materna e infantil, de maior prevalência de insegurança alimentar e desnutrição etc.

Grande parte destes estudos destacam os efeitos negativos do racismo no processo de saúde e doença tendo em vista que tal realidade provoca maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis e quantidade maior de doenças associado a menor atenção à saúde (Torales, 2013; Guerrero, 2010, Cunha, 2012). De acordo com Filho (2012:54) *“homens negros de 10 a 29 anos apresentam risco de morrer 80% maior do que os jovens brancos. Mulheres negras da mesma idade, o risco é de 30% maior do que o apresentado para as brancas”*.

Ao analisar a evolução das assimetrias de cor ou raça no Brasil no período entre 1998 e 2008, Paixão et al (2010) destaca que entre os anos de 2001 e 2007, cerca de 392 mil pessoas que faleceram no Brasil não tiveram a causa de suas mortes conhecida por falta de assistência médica, sendo que a situação afetou pretos e pardos com maior intensidade. Mostra ainda, a partir de alguns indicadores sociais, que as diferenças de acesso à saúde da população negra compromete o

princípio da equidade. O estudo revela um percentual maior de busca de atendimento preventivo por pessoas brancas em comparação aos pretos e pardos. Em relação a busca por tratamento curativo, os pretos e pardos, apareceram com percentual maior em todas as regiões brasileiras.

Aponta ainda que entre 1998 e 2008 ocorreu um aumento da procura dos postos e centros de saúde pela população brasileira, numa proporção maior para a população negra. Por outro lado, estudo de Goes (2012:263) realizado em Salvador demonstra que:

“mesmo sendo as mulheres negras as maiores usuárias dos serviços do SUS, as mulheres brancas referem ser mais bem atendidas. Essa análise pode indicar como as instituições ainda estão preenchidas de preconceitos e discriminações em relação à raça/cor, comprometendo o acesso das pessoas e a utilização dos serviços de saúde, com base nesse requisito”.

Dados da PNDS 2006 também mostraram desvantagens da população negra. Apontaram um menor percentual de negras que realizaram seis consultas durante o pré-natal e que consultam no puerpério. O nível de mortalidade infantil foi 25% maior em crianças menores de um ano cujas mães se autodeclaram negras, o risco de morrer antes de completar cinco anos de vida é 29% mais elevadas nas crianças negras se comparado com os filhos de mães brancas, a incidência de insegurança alimentar moderada e grave também é mais elevada em domicílios cuja entrevistada era negra (Brasil, 2009).

Os estudos da relação entre raça e saúde no Brasil indicaram, a partir dos indicadores sociais que os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção, além de perfil desvantajoso se comparado à população branca brasileira. Desta forma, verifica-se que apesar da legislação não distinguir grupos populacionais, as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra demandando ações concretas por parte do Estado de forma a enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no âmbito do SUS. De acordo com Xavier (2012:202) *“a política de saúde esconde-se sob um discurso universalista, que resiste em eliminar as desigualdades acumuladas pelas populações reconhecidamente em desvantagem social, e como política pública, a Saúde Integral da População Negra revela sua inconsistência”.*

A visibilidade e desnaturalização das práticas organizacionais discriminatórias

dependem da adoção de medidas e políticas específicas e afirmativas que tenham por objetivo combater as desigualdades provocadas nas instituições. Jaccoud afirma que *“o racismo institucional se instaura no cotidiano organizacional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando de forma ampla, mesmo que difusa, desigualdades e iniquidades”* (2008:36). Por isso, ainda que se reconheça a importância da implementação de políticas universais, percebe-se que são insuficientes tanto para reparar as desigualdades históricas, bem como de compensar de maneira eficiente as consequências negativas provocadas pelo racismo. O preconceito e a discriminação limitam ou põem em desvantagem os grupos raciais discriminados para o acesso às políticas e ações como, por exemplo, no campo da saúde.

Apesar da constatação de tais desigualdades no estado de saúde bem como nos diferenciais de utilização dos serviços de saúde pelos negros, ainda são reduzidas as investigações com recorte racial que abrange o Brasil em sua totalidade. Geralmente são realizadas pesquisas regionais ou que abordam somente alguns Estados brasileiros, priorizando as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. São escassos os estudos que abordam a realidade das regiões Norte e Nordeste, destacando a discussão étnico-racial e menores ainda a quantidade de estudos voltados a caracterizar e analisar as diferenças não só regionais, mas também as desigualdades raciais focando populações que apresentam, maior vulnerabilidade social como, por exemplo, quilombolas e indígenas.

Condições de vida e saúde em comunidades quilombolas

O conceito de saúde deve ser compreendido não somente como ausência de doenças, mas deve considerar as condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, acesso a serviço de saúde, dentre outros (Brasil, 1986). Nesse sentido, as condições de vida e socioeconômicas influenciam fortemente nas condições de saúde de uma determinada população.

Estudo realizado por Amorim et al (2013) na comunidade de Boqueirão (Bahia) aponta amplo desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão como obesidade, sobrepeso, diabetes, baixa escolaridade, histórico

familiar, dentro outros. Achado de investigação realizada por Oliveira et al (2012) mostra que ocorre um grave problema da escassez de profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, além de uma alta rotatividade e transitoriedade deste dos profissionais de saúde. Volochko et al (2009) encontra resultados semelhantes em estudo realizado em comunidades quilombolas do Vale do Ribeira em São Paulo, onde destaca que ocorre alta rotatividade dos médicos contratados, além de dificuldades para realizar encaminhamentos e exames, associado a falta de medicamentos.

Além disso, as visitas dos ACS às famílias quilombolas geralmente não ocorrem pelo menos uma vez ao mês, conforme preconiza a portaria n.2.488 (Brasil, 2011). Entre os fatores que impedem o cumprimento desta recomendação, tornando muitas vezes, as visitas pouco frequentes, destaca-se a distância entre os domicílios, a quantidade excessiva de famílias sob a responsabilidade dos ACS, além de indisponibilidade de transporte para percorrer as longas distâncias existentes entre as casas (Bezerra, 2014; Freitas et al, 2011).

Como estratégia para enfrentar o acesso insuficiente aos serviços de saúde e buscando garantir a prevenção de doenças ou mesmo o tratamento, nos casos de adoecimento, alguns estudos relatam a utilização pelas comunidades quilombolas de plantas medicinais (Amorim et al, 2013; Silva, 2007; Freitas et al, 2009; Volochko et al, 2009). Ou seja, as comunidades quilombolas utilizam o conhecimento ancestral, tradicional e cultural como forma de afirmação de identidade, mas também para auxiliar à população em suas queixas de saúde, atendidas de forma insuficiente pelo Estado.

Desta forma, observa-se que as condições ambientais e socioeconômicas associada ao acesso limitado aos serviços de saúde de forma a usufruir de ações de educação em saúde, bem como medicamentos de fácil administração contribuem para que a população negra, e mais especificamente as comunidades quilombolas, vivenciem situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde.

Em nome disso, com intuito de melhorar as condições de vida e saúde da população brasileira, incluso a população negra, nos últimos anos, algumas iniciativas governamentais vem sendo implementadas pelo governo visando corrigir as disparidades existentes no campo da saúde, destaca-se, dentre elas, a recente implantação do Programa Mais Médicos, que tem como um dos seus públicos

prioritários, as comunidades quilombolas. Portanto, o presente artigo tem por objetivo discutir a atenção à saúde em uma comunidade quilombola do Pará a partir da implantação do Programa Mais Médicos.

Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013 a partir da Medida Provisória no. 621, de 8 de julho de 2013 e pela Lei n.12.871 (Brasil, 2013a, Brasil, 2013b). Tem como objetivo reduzir a escassez e má distribuição de médicos no país e criar novos cursos de medicina em áreas com escassez destes profissionais. O provimento de médicos foi normatizado pela Portaria Interministerial n.1.369, de 08 de Julho de 2013 (Brasil, 2013c) que institui o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) como uma das estratégias integrantes do PMM.

A divulgação das vagas ocorre por meio de Editais de Chamamento, sendo que os municípios interessados devem realizar a adesão ao Programa. Nos editais lançados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014; Brasil, 2015), as comunidades quilombolas foram incluídas como público prioritário, sendo, portanto, definido como obrigação dos municípios, a alocação de médicos em equipes que atendessem essas populações vulneráveis. Nas cinco primeiras etapas de chamamento, entre agosto de 2013 e julho de 2014, foram contratados 14.462 médicos. Deste total, 3.390 médicos foram alocados em 801 municípios com presença de comunidades quilombolas.

Percurso metodológico

O estudo foi realizado em uma comunidade rural quilombola do Pará, localizada há 11 Km da sede do município, mesorregião do nordeste do estado do Pará. A população da comunidade oscila entre 500 e 600 pessoas, com aproximadamente 90 famílias. A comunidade foi titulada em 2002 pelo Instituto de Terras do Pará (Iterpa). A principal atividade econômica desenvolvida é agricultura de subsistência, a partir do plantio da mandioca e do feijão.

Foi realizado um estudo de caso qualitativo, constituído por duas etapas de coleta dos dados, onde utilizou-se as técnicas de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante. Os atores chaves participantes da pesquisa

foram constituídos por quatro grupos: usuários moradores da comunidade quilombola, profissionais de saúde da equipe da ESF de referência da comunidade, gestores da secretaria municipal de saúde e representante do conselho municipal de saúde. Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas, um grupo focal e anotações do diário de campo resultante de observação participante do cotidiano de atendimento à comunidade pelos serviços de saúde, como consultas, visitas domiciliares e sala de acolhimento.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas empregadas por Bardin (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na execução das etapas de análise, utilizou-se como ferramenta de apoio o software Atlas-ti, procedendo assim, a sistematização e categorização das informações e a análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

Resultados e Discussão

“Não vou beber chá de receita”:

Atenção à Saúde na Comunidade Quilombola

A comunidade quilombola é uma das sub-áreas sob a responsabilidade da ESF 1, que é composto por médico do PMM, enfermeira, odontóloga, duas técnicas de enfermagem, auxiliar de enfermagem, sete ACS, auxiliar de serviços gerais, duas agentes administrativos e uma técnica de saúde bucal. A ESF atende dez sub-áreas, todas rurais e fica há cerca de 15 quilômetros da sede do município.

A comunidade localiza-se há 9 quilômetros da UBS 1 e há 11 quilômetros da sede do município. De acordo com usuários, profissionais e gestores, as principais enfermidades que acometem à comunidade são: hipertensão, diabetes, diarreia, problemas na coluna, anemia e resfriado. Em menor número, foram relatadas outras doenças como câncer, anemia falciforme e depressão.

A atenção à saúde da comunidade ocorre por meio de: 1) atuação do técnico de enfermagem; 2) realização do comando médico na comunidade; 3) participação

dos usuários nas ações e atividades ofertadas pela UBS 1; 4) aquisição de planos funerários; 5) utilização de medicina alternativa.

Em abril de 2014, iniciou-se a construção de uma UBS na comunidade e teve um termo aditivo prorrogando o prazo de entrega para junho de 2015, no entanto, até a finalização da pesquisa de campo, novembro de 2015, a obra ainda não tinha sido inaugurada. Esta representa uma das principais queixas dos moradores da comunidade:

“a comunidade de (nome da comunidade), ela reivindica que aquela UBS seja logo aberta né? Pra gente poder frequentar aqui na comunidade mesmo, a gente acha longe ir para o postinho, lá em (nome da UBS 1), ai a gente queria que abrisse logo aqui” (Usuária, 47 anos)

“a gente tem essa casa, esse posto que fizeram aí, foi através da prefeitura com o governo federal, ai só construíram e não colocaram pra funcionar. Dizem que tá interditado, que tem coisa errada, que a empresa vai ter que consertar para entregar para nós” (Usuária, 58 anos).

Os gestores entrevistados apontaram que a empresa não entregou a obra, tanto por atraso no repasse de recursos por parte do governo federal, quanto por falhas na obra, impedindo a entrega pela empresa contratada que foi notificada dos aprimoramentos a serem realizados para oficializar a entrega da UBS.

A comunidade está sem ACS há mais de quatro anos. Buscando sanar temporariamente a ausência do ACS, e após mobilização e reivindicação dos moradores, em abril de 2015, a Secretaria de Saúde designou um técnico de enfermagem para atuar na comunidade, profissional que vem desempenhando atribuições do ACS.

“A secretaria colocou um menino, um técnico de enfermagem para trabalhar na comunidade, mediante a reivindicação da comunidade, porque tinha muito hipertenso, diabéticos e tal, pra tá dando esse suporte até a inauguração da UBS, eu vejo isso como uma conquista porque eu entendo que a comunidade entendeu que é um direito dela né, e a gestão não disse não, realmente atendeu né, que foi uma reivindicação dos próprios moradores” (Representante do Conselho de Saúde)

Assim como o representante do conselho, os moradores da comunidade, avaliaram como positiva a atuação do técnico de enfermagem na comunidade, no entanto, alguns ressaltaram que:

“ajudou muito pra gente esse menino andar por aqui, vim visitar a gente, fazer o curativo nos pés dos idosos. Agora só tem um e a comunidade é grande, é uma lonjura a distância das casas e ai fica difícil ele ver todo mundo que precisa. Dizem que ele tá só para conversar com pessoas com pressão descontrolada e aqueles diabéticos” (Usuário, 78 anos).

Essa observação do usuário é válida, tendo em vista que, de acordo com gestores, uma das recomendações da Secretaria foi de que o técnico focasse as ações prioritariamente nas famílias com presença de hipertensos e diabéticos, devido à quantidade de moradores com este perfil. Desta forma, muitas famílias reclamaram que ficam sem a visita do técnico de enfermagem.

Além da atuação do técnico de enfermagem, a equipe da UBS 1 realiza o “Comando Médico”, ação que ocorre geralmente mensal ou a cada 45 dias, dependendo da disponibilidade dos profissionais. Consiste no deslocamento da equipe da UBS 1 até a comunidade, durante uma manhã, para realização de atendimento médico, odontológico e de enfermagem.

Pergunta: Normalmente os moradores vem no comando pra que? Para consultar?

“É pra consultar também, porque é assim, tem avaliação do Bolsa Família que a gente faz, que aqui não tem ACS, a gente que faz. Ai a gente veio mês passado, pesamos tudinho, agora só faltou um pouco pra pesar. Mas todo mês a doutora vem consultar, a enfermeira vem pra consultar também, orientar tudinho. Ai a gente faz vacina também, entrega remédio quando tem, a gente faz um monte de coisas”. (Profissional de Saúde)

“Com comando se resolve em parte, em parte, mas não pode resolver tudo. A equipe faz uma vez por mês, faz o atendimento lá na comunidade. Eu tenho planejado visita lá, visita normal de acompanhamento. Lá ainda não tem ACS, tem o técnico de enfermagem que faz essa função de todos” (Médica da UBS 1).

Apesar dos moradores concordarem com os profissionais sobre a importância do atendimento itinerante a partir do comando médico, destacaram as limitações da ação uma vez que não há uma periodicidade estabelecida para sua ocorrência e também, muitas vezes, ocorre com ausência de profissionais, principalmente da odontologia. Além disso, ressaltam que nem sempre a equipe leva medicamentos e vacinas, sendo necessário o deslocamento dos usuários para a UBS após as consultas.

A outra forma de acesso dos quilombolas ao atendimento à saúde ocorre por meio da participação nas ações e atividades realizadas na UBS. No entanto, os usuários quilombolas destacam algumas barreiras para acesso ao atendimento. A primeira é a questão do deslocamento tendo em vista a distância entre a comunidade e a UBS. Relatam que geralmente vão à pé, de bicicleta e alguns poucos, de moto. O transporte público passa na comunidade três vezes por semana

em dois horários (manhã e tarde). Os moradores apontam que algumas vezes vão de carona no transporte escolar.

Em relação à UBS, há poucos relatos de realização de atividades coletivas. Na maioria das vezes vão para consultas individuais com a médica, enfermeira ou odontóloga. As falas dos usuários indicam que não há vínculo com a equipe e reduzida participação nas atividades ofertadas pela UBS. Além disso, muitos usuários afirmam a preferência por ser atendido no hospital municipal. Percebe-se que um dos fatores que contribui para tal realidade é a questão da distância e o deslocamento. Muitos alegam dificuldades financeiras e afirmam que é mais fácil se deslocar para a sede do município:

“Aqui tem muita gente necessitada, pra todo canto, a gente vive da roça ne, e tem muita gente que tem o benefício do governo, então qualquer tantinho que a gente gasta com passagem, já é muito né? Ai a vezes muita gente vai à pé, outras vezes vai para a cidade no transporte, que passa mais na semana” (Usuária, 39 anos)

A segunda questão relatada pelos usuários sobre a preferência por hospital e não pela UBS é que a maioria dos moradores afirmam que só procura os serviços de saúde quando “não tem mais jeito”. Buscam uma atenção relacionada à consulta individualizada e tem uma lógica de resolutividade vinculada à medicação e exames.

“As dificuldades maior é sobre o remédio do posto porque nunca tem, então o que eu vou fazer lá? não vou beber chá de receita, a gente chega lá quase morrendo e não tem remédio” (Usuária, 46 anos).

No entanto, percebe-se que há nuances nas falas dos usuários, se por um lado, há uma valorização e procura maior por serviços hospitalares, por outro lado, os usuários reivindicam uma UBS na comunidade quilombola e ampliação de visitas domiciliares, demonstrando um desejo pela oferta adequada de serviços de prevenção e educação em saúde, buscando uma substituição ao modelo tradicional de assistência focado na cura de doenças (Teixeira e Solla, 2006).

Uma terceira explicação dada pelos usuários para a maior procura por serviços hospitalares é a existência de preconceito no atendimento. Vários usuários afirmam que preferem ir para o hospital do que para a UBS porque há um tratamento diferenciado na UBS. Para eles, os “quilombolas” são tratados de forma “diferente”.

Eu acho que existe um certo preconceito, preconceito sim, tem alguma coisa estranha que até agora eu não entendi direito, mas a gente é tratado diferente. (Usuário, 68 anos)

“Lá em (nome da UBS 1), as vezes eles ficam colocando os de lá na frente e a gente fica por último e muita das vezes a gente chegou primeiro. Eu me sinto, eu prefiro não ir. Quando não, eu pego o ônibus e vou bater lá na cidade” (Usuária, 43 anos)

“O pessoal de (nome da UBS 1) atende o pessoal daqui mal, acho que é porque a gente é da raça negra, somos pretos né?” (Usuária, 66 anos)

Apesar de um dos profissionais da UBS afirmar que realmente os usuários quilombolas já se queixaram sobre o atendimento, gestores e representante do conselho desconhecem tal queixa:

“É, eles alegam assim, que não gostavam daqui do posto, o atendimento das pessoas que trabalham não é legal com eles. Eles achavam que eram discriminados entendeu?” (Profissional de Saúde).

Se há essa forma de discriminação, ainda não chegou no conselho, não chegou (Representante do Conselho de Saúde).

Muitos usuários quilombolas relataram situações relacionadas aos atendimentos que consideraram discriminatórias, o que segundo os entrevistados, contribuem para reduzir à participação nos serviços ofertados pela UBS de referência. Ao falar sobre tratamento diferenciado aos quilombolas, os usuários citam não só a atenção na área de saúde, mas também na educação. Uma jovem da comunidade relata situações vivenciadas onde dizia sentir *“uma certa diferença por ser quilombola”*, que os alunos falavam que eram *“os pretos de (nome da comunidade)”*, *“os pé rachado”*. No entanto, tanto a jovem como outros usuários abordam a importância de *“se orgulhar da sua raça”*.

O racismo institucional, é também chamado de discriminação indireta, tendo em vista que em muitas situações ele se apresenta velado, ou seja, os atos não são declarados explicitamente, por isso, não são facilmente detectados ou comprovados. De acordo com Jaccoud (2008) ele atua no nível das organizações, a partir de procedimentos cotidianos promovendo o acesso diferenciado a serviços e bens. Por isso, a autora afirma que *“O conceito de racismo institucional permite uma melhor percepção acerca dos mecanismos de produção e reprodução das desigualdades raciais, inclusive no que tange às políticas públicas (Jaccoud, 2008:136)*. Assim, as instituições operam de forma a reproduzir práticas discriminatórias, ainda que não consciente.

Desta forma, apesar das possibilidades de acesso apresentadas, os usuários quilombolas relatam encontrar dificuldades de acesso aos SUS. Uma alternativa utilizada pelos usuários da comunidade é a aquisição de planos funerários onde os associados e seus dependentes pagam uma taxa mensal ou uma anuidade de valor baixo, se comparado aos serviços de saúde suplementar, e tem direito a serviços que extrapolam a natureza do negócio. Assim, as funerárias oferecem para os associados descontos no valor de consultas médicas, tratamento odontológico, exames laboratoriais e transporte de ambulância para pessoas com dificuldade de locomoção.

“É tipo um seguro que a gente paga ne? Ai fecha o negócio com uma funerária e dá direito as coisas, pode fazer exames, consultas, tem transporte do doente, dentadura você dá metade e eles dá metade, ai a gente tem desconto. E tem também, Deus me livre e guarde, a gente morre, eles dão o caixão, a urna” (Usuária, 62 anos)

Os chamados “cartão de desconto”, ofertados pelos planos funerários não tem uma regulamentação da Agência Nacional de Saúde (Santos et al, 2008). Esses benefícios em vida, dados pelas funerárias como assistência médica, clínicas e laboratórios são comparados aos serviços de saúde suplementar, no entanto, a falta de regulamentação e fiscalização dos órgãos de saúde pode acarretar serviços de má qualidade, trazendo prejuízos aos usuários.

A maior utilização de serviços privados, seja na forma de compra de planos funerários, seja na compra de medicamentos e realização de exames particulares pela comunidade quilombola demonstra que mesmo sem condições financeiras, as lacunas na atenção à saúde pública, tem levado a uma tendência de ampliação da procura pela rede privada de atenção à saúde (Boing et al, 2014).

Por fim, outra alternativa, tradicional e de cunho cultural, adotada pela comunidade para sanar as dificuldades de acesso à rede de serviços de saúde é a utilização da medicina alternativa a partir do preparo de chás, garrafadas, e benzeção. Tal prática demonstra a utilização de saberes ancestrais que contribuem localmente para a proteção e promoção da saúde dos moradores, e evidencia o pluralismo terapêutico existente nestas comunidades (Abreu, 2012). A utilização da medicina popular é relatada por diversos estudos relacionados à atenção à saúde em comunidades quilombolas (Amorim et al, 2013; Freitas et al, 2009; Volochko e Batista, 2009).

A comunidade participa ainda de rituais de cura, realizados por um morador da comunidade apontado como "pajé". O pajé realiza atendimentos tanto dos moradores quanto de pessoas externas à comunidade, no entanto, é importante destacar que realiza cobrança pelos serviços, e o valor dos atendimentos variam de 50 a 100 reais, sendo que alguns usuários afirmam não procurar este meio de cura, devido às limitações financeiras. Além disso, a comunidade também relata o costume de se automedicar, não só utilizando remédios caseiros, como alopáticos.

"A gente tinha muita rezadeira aqui com nós, ai foi morrendo tudinho. Agora ainda tem gente que reza de quebranto, de mau olhado, e agora a gente tem só um pajé que faz outras rezas". (Usuária, 58 anos)

"Eu tava com problema na coluna, ai fiz a garrafada e não tava bom, ai tomei aquela andiroba, que passa na rádio que é bom para vários tipos de doenças né, já to até melhor... é complicado ir no postinho, só quando não tem mais jeito de resolver aqui mesmo". (Usuária, 66 anos)

Percebe-se que a atenção à saúde da comunidade ocorre tanto a partir da participação nos serviços de saúde ofertados quanto pelo uso da medicina alternativa. Uma questão que chama a atenção é a vigência do modelo de atenção à saúde ainda voltado para a doença e não para a promoção da saúde. Os vínculos dos usuários quilombolas com a ESF de referência estão fragilizados e há uma procura pelos serviços hospitalares já que busca-se como primeira instância de tratamento os conhecimentos advindos da sabedoria popular e medicina alternativa, depois a automedicação e somente após este percurso, ocorre a procura pelos serviços da UBS ou do hospital na cidade.

"Santo de casa não faz milagre": Percepção dos atores sociais sobre atuação do Programa Mais Médicos na Comunidade quilombola

Desde a implantação do PMM, em 2013, três médicos cubanos atuaram na UBS 1. O primeiro atuou por oito meses e por motivos pessoais retornou à Cuba. O segundo atuou apenas um mês, de forma provisória, após saída do primeiro médico e depois foi alocado em outra unidade rural de ESF, por decisão da Secretaria de Saúde Municipal. Por último, a médica atual do PMM, está atuando na UBS 1 desde agosto de 2014.

É importante destacar que apesar da tendência dos moradores da comunidade em procurar serviços de saúde na cidade e das queixas em relação ao atendimento na UBS de referência, muitos moradores frequentam a UBS 1 e são ou foram atendidos pela médica do PMM, possibilitando assim uma análise sobre a atenção à saúde a partir do PMM, com base na percepção tanto dos usuários quilombolas, como de outros atores sociais envolvidos no estudo.

A questão mais recorrente nas falas dos entrevistados dizem respeito à qualidade das consultas médicas com a chegada dos médicos do PMM. Tanto usuários quanto profissionais tendem a realizar uma comparação entre médicos cubanos e médicos brasileiros que participaram da equipe da ESF anteriormente.

“Eu acho que foi uma boa ideia do governo trazer esses médicos porque eles fazem o trabalho direito, eles são bons profissionais, e as vezes santo de casa não faz milagre, as vezes os brasileiros não estão agindo direito ne, porque é difícil conseguir um brasileiro para ficar um tempinho maior aqui na área, sempre vai embora logo” (Usuária, 43 anos).

O atendimento é avaliado como satisfatório e relatam que a consulta é muito boa porque recebem atenção, explicações sobre as enfermidades e tem espaço para verbalizarem o que sentem. Resultados semelhantes em relação à avaliação positiva e satisfação dos usuários foram encontrados em outros estudos sobre o PMM (OPAS, 2015; Brito, 2014).

Uma parte dos usuários quilombolas, no entanto, destacaram a dificuldade de compreensão da língua. Provavelmente as dificuldades com a língua estão ainda muito presente nos relatos porque a médica da UBS 1 tem menos tempo no Brasil se comparado aos demais médicos do PMM que estão no município.

“Do atendimento dela não tenho o que reclamar, ela é muito boa médica e explica as coisas, só que as vezes ela pelega para falar, uns choques mesmo, às vezes demora um pouco pra gente entender o que ela fala” (Usuária, 58 anos).

“Eu acho a diferença na situação do respeito, da atenção, do compromisso, porque ela não tem pressa, atende todo mundo bem” (Usuário, 68 anos)

Ainda em relação à percepção sobre o PMM, os gestores do município destacaram os ganhos sociais e de atenção à saúde alcançados com a atuação dos médicos do programa. Avaliam que houve aumento do número de consultas, e conseqüentemente, de solicitação de exames e medicamentos. Este resultado converge com outros estudos sobre o PMM, mostrando as alterações nos serviços

de saúde após implantação do Programa (TCU, 2014; Molina, 2014; Pereira et al, 2015; OPAS, 2015). Destacam a humanização dos atendimentos e o fortalecimento da atenção básica uma vez que os médicos cubanos realizam atividades de educação em saúde. Chama atenção, no entanto, o fato dos gestores destacarem os ganhos sociais do PMM contrapondo com as perdas de recursos financeiros.

“Então eu creio que foi bom o programa porque a gente deu uma permanência maior do profissional, porque o Mais Médico ele tá todos os dias, ele cumpre horário direitinho, faz visita realmente, ele faz o que preconiza. A gente conseguiu ter um médico mais presente na equipe, então assim, eu acho que foi um avanço para o município. Agora se eu for analisar pelo outro lado, o lado do financeiro, quando eu tenho uma equipe de Mais Médico, quando o médico é intercambista, o município só recebe quatro mil para essa equipe. Então a gente teve algumas perdas em relação a recursos financeiros” (Gestor da Secretaria de Saúde)

Os gestores destacam que o ideal seria que o governo federal não reduzisse o valor repassado nos casos da equipe ser com médicos do PMM, ou seja, que mantivesse o valor sem a diferenciação. Segundo os gestores, isso contribuiria tanto para o fortalecimento do PMM como para a receita dos municípios. A proposta é defendida pelos entrevistados, mesmo considerando que o município fica dispensado da remuneração deste profissional, tendo em vista que o governo federal arca com a bolsa do médico.

Para a médica cubana que atua na área quilombola, a experiência de atuar no Brasil tem sido muito rica e proveitosa. Ressalta que tal oportunidade permite o conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e também da realidade de saúde de municípios pequenos. Destaca que a atuação na comunidade quilombola é um desafio, principalmente porque a área tem muitos moradores com doenças crônicas e que não eram acompanhados de forma sistemática pela UBS.

“É um desafio que nós enfrentamos porque no acompanhamento médico eu pergunto: não está tomando o remédio por que? E os médicos não falaram para você que tem uma doença crônica, que então necessita tomar remédio a vida toda? Eles não sabem, então toma remédio trinta dias, enquanto dura e não toma mais. Então tem muitos hipertensos, diabéticos que não acompanham a enfermidade, que não sabe quase nada sobre estas doenças, então necessita de educação em saúde, palestras e mudar os hábitos” (Médica da UBS 1).

Essa reflexão trazida pela médica é uma realidade na comunidade quilombola. Vários moradores entrevistados relataram a não assiduidade na utilização dos medicamentos para controle das doenças crônicas e alguns deles destacaram que

tiveram conhecimento da necessidade de utilização contínua somente após consultas com a médica e enfermeira.

Pergunta: E a senhora tem diabetes ou pressão alta?

Eu já tive pressão alta, mas agora eu não sei se ela tá alta não (...) . Pergunta: E o diabetes? eu tive um colesterol muito alto, ai a primeira vez que fiz uns exames eu tomei remédio e me curei, ai larguei de mão (risos)” (Usuária, 67 anos)

A médica destaca a importância de ter um ACS na comunidade para facilitar o acompanhamento destas doenças, ressaltando que a atuação recente do técnico de enfermagem na área tem contribuído para reduzir as dificuldades de controle. Ressalta ainda que a inauguração da ESF da comunidade poderia auxiliar na realização mais frequente de ações de educação em saúde e também no acompanhamento das doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes, já que existe um número expressivo de moradores acometidos por estas duas enfermidades. Verifica-se que a prevalência de doenças crônicas é um problema nacional e devido a sua dimensão, o governo brasileiro criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2012 (Brasil, 2011; Costa et al, 2015).

De acordo com os profissionais entrevistados, as ações de educação em saúde ocorrem tanto na UBS, a partir de palestras, quanto no âmbito individual no momento dos atendimentos realizados pela equipe. Alguns dos profissionais entrevistados destacaram que as ações de educação em saúde foram intensificadas com a chegada do PMM, uma vez que a médica tem uma postura de maior cobrança em relação à realização de ações coletivas e também desenvolve ações nas visitas domiciliares. A médica cita que várias enfermidades estão relacionadas às condições de higiene e aos hábitos alimentares praticados pelos usuários.

“Eu sempre falo para eles, o remédio é um bem, mas só resolve uns 25%, e o resto, os 75% tem que ser a dieta, é o que a senhora come, principalmente nos casos de diabetes. Mas ai, é difícil, tem que conversar muito com eles para tentar ver se comem menos gorduras, sal, farinha, que é o que consomem muito nessa região” (Médica da UBS 1)

“a gente toma açaí qualquer hora, não tem hora, com farinha(...) os filhos da gente já começa com um ano, um ano e pouco, ai a gente já coloca na mamadeira ne?” (Usuária, 47 anos).

Helman (2003) chama atenção, no entanto, para a necessidade da não culpabilização do usuário pela enfermidade, já que a má saúde de uma população

deve ser atribuída à cultura, mas também a situação econômica e social. Desta forma, os problemas de saúde estão relacionados à situação alimentar, higiene, estilos de vida, devendo ser compreendido em sua dimensão de totalidade, inclusive considerando as dificuldades de nutrição, habitação, saneamento e destinação de lixo que podem estar fortemente relacionados a situação de saúde da coletividade.

A médica ressalta que além da hipertensão e diabetes, os moradores enfrentam problemas de saúde relacionados à obesidade e diarreia. Para ela, além da condição social desfavorável das famílias, tem a questão da falta de informação em saúde, o que acaba sendo um fator de vulnerabilidade para os moradores. Por isso, considera a visita domiciliar uma estratégia importante para compreender a realidade dos moradores, bem como buscar elementos que os auxiliem na promoção da saúde a partir de suas práticas e saberes.

Eu acho interessante porque a médica quando vai na casa, vai para fazer a visita, ela se preocupa muito, ela quer saber de tudo, do lixo, da fossa, do banheiro, da água, pergunta também da comida que eles comem, quer saber muita coisa, e é bom porque aí ela conversa com a família e as vezes eles até muda um pouquinho os costumes que as vezes faz mal, e melhora a saúde” (Profissional de Saúde)

A visita domiciliar é um importante instrumento de comunicação, podendo facilitar o processo de vínculo entre usuários e equipe de saúde. Além disso, permite uma aproximação com a realidade das famílias, podendo detectar situações de vulnerabilidade e inequidades, garantindo, assim uma maior integralidade do cuidado (Freitas et al, 2012; Barros; Chiesa, 2007).

Apesar da importância de sua realização, moradores e profissionais ressaltam que antes do PMM as visitas domiciliares, principalmente de médicos à comunidade, eram praticamente inexistentes, o que fragilizava muito à atenção à saúde na comunidade.

Excelente, para mim a chegada da médica foi excelente, até porque antes do Mais médicos, o pessoal tinha uma dificuldade enorme de fazer visita, praticamente não existia visita domiciliar. (Profissional de Saúde)

Apesar da maior assiduidade da ESF na realização das visitas domiciliares, durante a realização da pesquisa de campo, percebeu-se que os profissionais estão enfrentando dificuldades para sua realização, devido a falta de transporte para o deslocamento. Desta forma, tanto a médica quanto outros profissionais da UBS

afirmaram que o agendamento das visitas domiciliares já foram cancelados várias vezes por falta de carro para o deslocamento da equipe. Ao serem indagados sobre a situação, os gestores relataram que o município passa por dificuldades financeiras devido à crise, mas que estavam realizando nova licitação para a contratação de serviço terceirizado para garantir o transporte às equipes.

Outra questão importante no que se refere às alterações à partir da implementação do PMM é a busca pelo fortalecimento do modelo de atenção à saúde que priorize as ações de promoção da saúde.

“é caro, mas os pacientes adoram tomografia e ressonância e nas consultas eles sempre pedem. Eu explico, tento fazer um processo de educação em saúde porque nem sempre precisa de exames especializados, na consulta já é possível chegar a um diagnóstico ou então com exames mais simples” (Médica da UBS1)

“no programa (mais médicos) a gente tem um médico que trabalha atenção básica mesmo, os exames que eles solicitam realmente são aqueles que são mesmo necessários, enquanto que os outros médicos não, as pessoas tem facilidade é só falar: Dr. passa uma tomografia pra mim, ai uns já passam, agora os cubanos não, eles verificam a necessidade”(Gestor da Secretaria de Saúde).

Tanto gestores como profissionais entrevistados destacaram que a médica utiliza o recurso dos exames somente quando avalia sua necessidade para completar o diagnóstico. A médica destaca a existência do hábito cultural dos usuários desejarem que na consulta sejam solicitados muitos exames, no entanto, ressalta a importância de que na atuação da ESF sejam priorizadas ações de educação em saúde. Além disso, destaca as dificuldades do município no agendamento de exames especializados e também das condições financeiras dos usuários quilombolas para se deslocarem para realizar os exames solicitados.

A tentativa de fortalecimento do modelo de atenção voltado à prevenção é fundamental, tendo em vista que apesar do SUS preconizar uma lógica de atenção voltada à promoção da saúde, percebeu-se uma tendência dos usuários em procurar uma atenção hospitalocêntrica e medicalizada, uma vez que encontra falhas na implementação da atenção básica da UBS. A Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011) define que ações em saúde sejam voltadas para o território, de forma continuada e integral. Além disso, a atenção deve ter como base o vínculo entre usuários e equipe de saúde, garantindo a continuidade e longitudinalidade do cuidado (Giovanella et al, 2012).

Além da maior frequência na realização de visitas domiciliares e de ações de educação em saúde, outra mudança percebida em relação à atuação do PMM foi o maior envolvimento do profissional médico no planejamento das ações não só na UBS, mas também em fóruns de discussão da política de saúde.

“Outra coisa que observei foi a presença dos médicos cubanos nas conferências de saúde, nas pré-conferências, achei muito bacana isso né, o envolvimento deles, eu nunca vi um médico nas pré-conferências no município (risos). A gente vê nas conferências os profissionais é, agentes de saúde, Endemias, técnicos, enfermeiros, mas médicos foi a primeira vez”. (Representante do Conselho de Saúde).

Para a médica do PFS 1, a melhoria das condições de saúde da população dependem de estratégias em rede onde os diversos atores sociais, dentre eles, governo e sociedade civil, dialoguem para buscar soluções para os desafios presentes no cotidiano da UBS. Por isso, a médica ressalta que o ideal seria que todos os profissionais das equipes da ESF buscassem conhecer não só o território onde atuam, mas também o contexto mais geral que engloba a realidade do município.

Apesar das diversas mudanças relatadas pelos atores sociais em relação a UBS 1 após atuação do PMM, percebe-se que a comunidade quilombola pode ser considerada um exemplo de que uma atenção à saúde mais satisfatória depende não só do provimento de médico, mas também de mudanças na organização dos serviços e condições adequadas de infraestrutura para a UBS e a rede de serviços ofertados.

“na questão médico pra atendimento após os Mais Médicos eu observo que foi um ponto muito positivo, não chega até nós o problema da falta de médicos né, na questão problema dos técnicos de enfermagem, enfermeiro, isso sempre houve né, sempre houve e continua” (Representante do Conselho de Saúde)

“falta também medicação, ai as vezes são aposentados, ai tem uma condição, ai compra, mas tem uma parte que não compra, que não tem condições de comprar, que vive da agricultura, mas é difícil um dinheirinho, ai eles ficam dependendo da unidade, para quando chegar eles pegarem”. (Profissional de Saúde)

“só que o grande problema na minha opinião é o que todo mundo já sabe da falta de estrutura, na minha opinião, querem que o médico faça tudo e aqui às vezes não dá” (Profissional de Saúde)

Portanto, evidências da pesquisa apontam que muito embora haja uma avaliação positiva do atendimento da médica do PMM pelos usuários quilombolas, há, por outro lado, relatos frequentes sobre os serviços ofertados, sobre a relação insatisfatória com outros profissionais da equipe da ESF, queixas recorrentes sobre

a falta de medicamentos, dificuldades de marcação de exames e retorno dos resultados e dificuldades de acesso à UBS devido à distância e falta de transporte. Soma-se a isso, uma questão fundamental, de vários moradores relatarem tratamento diferenciado por parte da equipe, sendo que muitos afirmam sofrer discriminação por serem uma comunidade quilombola.

Considerações finais

Os dados da pesquisa apontaram que a comunidade quilombola apoia a iniciativa governamental de implantação do PMM e fazem uma avaliação positiva sobre a atuação da médica cubana na UBS 1. Ressaltam a qualidade no atendimento médico e aumento de visitas domiciliares. Assim como os usuários, os gestores veem como positiva a adesão do município ao programa, no entanto, ressaltam as perdas de recursos financeiros, advindos do menor recurso repassado às equipes da ESF.

Em relação à atenção à saúde, de modo geral, os resultados mostraram a insuficiência dos serviços de saúde para garantir um atendimento integral à saúde da comunidade quilombola, uma vez que a comunidade não tem ACS, a UBS é distante e os “comandos médicos” são realizados numa temporalidade espaçada. Tal lacuna na atenção à saúde reforça a fragilidade dos vínculos entre equipe da ESF e usuários, e contribui para inverter a lógica do modelo de atenção tendo em vista a procura da medicina curativa/hospitalar. Além disso, a oferta insuficiente de recursos pelo SUS reforça uma lógica privada de assistência, uma vez que os usuários passam a buscar os serviços privados para realizar exames e adquirir medicamentos, muitas vezes, por meio da adesão e pagamento de planos funerários.

Portanto, para a garantia de maior acesso da comunidade quilombola aos serviços de saúde é importante melhorar o atendimento na UBS a partir da capacitação da equipe e do combate ao racismo institucional, proporcionar melhorias na infraestrutura e nos serviços de contrarreferência, mas fundamentalmente é preciso compreender as especificidades das demandas das comunidades quilombolas e suas características socioculturais e de saúde para que, de fato, sejam ofertados serviços que correspondam aos anseios desta população.

Para tal, uma estratégia importante é a existência de UBS específica para a comunidade, reivindicação principal de todos os usuários quilombolas entrevistados, que certamente poderia contribuir para reduzir as inequidades em saúde, ainda presentes na realidade estudada.

Referências

Abreu WC. Saúde, doença e diversidade cultural. Medicina e Saúde. Instituto Piaget. Lisboa: 2012.

Aguiar MM. A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. Cadernos de Pesquisa do CDHIS 2007; n. 36/37: 83-8.

Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia. Bioscience Journal 2013; 29(4):1049-1057.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.

Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev. Esc. Enfermagem 2007; 41(n. esp.): 793-798.

Batista LE et al. Mortalidade da População Negra Adulta no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a equidade. Brasília: Funasa; 2005. p. 237-314.

Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto Comquista): aspectos metodológicos e análise descritiva. Ciênc Saúde Coletiva 2014; 19(6): 1835-1847.

Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. Rev. Saúde Pública 2014; 48(5):797-807.

Brasil. Ministério da Saúde. 8ª. Conferencia Nacional de Saúde; 1986. [Acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Diário Oficial União 16 Jan 2015; Seção 3:120.

Brasil. Ministério da Saúde. Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Diário Oficial União. 01 Abr 2014; Seção 3:140.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e

da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégica para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022: 1ª. edição. 2011. [Acesso em 18 mar 2016]. Disponível em: portal.saude.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No. 1.369, de 8 de Julho de 2013c. Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. [Acesso em 08 dez 2015]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Acesso em 21 Jan 2016]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Brasil. Presidência da República. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013b. 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, DF; 2013. Diário Oficial União 23 Out 2013; Seção 01:42.

Brasil. Presidência da República. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013a. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências. Diário Oficial União 09 Jul 2013; Seção 01.

Brito LM. Programa Mais Médicos. Satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico. Brasília. Monografia. Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UnB; 2014.

Costa AM, Girardi SN, Rocha VXM, Almeida ER, Santos LMP. Mais (e melhores) Médicos. *Tempus, actas de saúde coletiva* 2015; 9(4), 175-181.

Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras) *Saúde da população negra*, 2 ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

Figuroa A. Contextualização conceitual e histórica. In: *Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Caderno de textos básicos.* Brasília: Seppir, Ministério da Saúde; 2004.

Filho AMS. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras) *Saúde da população negra*, 2 ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev. CEFAC 2011; 13(5):937-943.

Freitas DB, Silva JM, Galvão EF. A Relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. Rev Brasi Ciênc do Esporte, 2009:289-105.

Freitas LNF, Micheleti VCDM, Holz LMH. Desafios da atenção básica frente às iniquidades em saúde. Rev Opin Filosófica 2012; 3(01): 50-9.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Brasil. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL (Organizadores). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª. Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras) Saúde da população negra, 2 ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública 2009; 25(11):2507-2516.

Guerrero AFH. Situação nutricional de populações remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil. Rio de Janeiro. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

Guimarães ASA. Racismos e Anti-Racismo no Brasil. Novos Estudos CEBRAP N.º 43, novembro 1995. [Acesso em 02 jan 2016]. Disponível em http://novosestudios.org.br/v1/files/uploads/contents/77/20080626_racismo_e_anti_racismo.pdf

Guimarães ASA. Classes, raças e democracia. São Paulo: Editora 34; 2002.

Helman CG. Cultura, Saúde e Doença; trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4a ed. Brasília: Ipea; 2011.

Jaccoud L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: Theodoro M (Organizador). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea; 2008.

Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999- 2001. Rev Saúde Pública. 2005; 39: 100-7.

Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde

(FUNASA). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade. Brasília: Funasa; 2005.

Martins AL, Tanaka ACD. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. Rev Bras Cresc Des Hum. 2000;10:27-38.

Molina J, Suárez J, Cannon LR, Coser, OG, Fortunato MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate 2014;52: 4-7.

Oliveira SKM, Silveira JCS, Pereira MM, Freitas DA. Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. Motricidade 2012; 8(Supl 2):83-8.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015.

Paixão M. et al (Org). Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2010.

Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas. Revista da ABPN 2015; 7(16): 28-51.

Santos FP, Malta DC, Merhy EM. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Ciênc & Saúde Coletiva 2008; 13(5):1463-1475.

Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cienc & Saúde Coletiva 2015; 20(11):3547-3552.

Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003. Saúd Socied 2007; 16 (2): 87-102.

Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Saúde e Sociedade 2007; 16(2):111-124.

Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA; 2006.

Torales APB. Qualidade de vida e Autoestima de comunidades quilombolas no Estado de Sergipe. Tese - Universidade Tiradentes. Aracaju; 2013.

Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC no 005.391/2014-8. 2014.

Volochko A, Batista LE. Saúde nos quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde. São Paulo: GTAE – SESSP; 2009.

Xavier EC. O olhar das mulheres quilombolas sobre a atenção básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes

de quilombos urbanas de Porto Alegre. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras) Saúde da população negra, 2 ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

RESULTADOS

Artigo 4. Submetido à Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2016-0383. (comprovante anexo).

O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica

Lucélia Luiz Pereira¹

Leonor Maria Pacheco Santos²

1. Prof.^a Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília

2. Prof.^a Departamento de Saúde Coletiva. Universidade de Brasília

O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica

Resumo

A pesquisa objetivou avaliar como o Programa Mais Médicos vem sendo implementado em áreas rurais e a contribuição do provimento de médicos para garantir atenção integral à saúde. Realizou-se estudo de caso em município predominantemente rural no estado do Pará, coletando dados secundários e conduzindo 42 entrevistas com profissionais da Estratégia Saúde da Família, gestores de saúde, médicos do Programa Mais Médicos, representante do conselho municipal de saúde e usuários; nas entrevistas aplicou-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados apontam melhorias na atenção primária à saúde, como aumento de consultas e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica ofertados, atribuídas à presença do médico e às estratégias mais equitativas adotadas. Existem desafios para garantir os avanços alcançados, tais como a manutenção do Programa Mais Médicos pelo governo federal, expectativa que é claramente expressa pela população atendida pelo programa.

Palavras-Chave: Programa Mais Médicos, Rural, Atenção primária, Saúde, região amazônica

The challenge of the Programa Mais Médicos to provide doctors and guarantee comprehensive health care: a Case Study in rural areas in the Amazon region

Summary

The study aimed to assess how the Program is being implemented in rural areas and the contribution of medical provision to ensure comprehensive health care. We conducted a case study in a predominantly rural county of Pará state, collecting secondary data and conducting 42 interviews with professionals from the Family Health Strategy, health managers, doctors provided by the Programa Mais Médicos, municipal health council representative and the population; content analysis technique was applied to the interviews. The results suggest improvements in primary health care, such as increase in

consultations and expansion of access to primary care services offered, due to the doctor's presence and to more equitable strategies adopted. There are challenges to guarantee the progresses made, such as Programa Mais Médicos maintenance by the Federal Government, expectation that is clearly expressed by the population served by the program.

Key words: Programa Mais Médicos, Rural, Primary Healthcare, Amazon region

El desafío del programa Mais Médicos para la provisión y garantía de la atención integral a la salud: Estudio de caso en zonas rurales en la región amazónica.

Resumen

El objetivo fue evaluar cómo el Programa Mais Médicos se aplicó en áreas rurales y las contribuciones de oferta de médicos para garantizar atención integral de la salud. Se realizó estudio de caso en municipio predominantemente rural de Pará, colectando datos secundarios y conduciendo 42 entrevistas con profesionales de la estrategia Salud de Familia, administradores de salud, médicos del Programa Mais Médicos, representante del Consejo Municipal de Salud y usuarios; a las entrevistas se aplicó análisis de contenido. Los resultados sugieren mejoras en atención primaria de salud como aumento de consultas y ampliación del acceso a servicios de atención básica ofrecidos, asignada a presencia médica y estrategias más equitativas adoptadas. Existen retos para garantizar los progresos realizados como el mantenimiento del Programa Mais Médicos por el Gobierno Federal, expectativa que está claramente expresada por la población atendida por el programa.

Palabras-Clave: Programa Mais Médicos, Rural, Atención Primaria, Salud, región amazónica.

Introdução

Direito à Saúde na perspectiva da integralidade da atenção

A saúde é direito de todos os cidadãos, reafirmado na Constituição Federal de 1988. Deve ser garantido de forma integral e universalizada. No Brasil, em 1988 foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios da Reforma Sanitária, com vistas a reorientar o modelo de atenção à saúde. Sendo assim, foi questionado a hegemonia do modelo biomédico de atenção que enfatiza os aspectos individuais e biológicos, focando a assistência no adoecimento a partir da utilização de tecnologias.

O SUS, em contraposição, defende um modelo de atenção integral onde as necessidades de saúde da população são consideradas no planejamento das ações assistenciais. Além disso, organiza o sistema com o objetivo de contemplar a promoção, prevenção, tratamento e recuperação a partir da atenção primária, secundária e terciária.

A integralidade da atenção constitui-se em um dos principais princípios do SUS. No entanto, este conceito não é unívoco entre os pesquisadores da área, gerando debates e abarcando dimensões diferenciadas. De modo geral, adota-se duas dimensões ou níveis de análise na compreensão da integralidade: a primeira refere-se a organização da rede de serviços de saúde, onde percebe-se a necessidade de garantir ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação, tanto no nível individual, quanto coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema.

A segunda dimensão diz respeito à abordagem adotada na relação entre os atores (profissionais e usuários) tanto na oferta quanto demanda pelos serviços, ou seja, está relacionado ao processo de atenção, denotando a compreensão do indivíduo em sua totalidade, garantindo uma abordagem biopsicossocial^{1,2,3,4}.

Alguns autores adotam um conceito ainda mais ampliado de integralidade, onde além de abarcar a organização dos serviços e compreensão do indivíduo, acrescenta também atributos sobre o campo político⁵, garantia de equidade, com

tratamento diferenciado para usuários em situação desigual e foco da atenção no indivíduo e não na doença⁶.

De acordo com Ferreira⁷, a implementação de um sistema de saúde integral depende da relação entre outros princípios do SUS como universalidade e equidade bem como da garantia do acesso. A universalidade expressa a idéia de que o Estado deve prestar atendimento à toda a população brasileira. A instituição deste princípio se configura em um avanço tendo em vista que antes da implantação do SUS, nem todos acessavam as ações e serviços de saúde. Esse direito ficava restrito às pessoas que eram seguradas pela previdência social ou àqueles que tinham condições financeiras para arcar com os custos do atendimento na rede privada⁸.

Semelhante à integralidade, o acesso também é alvo de debates e não há um consenso sobre sua definição e nem ocorre uma uniformidade na utilização do termo, já que alguns autores adotam a categoria acessibilidade. Nesse sentido, “acesso” pode se limitar à oferta de serviços de saúde à população, ou abarcar também a utilização e a qualidade da atenção no processo de cuidado, bem como se as respostas dadas pelo serviço são adequadas às necessidades apresentadas pela população, considerando o tempo, o espaço e a distância^{9,10}.

Donabedian considera dois aspectos na definição de acessibilidade, um sócio-organizacional e outro geográfico¹¹. O primeiro diz respeito a variáveis que influenciam o acesso à saúde, como condição social, cultural, educacional e econômica. O segundo aspecto se refere à distância entre o serviço ofertado e o usuário. Portanto, abrange não só a disponibilidade de recursos, mas as características dos serviços e dos recursos, podendo potencializar ou limitar a utilização da rede pelos usuários¹².

Em relação à equidade, princípio importante para definição da integralidade, pode ser entendida tanto numa perspectiva horizontal, tratamento igual para pessoas iguais, e vertical, definida como tratamento diferenciado entre indivíduos desiguais¹¹. O princípio da equidade baseia-se na ideia de justiça social, objetivando reduzir diferenças sociais, a partir do atendimento diferenciado para necessidades diferenciadas¹³. Assim, considera as diferenças entre grupos de pessoas, reconhecendo que apesar de todos terem direito à atenção a saúde, independente de classe social, cor, raça, religião, o acesso pode ser desigual devido à

necessidades distintas. Desta forma, esse princípio justifica a alocação de recursos onde as carências são maiores, numa lógica redistributiva.

Características da atenção à saúde em áreas rurais

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a atenção primária configura-se como porta de entrada para o processo assistencial em saúde¹⁴. No entanto, na zona rural intensifica-se as desigualdades de acesso aos cuidados primários de saúde devido a diversas barreiras de acesso, relacionadas a questões geográfica, econômica, cultural e organizacional^{15,16,17,18,19}.

A população rural depende quase que exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para atenção à sua saúde. Devido a localização geográfica da UBS e às barreiras econômicas e de transporte para deslocamento, geralmente os moradores das zonas rurais buscam serviços de saúde mais próximos da residência, havendo, assim, uma procura mais frequente pelo posto de saúde localizado na própria zona rural onde mora, ou em distrito mais próximo. A procura pela sede do município para atendimento geralmente ocorre na falta de profissionais de saúde na UBS ou devido à necessidade de atenção especializada.

Vários estudos apontam a dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais no contexto rural, além de alta rotatividade dos profissionais das equipes do PSF^{20,21,22,23}. Há diversos fatores relacionados a escassez de recursos humanos nessas regiões, dentre eles, destaca-se a localização geográfica, por serem áreas distantes dos grandes centros e, muitas vezes, de difícil acesso.

A população rural brasileira representa 18,75% da população total, cerca de 29,9 milhões de pessoas residindo em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios sendo que 46,7% destas pessoas estão na linha de extrema pobreza²⁴. Além disso, apresentam maior taxa de analfabetismo, maior restrição ao acesso a bens e serviços de saúde e recebem uma renda menor que a população urbana. Verifica-se ainda a tendência no meio rural da população procurar os serviços de saúde majoritariamente em caso de doenças e não para exames de rotina ou prevenção. Tais dados demonstram as especificidades desta população e a centralidade do SUS, uma vez que apresenta, taxas menores de cobertura por plano de saúde se comparado à população residente em áreas urbanas^{17,25}. Além disso, a população

urbana apresenta maior número de consultas médicas se comparada à população rural.

Considerando as inequidades presentes no acesso aos serviços de saúde pela população do campo, o governo federal implantou em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta visando à inserção social e ao efetivo direito à saúde de populações historicamente excluídas do acesso aos serviços de saúde²⁶. A política destaca que a população rural possui diversas desvantagens em relação à atenção à saúde necessitando, portanto de estratégias diferenciadas para a sua inclusão.

Nesse sentido, a política prevê a promoção da saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida²⁶.

A integralidade da atenção à saúde nas áreas rurais é um desafio a ser enfrentado uma vez que apresentam características que compromete os princípios da universalidade e equidade no acesso e na utilização dos serviços. Faz-se necessário uma melhor organização da rede de serviços com ações articuladas de prevenção, promoção, proteção e recuperação, valorizando as especificidades do público rural e adotando estratégia de continuidade da atenção e relação de vínculo entre profissionais e usuários no processo de cuidado.

Nesta direção, em 2013 o governo federal implantou o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de fortalecer a atenção primária e reduzir o déficit de médicos em diversas áreas, dentre elas, nas zonas rurais e periferias dos grandes centros^{27,28}. O PMM supre a escassez da oferta de médicos na atenção primária à saúde a partir das seguintes medidas: 1) chamada de médicos para atuar em regiões mais necessitadas, onde há escassez e ausência desses profissionais; 2) oferta de cursos e formação dos médicos, com expansão de vagas de graduação em medicina e residência médica; 3) investimento em infraestrutura e equipamentos nas Unidades de Saúde.

O presente trabalho tem por objetivo analisar de que forma o PMM vem sendo implementado nas áreas rurais de um município no estado do Pará e as contribuições dos médicos nas equipes da ESF rurais para garantir atenção à saúde da população do município.

Percurso Metodológico

Realizou-se estudo de caso de caráter qualitativo em um município no estado do Pará. Foram coletados dados secundários do IBGE e DataSUS e conduzidas 42 entrevistas semiestruturadas com: dezoito profissionais das equipes ESF, cinco gestores, quatro médicos do PMM, um representante do conselho municipal de saúde e quatorze usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo, com foco nas etapas, empregada por Bardin²⁹: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na execução das etapas de análise, utilizou-se como ferramenta de apoio o software Atlas-ti, procedendo assim, a sistematização e categorização das informações e a análise à luz da literatura, com foco nas questões pertinentes ao estudo.

Resultados

Caracterização do município e da rede de AB nas áreas rurais estudadas

O município em estudo foi criado na década dos 90 e localiza-se a cerca de 200 km de Belém. Possui uma população pouco abaixo de 30 mil habitantes, que vivem majoritariamente na área rural (74%), segundo estimativa do IBGE de 2010. A principal atividade econômica é a agricultura. Mas, existem outras ocupações no Município como a pesca (peixe de água doce e de água salgada) e extração vegetal (açai, buriti e folhas de palmeira para a confecção de artesanato de palha).

A rede de atenção primária à saúde neste município é constituída por 9 ESF, sendo 3 Estratégia Saúde da Família (ESF) e 6 Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal (ESFSB), um Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) urbano e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em relação à atuação do PMM, os quatro médicos do Programa atuam em ESFSB rurais.

Atuação do Programa Mais Médicos: mudanças e desafios na APS em áreas rurais no estado do Pará

O PMM foi implantado no município em 2013, com a alocação de quatro médicos de nacionalidade cubana. Foram designados para atuar em quatro UBS localizadas em áreas rurais para compor as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Três UBS fazem parte do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (*Requalifica UBS*), sendo que duas unidades já foram inauguradas. A terceira aguarda a finalização da obra, por isso, funciona temporariamente em uma casa alugada, com estrutura física inadequada, faltando sala para atendimentos, armazenamento de vacina e acolhimento dos usuários. A quarta UBS não tem previsão para reforma, apesar dos usuários e profissionais apontarem que a estrutura física compromete o desenvolvimento do trabalho da equipe, tendo em vista a ausência de salas para realização de exames e inadequação do espaço para realização das ações de imunização e guarda de vacinas.

Tabela 1. Características das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família rurais estudadas. Pará, 2015

Características	ESF 1	ESF 2	ESF 3	ESF 4
Início da atuação do Médico do PMM*	Set/2013	Out/2013	Set/2013	Set/2014
Distância da sede do município para a ESF*	30 km	19 km	23 km	16 km
Número de profissionais na equipe	5	5	5	5
Número de ACS *	4 (2 de licença)	9 (3 de licença)	7 (2 de licença)	7 (3 de licença)
Quantidade de subáreas rurais referenciadas (adstritas)*	9	9	12	10
Existência de transporte público (próximo à UBS) *	Sim (3 X semana)	Sim (todos os dias)	Sim (2 X semana)	Sim (1 X semana)
Infraestrutura da UBS *	Construção antiga	Inaugurada em 2015	Em construção	Reformada
Número de pessoas cadastradas (2015) *	1.269	3.416	2.368	3.077
Número de famílias cadastradas (2015) *	319	824	588	728
Proporção de pessoas cobertas por Plano de Saúde (%) **	3,7	0,2	6,0	12,9
Proporção de domicílios com abastecimento de água (Poço/ Nascente) (%) **	84,3	46,8	60,0	96,2
Proporção de domicílios sem tratamento de água (%) **	61,4	80,9	74,7	52,6

Proporção domicílios com casas construídas de tijolo/ adobe (%) **	38,9	55,1	69,49	83,9
Proporção de domicílios cujo lixo é queimado/enterrado (%) **	94,4	56,5	Sem informação	88,6
Proporção de domicílios cujo destino das fezes/urina é a fossa (%) **	93,1	96,1	Sem informação	96,7
Proporção de domicílios com energia elétrica (%) **	74,6	89,7	Sem informação	84,8

PMM= Programa Mais Médicos ESF=Estratégia de Saúde da Família ACS=Agente Comunitário de Saúde UBS=Unidade Básica de Saúde

Fonte: * Dados coletados em campo / ** Sistema de Informação de Atenção Básica/Datasus

Os profissionais das UBS estudadas destacam o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos, tais como: consultas, imunização, cadastro e acompanhamento de usuários portadores de doenças crônicas, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, visitas domiciliares e, em menor frequência, atividades em grupo e educativas na UBS e também em outros espaços, por exemplo, instituições de ensino.

De acordo com alguns profissionais, antes do PMM, um dos principais desafios enfrentados era a continuidade da atenção aos usuários, principalmente de pacientes com doenças crônicas. Na fala de profissionais e usuários este problema foi reduzido com atuação dos médicos do PMM. Ressaltam que em parte, tal desafio foi amenizado com a atuação dos médicos do PMM, tanto pela atuação mais presente na UBS, reduzindo a rotatividade existente, quanto pelo maior estabelecimento de vínculo com os usuários:

“Eu acredito assim, que é um programa muito bom porque eles cumprem o horário mesmo, eles tem uma carga horária eles estão aqui e pronto, ai antes as pessoas vinham e davam viagem perdida porque não tinha médico ou vinha muito pouco, faltava. Agora eles ja vem a com certeza de que o médico vai estar na UBS” (Profissional de Saúde, UBS 1)

“Antes eu vinha aqui, chegava e sempre falavam que o médico não tava. Agora depois que entrou a médica cubana, sempre tá aqui, já vim de manhã, já vim a tarde, ai já animo mais a frequentar aqui ne”? (Usuária, UBS 4)

Por um lado, a presença dos médicos aumentam a assiduidade dos usuários no serviço e o acompanhamento das enfermidades, garantindo um maior acesso à

atenção à saúde. Vários usuários apontam a importância de ter atenção médica todos os dias na área rural, e destacam o tratamento diferenciado oferecido pelos médicos cubanos:

“Ela atende bem, é bem atenciosa. Assim, nas primeiras vezes que eu vim consultar, eu ficava com vergonha porque ela olha pra gente, quer conversar, pergunta um monte de coisas. Mas agora eu já acho bom ela ser assim com todo mundo” (Usuária, UBS 3)

“Nós já tivemos aqui médicos que consultava quase cinquenta pessoas em uma hora, aí dá pra se ver, a rapidez né? E dá pra ver também a qualidade do atendimento, muito ruim, o paciente entrava e saía rapidinho com uma receita na mão”. (Profissional de Saúde, UBS 2)

Por outro lado, esta realidade evidencia a permanência de um modelo onde a referência do cuidado está centrado na figura do médico. Verificou-se a necessidade de uma atuação mais intensa das equipes para garantir uma atenção qualificada. Os usuários apontaram diversas situações de atenção por parte dos profissionais, que podem estar comprometendo o estabelecimento de vínculo, tais como: mudança frequente de enfermeiros e dentistas na área, falta de privacidade e sigilo nos atendimentos, acolhimento inadequado e desqualificação de alternativas terapêuticas adotadas com base em práticas culturais, como automedicação, benzeção e medicação caseira.

“A questão da acolhida acho importante, de tratar bem, um bom dia faz toda diferença, eu acho que precisa, eu acho as meninas da tarde mais acolhedoras do que da manhã. Elas pelo menos dá bom dia porque a gente vem aqui não sei quantas vezes e chega e parece que nunca tive aqui, nem reconhece a gente direito. Para mim, a Secretaria devia dar uma capacitação, um treino para tratar a gente bem, não ficar com cara fechada” (Usuária, UBS 4)

“Acho que as pessoas que trabalham no postinho tem que respeitar a gente, e tem que saber que não é fácil chegar aqui, ai já teve vezes que vim e falei que tomei remédio, chá, garrafada para ver se passava o mal estar, ai não passou e vim, ai já fica brigando com a gente, dizendo que não sou médica, que não posso tomar remédio sozinha” (Usuária, UBS 2)

É importante destacar que diversos profissionais ressaltaram a falta de vínculo dos usuários com o serviço e a busca de atendimento relacionado principalmente ao cumprimento da condicionalidade para o recebimento do Programa Bolsa Família (PBF).

“Tem grávida que vem fazer o pré-natal aqui, eu já peguei grávida que vem iniciar o pré-natal com 22 semanas, do meio pro final da gravidez que ela vem iniciar o pré-natal e só porque tem que conseguir fazer as seis consultas para receber o Bolsa Família e o auxílio natalidade do município. Ai eu acho que elas vem muito por interesse, nem todas estão preocupadas com o bebê” (Profissional de Saúde, UBS 1)

“Ai às vezes eu passo umas duas vezes para fazer a visita e a pessoa não tá em casa, ai eu encontro e digo: olha eu vou lá na sua casa amanhã, tenho que fazer o peso do Bolsa Família, e medir, fazer a avaliação. Aí eles não sai [de casa] porque fica com medo de perder o benefício” (Profissional de Saúde, UBS 3)

No entanto, os profissionais não fizeram uma análise crítica sobre a dimensão dada ao papel do PBF como um recurso de aproximação dos usuários com o serviço e as possíveis lacunas de atenção que podem contribuir para este processo de distanciamento. O conhecimento da realidade dos usuários e das necessidades de sobrevivência pode auxiliar à compreensão das equipes sobre as características do público atendido, buscando formas de não culpabilização das estratégias utilizadas para o atendimento, ao mesmo tempo, que facilita a criação do vínculo, necessário ao fortalecimento da perspectiva de promoção da saúde.

Neste sentido, destaca-se também que a criação de vínculo entre usuário e serviço depende ainda da confiança estabelecida com os profissionais, por isso, a postura no atendimento é crucial. O relato de alguns usuários sobre a falta de sigilo e privacidade no atendimento dificulta essa aproximação, principalmente em momentos que exigem certa intimidade/cumplicidade, exemplo do exame preventivo de câncer do colo do útero, pela maior exposição das usuárias.

Percebe-se que alguns profissionais das equipes da ESF estudadas ainda não incorporaram a perspectiva da mudança assistencial, proposto pela atenção primária, onde é necessário oferecer um acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários. A materialização desta atenção implica na busca da garantia de cidadania aos usuários que procuram o serviço de saúde. Para tal, faz-se necessário, estudar o território de atuação para reconhecer as especificidades do público atendido.

Neste caso, destaca-se como características importantes dos usuários, ressaltadas nas entrevistas, mas que nem sempre são consideradas pelas equipes: alta vulnerabilidade socioeconômica e situações de insegurança alimentar, baixa escolaridade, realização de atividades laborais vinculadas à agricultura de

subsistência, exigindo esforço físico, o que pode explicar, os problemas de coluna relatados por vários usuários e a situação de moradia, sem rede de esgoto, saneamento básico e água tratada, o que pode ocasionar diversas enfermidades.

Outros três fatores interferem na procura e continuidade da utilização dos serviços pelos usuários: a acessibilidade geográfica, falhas na atenção relacionadas à falta de medicamentos e dificuldades na realização de exames e, por último, limitações da rede de atenção especializada. Em relação ao primeiro fator, verificou-se que grande parte dos usuários da UBS entrevistados moram distante tanto da UBS quanto da sede do município. Portanto, a barreira geográfica é uma realidade da zona rural, agravada pelo fato de que o transporte coletivo não é frequente e que a condição financeira dos usuários, nem sempre permite o deslocamento pago. Por isso, muitos relatam percorrer longas distâncias para ser atendido na UBS.

“Se eu moro longe? Nossa senhora, minha filha. É uma lonjura para chegar aqui, ando muito para chegar onde passa o transporte. É difícil, é sofrido porque a gente não tem dinheiro né? Aí as vezes a gente perde até a consulta”. (Usuária, UBS 1)

“No início muitas pessoas não vinham para consulta, então hoje conversamos com a equipe e deixamos dias específicos para os moradores de locais mais distantes da UBS. Ai eles vem de ônibus ou então no escolar, são atendidos e já voltam pela manhã mesmo. Ai acho que facilitou. Outra coisa que fazemos é aumentar também, quando precisa, lugares de demanda espontânea porque se chega assim, muito mal, podemos atender”. (Médico PMM)

Uma estratégia adotada pelos moradores das áreas rurais é a utilização de transporte escolar, que ao contrário do transporte público, apresenta, uma maior assiduidade. Por isso, os médicos entrevistados destacam que o conhecimento da realidade dos usuários motivou a adoção de estratégias que permitem a partir da organização da agenda, contemplar as necessidades dos moradores mais distantes, o que reflete numa maior quantidade de atendimentos por demanda espontânea ou definição de dias específicos para atendimento de moradores de áreas mais isoladas, buscando associar aos dias de transporte público.

Em relação ao segundo fator, sobre as dificuldades de acesso a medicamentos e realização de exames, houve diversas queixas por parte dos usuários e profissionais nas entrevistas.

“Acho que melhorou porque agora a gente já consegue se consultar, já tem uma médica, agora falta muita coisa né? Eu sou hipertenso, aí sempre tenho que comprar meu remédio, as vezes tento pegar aqui, mas falta muito” (Usuário, UBS 3)

Usuários e profissionais destacam que a falta de medicamentos é uma questão recorrente no município. Pacientes hipertensos e diabéticos relatam que frequentemente realizam deslocamento custoso da zona rural até à cidade para comprar os medicamentos prescritos. No entanto, nem todos os pacientes tem condições financeiras para adquirir a medicação, deixando assim de realizar o tratamento adequado para o controle da enfermidade crônica apresentada e prevenção de possíveis complicações. Os gestores entrevistados apontam que os recursos repassados para a compra mensal de medicamentos é insuficiente, por isso, priorizam a compra dos medicamentos mais utilizados no município. Apesar desta estratégia, permanece a dificuldade em garantir o acesso à terapêutica recomendada pelos profissionais de saúde.

No que diz respeito à realização de exames, tanto profissionais quanto usuários, afirmam que há falhas na prestação deste serviço. As usuárias grávidas apontam que, muitas vezes, o município não tem vaga para marcar exames de rotina para acompanhamento do pré-natal, por isso, realizam os procedimentos em clínicas particulares. No entanto, os profissionais reconhecem que a realidade econômica das usuárias impedem a utilização da assistência privada, deixando, portanto, de realizar os exames em tempo hábil para avaliação do desenvolvimento da criança. Nos casos dos usuários que conseguem realizar os exames solicitados, a queixa se relaciona à demora na entrega dos resultados, dificultando a utilização deste recurso pelo médico para a complementação do diagnóstico.

Por fim, a questão da limitada referência e contra referência também pode ser considerada um fator que contribui para reduzir a participação dos usuários nas ações das ESF estudadas. Muitas falas dos usuários destacam a dificuldade de agendamento de consulta com especialistas e que as vezes a utilização da UBS se configura como uma passagem burocrática para acessar a rede especializada de serviços. Por isso, alguns usuários não compreendem a ESF como uma estratégia de promoção de saúde, revelando uma crença cultural de que a atenção especializada tem uma resposta mais efetiva às suas demandas de saúde.

“Entreguei meu papel na regulação já faz mais de um ano, é longe, aí não dá para ficar lá perguntando, mas até hoje eles não marcaram a consulta com o médico da cabeça, porque a médica daqui disse que eu tinha que conseguir esta consulta”. (Usuária, UBS 2)

“Na minha unidade tem mais de dois meses que os usuários não tem como fazer um exame pelo SUS. As vezes a gente manda uma senhora, uma mulher que não tem como pagar uma ultrassom particular, e eles marcam com 32 semanas, a mulher tá quase pra ter o filho”. (Médico PMM)

“Na atenção básica, eu posso me esforçar em oferecer uma consulta de qualidade para o usuário, mas nem sempre a solução do problema da pessoa fica nas minhas mãos, eu vou precisar de exames complementares e de direcionar a pessoa para um especialista para a continuidade do atendimento, as vezes essa continuidade não acontece. Nunca vamos receber uma contra-referência de hospital daqui. E aí fica uma brecha muito grande porque o paciente não sabe explicar muita coisa porque esse especialista não explicou nada para ele. Só fez um receituário e indicou algum exame”. (Médico PMM)

Contudo, diversos usuários apontam uma alteração de compreensão a partir da atuação dos médicos do PMM. Neste caso, avaliam que a consulta médica tem resolvido várias demandas apresentadas. Por isso, a participação na UBS já não é motivada somente pela busca de encaminhamento, mas também para resolução de problemas, antes considerado da esfera da atenção especializada, não somente por desconhecimento das atribuições da APS, mas também devido a falta de médicos para compor as equipes da ESF. O quadro 1 traz uma síntese dos desafios na consolidação da atenção à saúde nas áreas rurais estudadas a partir das entrevistas com os atores chaves.

Quadro 1. Principais desafios a serem superados na atenção à saúde nas zonas rurais estudadas segundo a percepção dos atores chave entrevistados. Pará, 2015

Categorias	Gestores	Profissionais ESF	Médicos PMM	Representante do Conselho	Usuários
1. Falta de medicamentos	X	X	X	X	X
2. Dificuldades na marcação de exames e recebimento de resultados		X	X	X	X
3. Falhas na rede de serviços – dificuldades de acessar rede especializada	X	X	X		X
4. Rotatividade de profissionais das equipes			X		X
5. Carga horária insuficiente dos profissionais das equipes (20hs)	X		X		X
6. Dificuldades com transporte para realização de visitas domiciliares e transporte das equipes rurais	X	X	X		X
7. Dificuldades de estabelecimento de vínculo entre equipes e usuários		X	X		X
8. Falta de mapeamento das características e demandas do território de atuação das equipes		X	X	X	X
9. Barreiras geográficas que dificultam acesso dos usuários a UBS	X	X	X	X	X
10. Dificuldades econômicas dos usuários para comprar medicamentos, realizar deslocamentos e exames	X	X	X	X	X

Fonte: Dados coletados em campo

De forma resumida, percebeu-se que há uma convergência nos apontamentos dos atores chaves entrevistados sobre os desafios a serem enfrentados para a melhoria da integralidade da atenção à saúde no município estudado. Basicamente os apontamentos abrangem três grandes grupos: 1) falta de estrutura (exames, medicamentos, transporte e rede de referência e contra referência); 2) falhas no estabelecimento de estratégias pelos profissionais para aproximação e criação de vínculo com os usuários de forma que a referência seja a equipe e não somente o médico, potencializando uma atenção integral; 3) necessidade de aperfeiçoamento de recursos humanos, para melhor atuação das equipes da ESF, abrangendo cumprimento de carga horária, redução da rotatividade e realização de mapeamento do território para que a atuação esteja voltada às necessidades dos usuários. Isso ajudaria na compreensão das especificidades das

áreas rurais, por exemplo, as dificuldades econômicas e insegurança alimentar, as condições de moradia e as dificuldades para realizar deslocamento necessitando percorrer longas distâncias para ter acesso ao atendimento à saúde.

Quadro 2. Mudanças na atenção à saúde nas zonas rurais estudadas após a implantação do Programa Mais Médicos segundo percepção dos atores chave entrevistados. Pará, 2015.

Categorias	Gestores	Profissionais ESF	Médicos PMM	Representante do Conselho	Usuários
1. Melhoria da atenção à saúde	X	X		X	X
2. Melhoria no acolhimento		X			X
3. Maior interesse pelos problemas apresentados pelos usuários	X	X		X	X
4. Atuação mais resolutiva buscando resolver os problemas de saúde	X		X		X
5. Criação de vínculo com usuários	X	X	X	X	X
6. Continuidade da atenção e permanência na ESF	X	X	X	X	X
7. Melhor acompanhamento das doenças crônicas		X	X		X
8. Realização de atividades de educação em saúde	X	X	X		X
9. Maior aprovação de práticas relacionadas à alternativas terapêuticas			X		X
10. Criação de estratégias para o acesso dos usuários		X	X		X
11. Maior frequência na realização de visitas domiciliares	X	X	X		X
12. Redução de procura por serviços hospitalares	X				X
13. Maior participação dos usuários nas atividades da ESF			X		X
14. Melhor organização do fluxo de demanda e agenda de atendimentos		X	X		X
15. Melhor planejamento das atividades	X	X	X	X	X

Fonte: Dados coletados em campo

Em relação às percepções de mudanças ocorridas após atuação dos médicos do PMM, as falas dos entrevistados podem ser sistematizadas em três subgrupos. Um primeiro grupo destaca a existência de uma prática clínica diferenciada.

“Eu acho que a diferença é muita, nunca fui tratado assim, a médica é muito legal, se preocupa mesmo, pergunta é muito, aí a consulta demora. É bom, tô controlando minha pressão” (Usuária, UBS 4)

Os entrevistados avaliam positivamente o programa a partir de elementos como modo de acolhimento e qualidade da atenção. Para os usuários, os médicos cubanos são “*mais humanos*” uma vez que durante a realização das consultas são atenciosos, dialogam e buscam estratégias para criação do vínculo. Uma destas estratégias é a absorção e respeito às práticas adotadas no contexto cultural, compreendendo que a cultura influencia na busca dos cuidados de saúde. Desta forma, os usuários relatam que os médicos não os reprimem quando admitem a adoção de sistema informal de cuidado, relacionado à alternativas religiosas e utilização de remédios caseiros a partir de plantas medicinais.

No segundo subgrupo estão as questões relacionadas à permanência do médico na ESF.

“Para mim, é bom porque a médica tá ficando aqui na parte da manhã e da tarde, aí dá para mim ir pra roça e marcar a consulta mais para depois do almoço” (Usuário, UBS 3)

Os entrevistados destacam que a permanência no serviço possibilita a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários por um período mais prolongado, o que possibilita o conhecimento das necessidades particulares do público atendido, por exemplo, de flexibilização de dias/horários de atendimento, buscando contemplar usuários que trabalham na agricultura pela manhã ou então que residem em áreas rurais muito distantes. Tais estratégias contribuem não só para a criação de vínculos, mas também para a realização de atividades de médio prazo que possam auxiliar no processo de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde, aumentar resolutividade das ações e reduzir a procura por serviços hospitalares.

Por fim, no terceiro subgrupo estão as respostas associadas à realização da atenção primária.

“Porque o Mais Médico ele está todos os dias ele cumpre horário direitinho, faz visita realmente, ele faz o que preconiza” (Gestor da Secretaria de Saúde)

“Minha mãe já tem 87 anos, aí já vejo diferença né? O pessoal já passa mais fazendo as visitas, o médico vai na casa da minha mãe, antes era difícil, tinha que ficar indo lá dizer, aí hoje já tão vindo mais” (Usuária, UBS 3)

Para vários entrevistados, o sistema de saúde local permanece com uma lógica assistencial medicalizada e especializada, no entanto, a atuação dos médicos do PMM fortaleceu a perspectiva da atenção primária à saúde, a partir da realização de atividades de educação em saúde, planejamento das ações junto com a equipe e realização mais frequente de visitas domiciliares. Esse diferencial de cuidado tem possibilitado uma maior participação dos usuários nas atividades da ESF e também uma maior organização das demandas por atendimentos, reduzindo as filas de espera para consultas e aumentando a procura dos usuários por atividades de promoção da saúde.

Quadro 3. Desafios do Programa Mais Médicos segundo a percepção dos atores chave entrevistados. Pará, 2015.

Desafios apontados em relação ao Programa	Gestores	Profissionais ESF	Médicos PMM	Representante do Conselho	Usuários
Redução de recursos do governo federal para equipes com médicos do PMM	X				
Dificuldades na comunicação com médicos/ compreensão da língua		X			X
Preconceito em relação à atuação de médicos cubanos			X	X	X
Sustentabilidade do Programa	X	X	X	X	X
Dificuldade das equipes e gestores reconhecerem a importância do trabalho em rede com outras áreas			X		

Fonte: Dados coletados em campo

No que diz respeito aos desafios de implementação do PMM, os entrevistados abordaram alguns elementos importantes. Destaca-se que a preocupação sobre a sustentabilidade do programa foi unânime entre os entrevistados.

“A gente não quer que ela vai embora não, ela é muito boa. Tamo muito preocupados porque se esse mais médico acabar, a gente vai voltar a sofrer, já até fizemo uma passeata e secretaria disse que a gente não vai ficar sem médico” (Usuário, UBS 1)

“Eu vejo que o programa Mais Médico contribui para essa visão de médico, o profissional médico se humanizar mais, se colocar em igualdade com os outros profissionais da área de saúde. A gente está com uns três médicos recém formados e eu vejo que nessas

novas turmas de médico que tão formando já tá melhorando isso, que não deixa nada a desejar com os médicos intercambistas cubanos. Agora a questão da carga horária não, os brasileiros ainda fazem só pela manhã” (Gestor da Secretaria de Saúde)

Chama atenção o fato de que os gestores ressaltam a importância tanto do PMM para a assistência à saúde no município, uma vez que era recorrente a rotatividade de médicos nas áreas rurais, quanto a qualidade da atenção dispensada, fortalecendo a atenção básica. Apesar deste reconhecimento, nenhum dos gestores entrevistados afirma o desejo ou a intenção de renovação da adesão ao PMM. Uma das razões que podem explicar este fato é o destaque dado pelos gestores à perda de recursos financeiros ocasionados pelas equipes compostas por médicos do PMM. Para os gestores, todas as equipes deveriam receber o mesmo recurso, apesar de reconhecer que o governo federal paga a bolsa para o médico.

Para os usuários, além do desafio vinculado à sustentabilidade do PMM, destacam que no início apresentaram dificuldades para compreensão da “*língua do médico*”, mas que esta dificuldade foi amplamente reduzida devido ao tempo de atuação do médico na ESF, que possibilitou uma melhor aprendizagem da língua portuguesa. Além disso, afirmam que apesar das dificuldades com a língua, este não foi um fator de empecilho à comunicação, uma vez que os médicos repetiam diversas vezes a informação “*até entenderem*” ou então solicitavam auxílio de profissionais da equipe para garantir que os usuários compreendessem as informações repassadas.

Já os médicos do PMM destacam como principal desafio, a dificuldade de compreensão e reconhecimento de profissionais e gestores, do trabalho desenvolvido por eles na atenção básica.

“No início eu via a situação social de alguns pacientes e queria pensava em ajudar, ai passava na secretaria de assistência [social] para explicar a situação, porque sei que ajudaria a família a superar a situação social, tentando trabalhar em rede né? Mas percebi que essa atitude não era bem avaliada e que a secretária não gostava, parecia que tava fazendo algo errado, ai recebi uns conselhos e não passo mais” (Médico PMM)

Os médicos acreditam que falta uma compreensão mais aprofundada por parte do município sobre o papel da atenção básica e sobre a importância do trabalho em rede, que deve ser realizado não só nos diferentes níveis assistenciais

na saúde, mas também exige uma aproximação com profissionais de diferentes áreas que possam contribuir para a promoção da saúde. Destacam que o SUS tem uma concepção ampliada de saúde, e que para efetivá-la faz-se necessário promover uma articulação com outras políticas sociais, o que não tem ocorrido, por uma dificuldade de compreensão no nível da gestão.

Outra questão ressaltada pelos médicos é a influência que a polêmica gerada em torno do programa provoca na avaliação da atuação dos médicos e na confiança que a população tem no trabalho realizado.

“Penso que tem ainda uma resistência de profissionais, e as vezes tem pacientes que questionam, que falam: mas o outro médico do hospital me passou um medicamento diferente, ai parece que confia mais no outro” (Médico PMM)

“O hospital é bom mas tem uma médica lá que, meu Deus do céu, um dia fui lá com a minha mãe, minha mãe tava dando crise, a gente veio pra cá pro posto e o médico encaminhou, quando ela viu o papel e tava o nome do cubano, ela quase morre. Ela não queria receber. Meu Deus, ela falou um monte, que não ia receber casos mandados por esses médicos cubanos, que era pra gente voltar pra esse médico, ou então que podia ir pra Secretaria reclamar, deu nome dela e tudo. Ela não atendeu minha mãe. Aí tive que ir para o município vizinho”. (Usuária, UBS 4)

Admitem que no cotidiano enfrentam algumas dificuldades relacionadas ao preconceito e desconfiança em torno dos procedimentos médicos adotados. Relatam que alguns profissionais do município ainda não aceitaram a vinda de médicos estrangeiros e que alguns usuários demonstram uma certa resistência em aceitar a terapêutica estabelecida, principalmente quando esta diverge ou se diferencia de uma abordagem anterior realizada por médicos brasileiros. Apesar destes desafios, os médicos do PMM acreditam que os usuários tem respeitado e avaliado satisfatoriamente o trabalho desenvolvido e que os profissionais, aos poucos, tem compreendido a perspectiva de saúde e estratégias de trabalho utilizadas com intuito de fortalecer a atenção primária municipal.

Discussão

A análise sobre a implementação do PMM em ESF rurais do estado do Pará aponta uma melhora na atenção primária à saúde nestas localidades. Essa melhora

ocorreu tanto em relação ao aumento de consulta e melhorias na atenção à saúde quanto na ampliação do acesso aos serviços ofertados pela UBS a partir de estratégias mais equitativas adotadas no planejamento das ações realizadas.

Um dos desafios ressaltados pelos médicos do PMM está relacionado à concepção limitada de atenção primária e de promoção da saúde que impede uma articulação em rede no município. Ressalta-se que a defesa da concepção ampliada de saúde significa compreender que a promoção da saúde envolve atuação não só na política específica, mas articulação setorial com outras áreas que também tem efeitos sobre à saúde^{30,31,32}.

Outro desafio apontado pelos médicos do PMM diz respeito à resistência apresentada por alguns profissionais sobre a atuação de médicos cubanos. Realidade semelhante foi observada em experiências similares em outros países. A cooperação de Cuba na assistência à saúde é alvo de críticas, sendo questionada a competência clínica, a qualidade do atendimento e a linguagem dos médicos intercambistas, havendo resistência e protestos de categorias médicas contra a ação governamental^{33,34,35,36}. No entanto, estudos mostram as contribuições dos médicos cubanos para a melhoria dos serviços de saúde em países participantes da cooperação, inclusive no Brasil^{37,38,39,40,41,42,43}. Além disso, a pesquisa identificou que grande parte dos usuários e profissionais entrevistados avaliaram satisfatoriamente tanto o programa quanto a atuação dos médicos.

A alocação de médicos em áreas rurais do município foi avaliado como muito importante tendo em vista que tais áreas apresentavam ausências recorrentes e alta rotatividade destes profissionais nas equipes da ESF. Metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas e enfrenta dificuldades para o acesso adequado e equitativo a cuidados de saúde⁴⁴. No caso da população rural, a questão da escassez de profissionais para trabalhar nestas áreas bem como as barreiras geográficas que dificultam o acesso da população são relatados em diversos estudos^{33,45}. Por isso, geralmente os médicos cubanos são alocados em áreas rurais, distantes e remotas, ou seja, locais onde há dificuldades para provisão de médicos⁴⁶.

Observou-se que a população rural estudada vivencia uma acentuada vulnerabilidade social e de saúde, pelas dificuldades financeiras e também pela inadequada condição higiênico-sanitária, com ausência de serviços básicos como

saneamento e água tratada, além de acúmulo de lixo domiciliar. Esta é uma realidade apontada por outros estudos que abordam as condições de habitantes em áreas rurais^{47,48,49}.

No que diz respeito à atenção à saúde nas áreas estudadas, os resultados evidenciaram que ocorreram avanços numa dimensão técnico-assistencial, voltada à operacionalização das práticas de saúde e processos de trabalho. No entanto, um fortalecimento mais efetivo depende também de avanços na dimensão organizativa/gerencial, ou seja, reorganização das ações e serviços e estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços⁵⁰. A valorização da atenção básica depende de uma combinação de estratégias que passa pela organização tanto dos processos de trabalho, como também da organização dos níveis de complexidade para efetivar a continuidade da atenção.

Percebeu-se que a atuação do PMM tencionou uma disputa entre dois modelos assistenciais, um modelo curativo e outro modelo que reforça ações de promoção da saúde e prevenção de agravos^{32,50}. Os resultados indicam que muitos usuários tendem a valorizar os serviços especializados, voltado à utilização de tecnologia e consumo de medicamentos⁵⁰. No entanto, ainda que inicial, percebeu-se que a UBS tem deixado de ser uma etapa burocrática para acessar a atenção hospitalar ou uma procura de ordem curativa. Os usuários afirmam que a permanência dos médicos nas UBS estimulam a procura pelos serviços ofertados pela ESF.

Por outro lado, ressalta-se a necessidade de rompimento com a centralidade na prática médica e reforço à atuação em equipe, como preconizado pela atenção primária^{14,51}. Os resultados apontam que os médicos do PMM buscam reforçar o trabalho em equipe tanto no planejamento das atividades da UBS quanto na realização das visitas domiciliares e ações de educação em saúde, no entanto, permanece a procura dos usuários por consultas médicas individualizadas.

Uma das explicações para a permanência desta realidade é o limitado vínculo da equipe com os usuários, relatada em diversas entrevistas que apontam inadequações no acolhimento e também no atendimento dispensado aos usuários pelas equipes e a quantidade insuficiente de ações de educação em saúde. Portanto, as equipes de saúde da ESF devem intensificar as ações de diagnóstico em saúde nos territórios para o conhecimento das necessidades dos usuários.

Considerações finais

A investigação aponta que o PMM tem contribuído para o acesso das populações rurais à atenção primária à saúde. Há evidências de que tem ocorrido uma expansão de ações de promoção e educação em saúde. A questão central a ser problematizada pelo órgãos governamentais e também pelas instâncias de controle social nos municípios são as estratégias a serem adotadas para garantir a sustentabilidade dos avanços alcançados com o PMM, ou seja, faz-se necessário discutir políticas de cunho estrutural que fortaleça as ações governamentais de garantia de acesso com qualidade às ações de saúde pelos usuários das zonas rurais.

A redução das inequidades e o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde depende sobretudo da garantia do provimento de profissionais nas equipes das ESF rurais. Depende ainda do desenvolvimento de estratégias que busquem superar problemas recorrentes nos serviços de saúde na zona rural como as barreiras geográficas, a falta de medicamentos e de agendamentos de exames, as limitações da referência e contrarreferência e, principalmente, as fragilidades na rede de atenção.

Portanto, o fortalecimento da atenção primária à saúde nas zonas rurais estudadas e a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, dependem não só da atuação dos médicos do PMM, mas de uma aglutinação de saberes profissionais das equipes, respeito às práticas tradicionais de cuidados à saúde, uma articulação efetiva entre os vários níveis de cuidado e, por fim, a promoção de estratégias que contemplem necessidades específicas do público rural, garantindo a prestação dos cuidados à saúde a seus moradores.

Referências

1. Carvalho MR. Modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e integralidade. Estudo de Caso: a Área de Planejamento 3.1. Contribuição para sua distritalização, 1991. [Dissertação]. São Paulo; 1991.
2. Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde em Debate*. 1994; 44:35-38.
3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p.117-130.
4. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. *Saúde em Debate*. 2002; 26(60):37-61.
5. Starfield B. The hidden inequity in health care [editorial]. *Int J Equity Health*. 2011 Apr 20;10:15.
6. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*. 1998; 32(6):587-595.
7. Ferreira SC organizador. *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade* - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
8. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
9. Iturri JA. Acesso e integralidade da Atenção. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, [S.l.], 2014; 8(1): 85-90.
10. Travassos C, Monteiro de Castro MS. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
11. Sanchez RM, Cicoelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.
12. Travassos C, Martins M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. *Cad. de Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-98.
13. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM, organizadores. *Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte(MG): Coopmed; 1998. p. 11-26.
14. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
15. Vieira EWR. □ Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG); 2010.

16. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The Effects of Geography and Spatial Behavior on Health Care Utilization among the Residents of a Rural Region. *Health Services Research*. 2005; 40(1):135-156.
17. Kassouf AL. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural*. 2005; 43(01):29-44
18. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-702.
19. Travassos C, Viacava F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. de Saúde Pública* 2007; 23(10): 2490-2502.
20. Dolea C, Stormont L, Braichet, JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88:379–85.
21. Kruk ME, Johnson JC, Gyakobo M, Agyei-Baffour P, Asabir K, Kotha SR et al. Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. *Bull World Health Organ* [periódico na Internet]. 2010; 88(5): 333-41 [acesso em 04 de jan 2016]; Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>
22. Silva, AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48:122-8.
23. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(5): 726-732. [acesso em 04 de Fev 2016]; Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/106676>>
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
25. Almeida, FM, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciê Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 743-56.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
27. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013b. 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 (Online). Brasília, DF; 2013. [acesso em 18 de Marc 2016]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
28. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013. Institui o “Programa Mais Médicos” e dá outras providências.
29. Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2010.
30. Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA, organizadoras. Promoção da Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Campinas, SP: Saberes, 2012.
31. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciê Saúde Coletiva*.

2002;5(1):163-77.

32. Rabello LS. Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 228p.

33. Asante, AD, Negin J, Hall J, Dewdney J, Zwi AB. Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. *Human Resources for Health*. 2012; 10(10).

34. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi T, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, misión barrio adentro I: 2003-2006. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro,. 2014; 12(2):305-326.

35. Villanueva T, de Albornoz SC. Venezuelan doctors resent presence of thousands of Cuban doctors in their country. *Br Med J* 2008, 336(7644):579.

36. Feinsilver J. Cuban Medical Diplomacy: When the Left Has Got It Right. 2006. [acesso em 10 de Marc 2016]; Disponível em: <http://www.coha.org/2006/10/cuban-medical-diplomacy-when-the-left-has-got-it-right/Feinsilver>

37. Cuban News Headlines: Cuban doctors inaugurated new health services in Tuvalu a small Pacific island: Cuban News Headlines; 2010 [acesso em 08 de Marc 2016]; Disponível em: <http://www.cubaheadlines.com>

38. Mamu M. Cuban doctors bring ease to our hospital. Honiara: Solomon Star; 2008.

39. Fawthrop T. Impoverished Cuba sends doctors around the globe to help the poor. Sydney: The Sydney Morning Herald; 2006.

40. Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC no 005.391/2014-8.

41. Molina J, Suárez J; Cannon, LRC; Oliveira G, Fortunato, MA. O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 52:, 4-7.

42. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas. *Revista da ABPN*. 2015; 7(16): 28-51.

43. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS, 2015.

44. Rourke J. WHO Recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health* 2010; 10(4):1654.

45. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006; 11(4): 975-86.

46. Werlau, Maria C. “Cuba-Venezuela’s Health Diplomacy: The Politics of Humanitarianism,” *Cuba in Transition: Volume 20. Papers and Proceedings of the XXth Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*, Miami, Florida, July 29–31, 2010. [acesso em 10 de Fev 2016]; Disponível em: <http://www.ascecuba.org/c/wp-content/uploads/2014/09/v20-werlau.pdf>.

47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Banco de Dados Agregados (PNAD), 2011. [acesso em 20 de jan 2016]; Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp?o=3&i=P>
48. Costa CC, Guilhoto JJM. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestor. Eng Sanit Ambient. 2014; Edição Especial: 51-60.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2010. [acesso em 27 de fevereiro de 2016]; Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids2010.pdf>>
50. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba; 2006.
51. Giovanella L, Mendonça, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de programas na área de saúde deve contemplar as necessidades de toda a população brasileira e a avaliação destas intervenções podem subsidiar a tomada de decisões sobre melhores e mais efetivas políticas voltadas para a promoção da inclusão social e a redução das inequidades em saúde. Desta forma, a avaliação de programas traz tanto o benefício de contribuir para a transparência da atuação dos órgãos governamentais quanto de permitir dar visibilidade à percepção do público alvo sobre os resultados das ações.

Em nome disso, a presente tese realizou pesquisa avaliativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) em comunidades rurais e quilombolas com o objetivo de verificar as repercussões do programa na atenção à saúde no sentido de fortalecimento da atenção primária e de redução de inequidades em saúde. O PMM configura-se como uma estratégia adotada pelo governo brasileiro para reduzir o descompasso entre aspectos geográficos e disponibilidade de profissionais médicos. Por isso, o PMM busca proporcionar uma distribuição mais igualitária entre os serviços e interiorizar a atenção à saúde, garantindo assim o acesso à saúde de populações distantes dos centros urbanos e rurais, dentre elas, as comunidades quilombolas.

O PMM cobriu uma população de mais de 63 milhões de pessoas a partir da atuação nas equipes de Saúde da Família. Resultados da pesquisa apontaram que o PMM provocou mudanças operacionais na gestão da atenção básica no que diz respeito tanto a organização dos serviços e processos de trabalho quanto aos fluxos de demandas e articulação com a Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, tanto profissionais quanto usuários relataram a adoção de estratégias, principalmente de readequação de agenda e demanda espontânea, por parte da equipe da ESF buscando contemplar as necessidades dos usuários das zonas rurais.

Destaca-se como principais alterações após a implantação do PMM: a presença mais constante do profissional médico na UBS permitindo um melhor acompanhamento das doenças crônicas e maior continuidade da atenção, melhorias no acolhimento aos usuários e criação de vínculo, atuação mais resolutiva buscando resolver os problemas de saúde apresentados, aumento de atividades de educação

em saúde e de realização de visitas domiciliares. Além disso, as narrativas apontam uma escuta mais atenta às queixas dos usuários, uma maior participação dos usuários nas atividades da ESF, um melhor planejamento das atividades e uma maior organização do fluxo de demanda.

Por outro lado, vários desafios permanecem, necessitando serem superados para aumentar a qualidade da atenção à saúde nas zonas rurais e nas comunidades quilombolas, são eles: falhas na rede de serviços, alta rotatividade de profissionais das equipes da ESF rurais, falta de mapeamento das características e demandas do território de atuação das equipes e número insuficiente de profissionais para compor as equipes. Soma-se a isso, a falta de medicamentos, as dificuldades para marcação de exames, as dificuldades de acessibilidade por parte dos usuários aos serviços de saúde, devido principalmente as barreiras geográficas, as dificuldades com transporte e as condições socioeconômicas.

Chama atenção também o fato da atenção primária ainda está muito voltada para um cuidado individualizado e ambulatorial e centrada na figura do médico. Percebeu-se a necessidade das equipes das ESF se deslocarem com maior frequência para as subáreas rurais, tendo em vista que na maioria das vezes são os usuários que buscam os serviços na UBS. Geralmente a UBS localiza-se na área rural, no entanto, fica distante das subáreas atendidas, dificultando o acesso dos usuários. É importante destacar que os profissionais apontaram como justificativa para essa característica da atenção, as dificuldades com a garantia do transporte para realização de visitas domiciliares e ações de educação em saúde.

Em relação à atenção à saúde nas comunidades quilombolas, percebeu-se que além dos desafios apontados acima, que igualmente fazem parte da realidade deste grupo populacional, os quilombolas convivem ainda com os problemas advindos do racismo institucional, relatado por diversos entrevistados. Em suas narrativas, os usuários quilombolas destacam o tratamento diferenciado recebido nos serviços de saúde, mostrando que o racismo institucional faz parte também das estruturas do SUS e se materializa a partir da atuação dos atores sociais que operam a atenção à saúde.

Neste sentido, é importante o estabelecimento de iniciativas governamentais que busquem combater o racismo institucional que provoca desigualdades estruturais não só no campo da saúde, mas também em outras áreas como

educação e trabalho. É preciso reconhecer a importância do estabelecimento de políticas públicas de combate ao racismo nas instituições, apesar de ser um desafio à medida que o processo de marginalização dos negros ocorre geralmente de forma velada e difusa no interior das organizações a partir das diferenças de acesso aos serviços e oportunidades, levando a uma naturalização da discriminação.

Uma das estratégias que podem auxiliar no combate ao racismo institucional deste segmento populacional e que esteve fortemente presente nas narrativas dos usuários, é o pleito de UBS específicas nas comunidades quilombolas. Para os quilombolas, a UBS na comunidade sanaria a barreira geográfica para o acesso, mas também permitiria uma atenção mais contextualizada, onde os profissionais poderiam intervir a partir do conhecimento de suas demandas e necessidades. Além disso, para os usuários quilombolas, é fundamental uma atenção à saúde que reconheça e respeite suas crenças e práticas tradicionais de cura.

Desta forma, percebeu-se mudanças positivas provocadas pelo PMM no sentido de prover médicos para áreas rurais, quilombolas e remotas e alterações também na atenção à saúde, resultado tanto da permanência dos médicos quanto de alterações nos serviços de saúde buscando contemplar as diferentes necessidades dos usuários. No entanto, um aspecto a ser destacado é a necessidade de um maior alinhamento com o modelo de atenção primária à saúde, preconizado pelo SUS, que considere as diferentes necessidades dos usuários e também fortaleça estratégias de atenção em equipe, voltadas à promoção e prevenção. Percebeu-se avanços discursivos no sentido de fortalecer a atenção primária, mas é preciso a expansão das ações de educação em saúde bem como o deslocamento das equipes para as residências nas áreas rurais é fundamental.

Outra conclusão que me parece central é o reconhecimento de que os resultados da atenção primária são evidenciados principalmente à médio e longo prazo, por isso, um aspecto fundamental a ser debatido é a sustentabilidade dos resultados alcançados pelo PMM, bem como a permanência do próprio Programa. Uma ação nesta direção foi a prorrogação do PMM, por mais três anos, a partir de medida provisória assinada pela então presidente Dilma Roussef em 29 de abril de 2016. Além da prorrogação do PMM, ação importante para permanência desta iniciativa governamental, é importante discutir outras estratégias que busquem sanar

de forma estrutural e definitiva a ausência de profissionais de saúde na atenção primária nas áreas rurais e distante dos grandes centros.

No entanto, o Brasil vivencia um cenário de crise, principalmente política, onde a presidente Dilma Rousseff foi afastada e o vice-presidente Michel Temer assumiu interinamente a presidência. Neste contexto, percebe-se que a continuidade do programa, bem como a sustentabilidade dos resultados alcançados estão em risco, já que o presidente interino anunciou cortes orçamentários em vários programas sociais. Além disso, destaca que os programas sociais serão reavaliados em função de seus resultados, deixando dúvidas sobre o destino e perspectivas de continuidade do PMM. Ressalta-se, no entanto, recente publicação das Nações Unidas (UNDP, 2016) que inclui o PMM como uma das experiências de boas práticas internacionais em saúde, destacando a importância do programa para uma melhor distribuição dos médicos em todo o país e também para a redução das inequidades em saúde (207).

A partir dos resultados do presente trabalho, ainda que localizado em um estudo de caso, fica evidente que as comunidades rurais e quilombolas tem um acesso desigual ao Sistema Único de Saúde, devido à diversos obstáculos relacionados as barreiras geográficas, econômicas e também de organização dos serviços de saúde e que apesar dos avanços alcançados com a implantação do PMM, permanecem vários desafios. Em nome disso, fundamentado no princípio constitucional de que todos tem direito ao acesso igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, é imprescindível envidar esforços no sentido de garantir a integralidade da atenção aos usuários das áreas rurais e quilombolas, fortalecendo a inclusão social e a redução das inequidades sociais e raciais em saúde.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Development Programme - UNDP. Independent Evaluation Office of UNDP, Proceedings from the Third International Conference on National Evaluation Capacities, UNDP, New York, June 2014. UNDP June 2014. [acesso em 18 de fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://web.undp.org/evaluation/documents/nec/NEC-proceedings-2013.pdf>
2. Carvalho MR. Modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e integralidade. Estudo de Caso: a Área de Planejamento - Contribuição para sua distritalização. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP. Rio de Janeiro; 1991.
3. Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? Saúde em Debate. 1994; 44: 35-38.
4. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. (organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.
5. Giovanella L et. al. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Saúde em Debate. 2002; 60:37-61.
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj/IMS; Abrasco; 2001.
7. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de Construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Rev. Saúde Pública, 1998; 32(6): 587-95.
8. Ferreira SC (organizador). Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade - Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
9. Iturri JA. Acesso e integralidade da Atenção. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2014; 8(1): 85-90.
10. Travassos C, Monteiro de Castro MS. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
11. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260–8.
12. Travassos C, Martins M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Cad. de Saúde Pública, 2004; 20(Sup 2): 190-198.
13. Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM. (organizadores). Cadernos de saúde I. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte(MG): Coopmed; 1998; 11-26.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata, URSS. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência. Brasília: UNICEF; 1979.
15. Tomasi E, Fachini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil:

diferenças por modelo de atenção. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(11): 4395-4404.

16. Fausto MCR, Matta GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2007.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. [acesso em 20 de janeiro de 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

18. Maciel Filho R. Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde. (Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Preventiva, 2007.

19. Viana ALD, Dal Poz MR. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Informe Final. Série Estudos em Saúde Coletiva, 1998; 166.

20. Souza HM. Reforma da Reforma. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2002; 4: 2-3.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, 2015. [Acesso em 25 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

22. Andrade LOM, Barreto ICHC, Paula JB. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Catrib AMF, Dias MSA, Frota MA (organizadores). Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família. Campinas, SP: Saberes Editora; 2011.

23. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Oct 29(10): 1924-6.

24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*; 2010; 376: 1923-1958.

25. Miguelote VRS, Fortes MT, Fagundes M, Varella TC. Distribuição da Força de Trabalho: equidade e negociação. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; 18(2): 317-338.

26. Medrano TR, Díaz TT, Hoz GP. La formación de recursos humanos en salud necesarios para el mundo y os paradigmas vigentes. *Educación Médica Superior* 2012; 26(4):635-641.

27. Fernández AG. Reflexiones sobre Salud Pública Internacional. *Revista Cubana de Salud Pública* 2011; 37(4):372-379.

28. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde - 2006: Trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

29. Mercer H, Pozzio M. Estudio sobre disponibilidad y distribución de recursos humanos en salud en los estados partes del Mercosur. Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015.

30. Anderson T. Cuban Health Cooperation in Timor Leste and the South West Pacific. Special Report on South-South Cooperation; 2010.

31. Marimón Torres Nestor, Martínez Cruz Evelyn. La cooperación técnica OPS/OMS y el aporte de Cuba en la erradicación de la polio en Angola. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2009 Abr; 47(1).

32. Monje Vargas, JA. Salud de exportación. Economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires; 2014.

33. Aguirre V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud colectiva* 2008; 4(2): 221-238.
34. Briggs CL, Mantini-Brigg C. "Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. *Salud colectiva* 2007; (3):159-176
35. Andrade AL, Lima RSF. Brasil-Cuba e as Cooperações no Campo da Saúde: Acordo para o Desenvolvimento de Medicamentos Contra o Câncer e □Doenças Autoimunes. Observatório de Negociações Internacionais da América Latina, 2014.
36. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil; 1988.
37. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
38. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva*, 2006; 11(4): 975-986.
39. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88: 379-385.
40. Kruk ME, Johnson JC, Gyakobo M, Agyei-Baffour P, Asabir K, Kotha SR et al. Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. *Bull World Health Organ*, 2010; 88(5): 333-41.
41. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):693-705.
42. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro. (Online). 2009; 44: 13-24. [Acesso em 22 de novembro de 2015]. Disponível em: http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf
43. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. CREMESP, Demografia Médica no Brasil, v. 2/Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2013.
44. Nogueira RP. Mercado de trabajo en salud. *Conceptos y medidas. Educación Médica y Salud (Internet)* 1986; 20(4): 524-532.[acesso em 28 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-16631>.
45. Girardi S. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. *Estação de Pesquisa Sinais de Mercado. Núcleo de Saúde da Comunidade. (Internet)* 2010. [Acesso em 22 de dezembro de 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf>
46. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.o 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 13 Julho 2002; seção 1:36.
47. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. *Experiências inovadoras e lições aprendidas*. Brasília, DF: OPAS, 2015.
48. Garcia B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do

Programa e Evidências acerca de Seu Sucesso. São Paulo; Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, 2014. [acesso em 12 de dezembro de 2015]. Disponível em: http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et-al.pdf

49. Carvalho MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação. Dissertação - Universidade de Brasília; 2013.

50. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997.

51. Perpétuo IHO, Oliveira AC, Ribeiro MM, Rodrigues RB. A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. (Internet) 2009. [acesso em 17 de dezembro de 2015]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3065.pdf>.

52. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* (Internet) 2009; 9: 1060.

53. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(10): 777-782.

54. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(5): 357-363.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

56. Brasil. Presidência da República. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013(b). 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. (Internet) 2013. [Acesso em 02 de Janeiro de 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

57. Werlau MC. "Cuba-Venezuela's Health Diplomacy: The Politics of Humanitarianism," *Cuba in Transition: Papers and Proceedings of the XXth Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*, Miami, Florida, 2010; 20. [Acesso em: 16 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.ascecuba.org/c/wp-content/uploads/2014/09/v20-werlau.pdf>.

58. Entini CE. O Estado de São Paulo. Tocantins contratou médicos cubanos em 1998. 25 de agosto de 2013.

59. Portal da Saúde. Raio-x da saúde no Brasil. Ministério da Saúde, 2014.

60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial No 1.369, de 8 de Julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Diário Oficial União, 9 Júlio 2013; seção 1:49.

61. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos STR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* (Internet) 2015; 19(54): 623-634. [acesso em 5 de março de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300623&script=sci_arttext

62. Guimarães ASA. Racismo e Anti-Racismo no Brasil. *Novos Estudos CEBRAP* N.º 43, novembro 1995. [Acesso em 02 janeiro 2016]. Disponível em

http://novosestudios.org.br/v1/files/uploads/contents/77/20080626_racismo_e_anti_racismo.pdf

63. Guimarães ASA. Classes, raças e democracia. São Paulo: Editora 34; 2002.
64. Silva MN. O Negro no Brasil: Um problema de raça ou de classe?. Revista Mediações, 2000; 5(2):99-124.
64. Maio MC, Monteiro S.: Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. □ História, Ciências, Saúde, 2005; 12(2):419-46.
65. Hasenbalg C. Entre o mito e os fatos: Racismo e Relações Raciais no Brasil. In: Maio, MC, Santos RV (organizadores). Raça, Ciência e Sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996.
66. Cardoso FH. Capitalismo e Escravidão no Brasil Meridional. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1962.
67. Fernandes F.. A Integração do Negro na Sociedade de Classes. 2 Vol. São Paulo: Editora Dominus/USP; 1965.
68. Silva NV, Hasenbalg CA. Relações Raciais no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Rio Fundo Ed.; IUPERJ; 1992.
69. Telles EE. Cor de pele e segregação residencial no Brasil. Estudos Afro-Asiáticos, n.24, 1993.
70. Fernandes F. O negro no mundo dos brancos. SP: Global; 2007.
71. Santos JAF. Efeitos de Classe na Desigualdade Racial no Brasil. Dados – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 2005; 48(1):21 a 65.
72. Figueroa A. Contextualização conceitual e histórica. In: Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Caderno de textos básicos. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde; 2004.
73. Aguiar MM. A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. Cadernos de Pesquisa do CDHIS, 2007; 6/37: 83-88.
74. Munanga K. Negritude: usos e sentidos. São Paulo: Autêntica; 2009.
75. Moore C. □ Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte : Mazza Edições; 2007.
76. Moura C. Os quilombos e a rebelião negra. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.
77. Leite IB. Quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. Etnog. 2000;4(2):333-54.
78. O'Dwyer EC. Quilombos: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: FGV; 2002.
79. Rohde LSP. Comunidades quilombolas e o direito à saúde: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal. Florianópolis; 2008.
80. Schmitt A, Turatti MCM, Carvalho MCP. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. Ambient. soc., 2002; 10.
81. Almeida AW. Os quilombos e as novas etnias. In: Leitão (organizador.) Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais. São Paulo: Instituto Socioambiental; 1999.
82. Jacinto R, organizador. Imó. Panorama do pensamento negro brasileiro. São Paulo: Nefertiti; 2009.
83. Carril L. Quilombo, favela e periferia: a longa busca da cidadania. São Paulo:

Annablume, Fapesp; 2006.

84. Schwartz SB. Quilombos ou Mocambos. Dicionário da história da colonização portuguesa no Brasil. Verbo: Lisboa; 1994.

85. Rohrig-Assunção M. Quilombos Maranhenses: Liberdade por um fio. História dos quilombos no Brasil. São Paulo: Cia. das Letras: São Paulo; 1996.

86. O'Dwyer EC. Terras de quilombo: identidade étnica e os caminhos do reconhecimento. Tomo. São Cristovão, 2007;11.

87. Marques CE. Vinte anos da Constituição Federal Brasileira (1988-2008): algumas reflexes a respeito da categoria "remanescentes de quilombos". Teoria e Sociedade, 2009; 17: 176-201.

88. Sansone L. Racismo sem etnicidade. Rio de Janeiro, Pallas; 2004.

89. Arguedas AG. Território e identidade quilombola: uma reflexão sobre a emergência de novos sujeitos sociais e políticos no Brasil. Anais do VII Congresso Brasileiro de Geógrafos, 2014.

90. Da Dalt S, Brandão AA. Comunidades quilombolas e processos de formação de identidades no Brasil contemporâneo. Revista Univap, São José dos Campos-SP, 2011; 17(29).

91. Furtado MB. Cultura, Identidade e Subjetividade em uma comunidade quilombola: uma etnografia na comunidade Kalunga; Dissertação - Universidade de Brasília, Brasília; 2013.

92. Silva, SR, Nascimento LK. Negros e territorios quilombolas no Brasil. Cadernos CEDEM, V.2012; 3(1):23-37.

93. O'Dwyer EC. Terras de quilombo no Brasil: direitos territoriais em construção. In: Almeida AW et al. (organizadores). Territórios Quilombolas e Conflitos. Caderno de Debates Nova Cartografia Social. Manaus: UEA Edições, 2010; 1(2):41-48.

94. Fiabani A. Mato, Palhoça e Pilão. O quilombo, da escravidão às comunidades remanescentes (1532-2004). São Paulo: Expressão Popular; 2008.

95. Eugenio BG, Lima KD. A construção da identidade na comunidade remanescente quilombola do Tucum/BA. Poiésis, Tubarão. 2014; 8(13):203-222.

96. Brasil. Decreto n. 4887, de 20 de Novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 21 nov. 2003; 4.

97. Santos LM, Paes-Souza R, Pereira LL, Henrique FC, Soares MD, Barbosa DB et al. Aspectos metodológicos da Chamada Nutricional Quilombola. Cadernos de estudos: desenvolvimento social em debate [serial on the Internet] 2008;9:15-26.

98. Fundacao Cultural Palmares. Certidoes expedidas às comunidades remanescentes de quilombos. 2015. [Acesso: 11 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-06-2015.pdf>

99. Costa DM. Gênero e raça no orçamento municipal: um guia para fazer a diferença. Rio de Janeiro: IBAM/DES; 2006. 98. Fundacao Cultural Palmares. Certidoes expedidas às comunidades remanescentes de quilombos. 2015. [Acesso: 11 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-06-2015.pdf>

100. Silvério VR. Ação Afirmativa: Uma Política que faz a Diferença. In: Pacheco JQ, Silva MN (organizadores.). O Negro na Universidade. O Direito à Inclusão, Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2007.
101. Htun M. From 'racial democracy' to affirmative action: changing state policy on race in Brazil. *Latin American Research Review*, 2004; 39(1): 60-89.
102. Grin M. Políticas públicas e desigualdade racial: do dilema à ação. In: Monteiro S, Sansone L. (organizadores). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2004.
103. Medeiros CA. Ação afirmativa no Brasil: um debate em curso. In: Santos SA. Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad); 2005.
104. Jaccoud L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: Theodoro M (Organizador). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea; 2008.
105. Brasil, Lei 12.288/10. Estatuto da Igualdade Racial. Brasília, DF: Presidência da República; 2010.
106. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1): 77-93.
107. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
108. Brasil Ministério da Saúde. Portaria GM 992 de 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2009.
109. Araújo EM et al. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva* 2010;07 (40):116-121.
110. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade. Brasília: Funasa; 2005.
111. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 57-65.
112. Paixão JP et al. Contando vencidos: diferenciais de esperança de vida e de anos de vida perdidos segundo os grupos de raça/cor e sexo no Brasil e grandes regiões. In: Brasil. FUNASA. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a equidade. Brasília: Funasa; 2005.
113. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
114. Filho AMS. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
115. Batista LE, Werneck J, Lopes F. (organizadoras). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
116. Monteiro S, Maio MC. Saúde - Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil (1995-2006). In: Pinho OA, Sansone, L (organizadores). Raça: novas perspectivas antropológicas. Salvador:

Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA; 2008.

117. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999- 2001. Rev Saúde Pública. 2005; 39: 100-7.

118. IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília; 2011.

119. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendonza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, 2009; 25(11):2507-2516.

120. Batista EB, Volochko A, Ferreira CEC, Martins V. Mortalidade da População Negra Adulta no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a equidade. Brasília: Funasa; 2005.

121. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003. Saúde Soc. São Paulo, 2007; 16(2):87-102.

122. Martins AL, Tanaka ACD. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. Rev Bras Cresc Des Hum. 2000;10:27-38.

123. Torales APB. Qualidade de vida e Autoestima de comunidades quilombolas no Estado de Sergipe. Tese - Universidade Tiradentes. Aracaju; 2013.

124. Guerrero AFH. Situação nutricional de populações remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil. Tese - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2010.

125. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM (organizadores). Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2010.

126. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

127. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PND 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília; 2009.

128. Xavier E.C. O olhar das mulheres quilombolas sobre a atenção básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanas de Porto Alegre. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

129. Brasil. 8ª. Conferência Nacional de Saúde; 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (Acesso em: 08 fevereiro de junho de 2016).

130. Oliveira SKM, Silveira JCS, Pereira MM, Freitas DA. Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. Motricidade, 2012; 8(2):83-88.

131. Amorim M. et al. Avaliação das Condições Habitacionais e de Saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. Biosci. J. 2013; 29(4):1049-1057.

132. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Saúde em Debate. 2013; 37(99): 610-618.

133. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2007; 16(2): 111-124.
134. Andrade EC, Leite ICG, Vieira MT, Abramo C, Tibiriçá SHC, Silva PL. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011 Set; 20(3): 337-344.
135. Jesus VS, Freitas DA, Sousa ÁAD, Silva IS, Camargo CL, et al. Saúde da criança remanescente quilombola: uma retrospectiva bibliográfica. *EFDDeportes.com*, Revista Digital. Buenos Aires, 2014; 197.
136. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, 2010; 19(Supl. 2):109-120.
137. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(6):1835-1847.
138. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, 2007; 16(2):103-110.
139. Freitas DB, Silva JM, Galvão EFC. A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte* 2009; 30(2):89-105.
140. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antune SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. Rev. CEFAC*. 2011 Set-Out; 13(5):937-943.
141. Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(1):51-8.
142. Oshai CMA, Silva HP. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. *Congr Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 12:1426.
143. Cavalcante IMS. Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico. Dissertação - Universidade Federal do Pará; 2011
144. Vicente JP. Os remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? *Pediatria*, 2003; 26(1): 63-65.
145. Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS* 2010;12(2):155-61.
146. Carvalho AS, Oliveira SD. Prospects of food and nutritional security in the Tijuacu Quilombo, Brazil: family agricultural production for school meals. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):521-32.
147. Volochko A, Batista L. E. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde, São Paulo: GTAE – SESSP; 2009.
148. Brasil. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

149. Theodoro M (organizador). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea; 2008.
150. Braz RM, Oliveira PTR, Reis AT, Machado NMS. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2013; 37(99).
151. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, 2013; 37(99).
152. Arruti JM. Quilombos. In: Raça: novas perspectivas antropológicas. In: Sansone L, Pinho (organizadores). Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA; 2008.
153. Rodrigues V. Programa Brasil Quilombola: um ensaio sobre a política pública de promoção da igualdade racial para comunidades de quilombos. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, 2010; 15(57): 263-278.
154. Brasil SA, Trad LAB. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F. (Organizadoras). Saúde da população negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
155. Ministério da Saúde. Edital No 22, de 31 de Março de 2014. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Diário Oficial União. 01 de Abril de 2014; Seção 3:140.
156. Ministério da Saúde. Edital No 01, de 15 de Janeiro de 2015. Dispõe sobre a Adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Diário Oficial União. 16 de Janeiro de 2015; Seção 3:120.
157. Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach. Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press; 1993.
158. Dye TR. The policy analysis. Alabama: The University of Alabama Press; 1976.
159. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. Porto Alegre, 2006;16:20-45.
160. Labra ME. Política, processo decisório e informação. Trabalho elaborado para o Curso a Distância Gestão da Informação e Tecnologias em Saúde. ENSP/FIOCRUZ; 2002.
161. Tanezini TCZ. Parâmetros Teóricos e Metodológicos para Análise de Políticas Públicas. In: Ser Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social. Universidade de Brasília, 1998; 1(1).
162. Lopes CA. O processo de implementação das políticas públicas: o caso do Pronasci na Região Metropolitana da Grande Vitória. Dissertação – Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.
163. Ruas, MG. Políticas públicas Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012. [Acesso em: 22 de janeiro de 2016]. Disponível em: http://www.academia.edu/11259556/Políticas_Publicas_-_Maria_das_Graças_Rua.
164. GLOBO, O. O Brasil nas Ruas. O Globo, 2013 [Livro Eletrônico].
165. Sousa CM, Souza AA (organizadores). Jornadas de Junho: repercussões e leituras. Campinha Grande, EDUEPB; 2013.
166. Couto MP. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de

saúde no Brasil. Dissertação - Universidade Federal do Paraná, Curitiba; 2015.

167. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) (Internet) 2013; 17(47): 913- 926. [acesso em 08 de janeiro de 2016]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400012.

168. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cienc & Saúde Coletiva 2015; 20(11):3547-3552.

169. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória no 621, de 8 de julho de 2013 (a). Institui o Programa Mais Médicos' e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 9 Julho 2013; seção 3.

170 Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade no 5.035. (Internet) 2013.[acesso em 20 janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=m%E9dico&processo=5035>

171. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade no 5.037. (Internet) 2013. [acesso em 20 janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=m%E9dico&processo=5037>

172. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Parecer No 3451/2014 – ASJCONST/SAJ/PGR. Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.035-DF. Relator: Procurador-Geral da República Rodrigo Janot Monteiro de Barros. Brasília/DF, 28 de maio de 2014. [Acesso em: 22 janeiro de 2016]. Disponível em: http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_pdfs/texto_4556767%20-3.pdf.

173. Ministério Público Federal. Procuradoria Geral da República. Parecer No 3452/2014 – ASJCONST/SAJ/PGR. Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.037-DF. Relator: Procurador-Geral da República Rodrigo Janot Monteiro de Barros. Brasília/DF, 28 de maio de 2014. [Acesso em: 22 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4453685>

174. Conselho Nacional do Ministério Público. Audiência Pública sobre o Programa “Mais Médicos para o Brasil”. Notas taquigráficas, 2013. [acesso em: 11 de fevereiro de 2016]. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Noticias/2013/Arquivos/Encaminhamentos_-_CNMP_-_Mais_Médicos_Versão_Final_Revisada_1.pdf

175. Carvalho GL. Enfrentando paradoxos: a análise constitucional do Programa Mais Médicos como afirmação ao direito à saúde. Pouso Alegre, Minas Gerais; 2015.

176. Morais I, Alkmin D, Lopes J, Santos M, Leonel M et al. ornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Rev Esc Enferm USP 2014; 48(Esp2):112-120.

177. Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. Divulg. saúde debate 2014; 51:105-120.

178. Conselho Federal de Medicina. Nota de Conselho Federal de Medicina contra a importação de médicos cubanos, 21 de Agosto de 2013. [acesso em 12 de fevereiro de 2016]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097:para-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3

179. Garcia RC. Subsídios para organizar avaliação da ação governamental. Revista Planejamento e Políticas Públicas. IPEA. Brasília, 2001; 23: 7-70.
180. Ruas MG. Avaliação de Políticas, Programas e Projetos: Notas Introdutórias. Apostila ENAP. Curso de Aperfeiçoamento em Avaliação de Programas Sociais. Brasília; 2005.
181. Santos TMMG, Silva NS, Nogueira OLT, Vilarinho LM, Nunes GBL. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. Rev. Rene 2010;11(3):171-179.
182. Silva e Silva MO. Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora; São Luís, MA: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas direcionadas à Pobreza (GAEPP); 2013.
183. Minayo MCS (organizadora). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Rio de Janeiro; 2011.
184. Aguilar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes; 1994.
185. Matilda ÁH, Camacho LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20(1):37-47.
186. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (organizadora). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997; p. 29-47.
187. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad. Saúde Pública; 2002; 18(6).
188. Patton MQ. Utilization-focused evaluation: the new century text. 3ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1997. Rohde LSP. Comunidades quilombolas e o direito à saúde: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal. Florianópolis; 2008.
189. Minayo MC. Conceito de avaliação por triangulação de métodos – Introdução. In: Minayo MC et al (organizadores). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
190. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ (organizadores). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
191. Unicef. Guide for monitoring and evaluation. New York, 1990.
192. Silva MOS. Construindo uma abordagem participativa para avaliação de políticas e programas sociais. Universidade Federal do Maranhão, Brasil. Apresentado no Congress of the Latin American Studies Association, Rio de Janeiro, Brasil; 2009.
193. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
194. Prates LA, Scarton J, Barreto CN, Cremonese L, Possati AB, Ressel LB. O olhar feminino sobre o cuidado à Saúde da Mulher quilombola: Nota prévia. Rev enferm UFPE on line, 2014; 8(7):2194-8.
195. Minayo MCS, Assis S, Ramos de Souza E. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
196. Yin RK. Case study research: Design and methods. Newbury Park, CA: Sage; 1989.

197. Denis J, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA. (organizadora). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997: 49-88.
198. Cooper D, Schindler P. Pesquisa Qualitativa. In: Métodos de Pesquisa em Administração. Porto Alegre: Bookman. 2011; 172-189.
199. Trivinos ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. Ed. Atlas. São Paulo; 1998.
200. Demo P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. Campinas, SP; 2001.
201. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2010. [acesso em 27 de fevereiro de 2016]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids2010.pdf>.
202. Campos EA. A sintaxe pronominal na variedade afro-indígena de Jurussaca: uma contribuição para o quadro da pronominalização do português falado no Brasil Tese - Universidade de São Paulo; 2014.
203. Pereira, Carmela Morena Zigoni. Conflitos e identidades do passado e do presente: política e tradição em um quilombo na Amazônia. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília; 2008.
204. Soares, Luís Eduardo. Campesinato: ideologia e política. Coleção Agricultura e Sociedade. Rio de Janeiro: Zahar editores; 1981.
205. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1999.
206. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.
207. UNDP - United Nations Development Programme. United Nations Office for South-South Cooperation. Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development, maio de 2016. Acesso em: 01 de Julho de 2016. Disponível em: http://ssc.undp.org/content/ssc/library/publications/books/good_practices_in_south_south_and_triangular_cooperation_for_sustainable_development.html.

APÊNDICE

Apêndice A.

Relatos de entrada em campo no município do Pará

A pesquisa qualitativa exige uma descrição do campo, dos personagens e das narrativas. O intuito deste Apêndice será a de narrar os primeiros contatos, considerados importantes e estratégicos para a continuidade da pesquisa. Por isso, a ideia aqui é descrever a chegada no município, os primeiros contatos com a Secretaria de Saúde, com médicos do PMM, a primeira visita às quatro UBS rurais onde atuam os médicos do PMM e os primeiros contatos com a comunidade quilombola. Os relatos objetivam dar vida, ainda que sumariamente, aos cenários onde ocorreram a pesquisa de campo no município do Pará que originaram parte dos resultados expostos no trabalho.

Cheguei no município num domingo. Fiquei hospedada provisoriamente em uma pensão, mas no terceiro dia, fui para uma quitinete. Havia feito contato durante a semana com a Secretaria de Saúde e também com Núbia, participante chave que havia conhecido na visita ao município na primeira fase da pesquisa⁸. Núbia pertence à comunidade quilombola e foi ACS de saúde na comunidade durante vários anos, no entanto, devido a problemas pessoais passou a atuar na sede do município. Frequentemente visita os familiares que residem na comunidade quilombola e ao contatá-la se prontificou a me apresentar sua mãe, uma das lideranças e vice-presidente da Associação dos Moradores que poderia me auxiliar na aproximação com as demais famílias da comunidade.

No domingo à noite, já no primeiro dia de campo, Núbia foi à pensão e me levou para o barracão, localizado na praça da cidade, onde estava ocorrendo apuração da eleição para o conselho tutelar. Este primeiro contato foi importante porque conheci algumas pessoas “influentes” da cidade como os secretários de administração e educação e revi a Secretária de Saúde e a coordenadora de Atenção Básica, ambas faziam parte da comissão eleitoral. O Secretário de administração ao tomar conhecimento do tema da pesquisa, me disse que *“todos os médicos daqui deviam ser cubanos, eles atendem bem, examinam bem, e só pedem*

⁸ Buscando resguardar o anonimato dos participantes, optou-se por utilizar nomes fictícios.

exames quando precisa, eles economizam para o município". Fiquei no barracão por volta de duas horas e percebi que Núbia era bastante conhecida, me apresentou à alguns candidatos ao conselho tutelar e a moradores da cidade.

O segundo dia no município foi importante para negociar a entrada em campo na comunidade quilombola e também o deslocamento para a zona rural. Cheguei à Secretaria de Saúde e aguardei mais de uma hora para ser atendida pela Secretária. Enquanto aguardava, a recepcionista informou que ela estava em reunião e sugeriu que eu escrevesse um bilhete para ela entregar. Enviei o bilhete dizendo que era a pesquisadora de Brasília e logo depois, seu assessor, um enfermeiro, veio me perguntar se eu era do Ministério da Saúde e se iria avaliar o PMM. Respondi que era da universidade e que o tema da pesquisa era o PMM. Logo depois, fui recebida pela Secretária de Saúde, que estava acompanhada de mais quatro profissionais da Secretaria.

Apresentei a pesquisa e o enfermeiro indagou-me sobre que perguntas seriam feitas e a quem, se poderia ter acesso ao instrumental que seria utilizado e disse que caso eu não me incomodasse, ele gostaria de me acompanhar em alguns visitas à comunidade. Respondi que seria observação e entrevistas com roteiro e citei algumas das questões que seriam feitas, disse que não haveria problema suas visitas à comunidade. No entanto, é importante dizer que durante todo o trabalho de campo, ele não apareceu à comunidade e nem me perguntou sobre a pesquisa em encontroS posteriores na Secretaria de Saúde.

A Secretária disse que estavam com dificuldades com o transporte e me deu algumas alternativas: conversar com os enfermeiros das ESF para ir no carro com a equipe, caso houvesse vaga ou utilizar o ônibus escolar que saia da cidade por volta das 6 horas da manhã para ir à comunidade. Respondi que iria ver as possibilidades para o deslocamento. Perguntou-me quanto tempo ficaria no município, me deu boas vindas e me disse para ficar à vontade. Em relação ao deslocamento, durante o período de campo, usei carros das equipes, paguei mototaxi para ir à comunidade quilombola e várias vezes voltei para a cidade no final da tarde no ônibus escolar.

A tarde fui à residência onde morava os quatro médicos cubanos do PMM⁹. Estavam três, um estava de férias e retornaria às atividades durante a semana. Já me conheciam da primeira fase e fui muito bem recebida. Um dos médicos me perguntou se havia ido à Secretaria e se alguém falou sobre a atuação deles no programa. Percebi uma certa ansiedade e preocupação dos médicos com a avaliação da Secretaria. Justificou a pergunta dizendo que não tem retorno sobre o trabalho que desenvolvem, que só tem avaliação dos usuários que os avaliam positivamente. Posteriormente, durante a pesquisa de campo, foi possível verificar que a relação dos médicos do PMM com os enfermeiros é contraditória, algumas vezes cooperativa, outras conflituosa, já que os enfermeiros são os coordenadores da UBS e, geralmente só trabalham no período da manhã, o que para os médicos do PMM prejudica o atendimento aos usuários.

Outra questão relatada, neste primeiro momento, mas que foi alvo de inúmeras conversas posteriores, é a dificuldade de transporte para a zona rural. A Secretaria de Saúde estava com dificuldades para pagar os carros/motoristas terceirizados e, por isso, por diversas vezes, as equipes encontraram empecilhos para se deslocarem para as UBS na zona rural onde atuam. Os médicos estavam muito preocupados com esta instabilidade e principalmente com os prejuízos à comunidade, tendo em vista que, muitas vezes as visitas domiciliares foram suspensas por causa da ausência de transporte. Em relação à pesquisa, os três médicos foram muito solícitos e convidaram-me a ir às UBS rurais onde atuavam.

No terceiro dia de campo, fui à uma das UBS rural, a que atua na comunidade quilombola. Cheguei à Secretaria as 8hs e fui apresentada por um médico do PMM à enfermeira responsável pela UBS e ela me disse que poderia ir no carro da equipe, que tinha uma vaga, mas que nem sempre daria, tendo em vista que durante duas a três vezes por semana, o dentista fazia atendimentos e também ia no carro.

Ao chegar à UBS fui apresentada à alguns profissionais da equipe (técnica enfermagem, auxiliar e dois ACS de saúde). Me convidaram para ir a atividade que seria realizada numa escola sobre a Campanha de Hanseníase/verminose. A escola ficava a aproximadamente 10 km da unidade. Havia na escola umas 50 crianças, nem todas acompanhadas por seus responsáveis. Logo percebi que a equipe

⁹ Visando garantir o anonimato, será usado o masculino ao me referir a estes profissionais, apesar da equipe ser composta por três médicas e somente um médico.

precisava de ajuda no preenchimento das fichas das crianças para o enfermeiro realizar o exame e dar o comprimido. Tive dúvidas se deveria auxiliar ou se deveria apenas observar, mas resolvi oferecer ajuda à equipe e percebi que este gesto foi importante para minha integração junto aos profissionais. Durante o preenchimento das fichas me chamou atenção o fato dos responsáveis, majoritariamente mulheres, falarem muito baixo, não olharem para mim quando falavam e desconhecerem a série dos filhos. Por volta das 11:30 hs retornamos para a UBS e depois para a cidade, já que a equipe não trabalha no período da tarde, e a médica do PMM só voltaria das férias na outra semana. Retornei à esta primeira UBS outras quatro vezes para realizar entrevista com profissionais e usuários. Durante a pesquisa de campo, acompanhei a equipe em uma manhã à visitas domiciliares à comunidade quilombola e também participei do comando médico realizado também na comunidade.

No quarto dia, saímos novamente da Secretaria de Saúde no carro da equipe. Fomos eu, o médico do PMM e o enfermeiro. Conheci a segunda UBS rural, onde atuava outro médico do PMM. A UBS fica há 33 km da cidade com percurso de estrada de terra. Funciona em uma casa alugada, um local inadequado e com poucas salas para atendimento. Fui apresentada ao técnico de enfermagem e ao técnico administrativo. O doutor atendeu três gestantes. Fiquei na recepção conversando com uma usuária, que leva cerca de uma hora a pé para chegar à UBS. Disse que melhorou o atendimento com o médico cubano e que o número de fichas para marcação de consultas aumentou.

Observei que o técnico de enfermagem entrou duas vezes no consultório do médico para “apressar” o atendimento porque o motorista tinha que voltar à cidade para levar uma paciente para hemodiálise e que só tinha este carro e não poderia atrasar. Realmente o médico terminou os atendimentos mais rápidos e retornamos à cidade. O motorista deu carona para uma usuária que estava no nono mês de gestação e estava sentindo dor. Tinha 35 anos e era o seu décimo filho. Passamos no município vizinho para deixar a usuária na maternidade. Fato curioso é que no município existe um hospital com maternidade, mas realizam poucos partos por falta de infraestrutura, de acordo com Secretária de Saúde.

Percebi que a quantidade e qualidade do atendimento estava sendo influenciado pelo transporte, já que as vezes os médicos retornam à cidade ao meio

dia para o motorista resolver outras demandas da Secretaria. Durante o trabalho de campo, voltei outras duas vezes a esta segunda UBS para realizar entrevistas com usuários e profissionais e foi uma experiência muito interessante.

No quinto dia, voltei à UBS rural que atende a comunidade quilombola. Entrevistei dois ACS e um deles, levou-me de moto à comunidade para a primeira visita. Estava muito ansiosa para iniciar a pesquisa com os quilombolas e também com receio de que os moradores demonstrassem resistência em participar. Fui à casa da mãe de Núbia, uma das lideranças da comunidade, a sra Zarina, de 68 anos. Estava no quintal, junto com seu esposo, sua filha que havia acabado de chegar da roça, sua neta e sua bisneta. Me apresentei e ela disse que Núbia havia avisado que eu iria visitar a comunidade. Na verdade, já a conhecia da visita à campo para primeira fase da pesquisa, no entanto, não lembrava a fisionomia. Ela também se lembrou de mim e conversamos um pouco sobre os objetivos da pesquisa.

Percebi que o esposo da sra Zarina estava um pouco incomodado com a minha presença. Ele estava fazendo um cesto de palha. Elogiei o cesto, perguntei se poderia tirar foto e ele autorizou. Ele perguntou se eu gostava de roça. Ai falei que meus pais foram agricultores familiares, que trabalharam muitos anos em roçados e que eu era caçula de uma família de 15 filhos. O passado da minha família foi importante para a aproximação, porque ele mudou de comportamento e isso ajudou no estabelecimento de vínculos com os demais membros da família. Ele me mostrou os remédios que estava tomando para hipertensão e quando a sra Zarina disse que me levaria para conhecer algumas casas da comunidade, ele disse que eu iria gostar, para me sentir à vontade porque “o povo era dessa terra é muito bom”.

Eu e dona Zarina fomos à quatro residências. Em todas fomos recebidas por senhoras idosas (entre 65 e 70 anos) e somente uma delas, que já me conhecia da primeira etapa da pesquisa foi mais acolhedora. As outras três se mostraram muito desconfiadas com minha presença e somente após conversarmos sobre a comunidade, elas foram aos poucos falando sobre a situação de saúde da comunidade. A presença da senhora Zarina foi fundamental para entrada e permanência em campo, dificilmente conseguiria ganhar a confiança dos moradores, se ela não estivesse me acompanhado. Observei que as moradoras sempre falavam

primeiro sobre a situação de saúde sua ou da família, e a partir daí, abordavam as necessidades de saúde da comunidade.

Nesta primeira visita, duas das moradoras relataram o descontentamento com o atendimento da UBS, se queixaram da distância, da ausência de transporte público, e principalmente da forma como as pessoas da comunidade eram atendidas. Uma das moradoras afirmou: *“não me sinto bem lá não, eles não tratam a gente bem, e parece que é pior com nós daqui, acho que é porque a gente é quilombola. Ainda existe isso ne? A gente se sente discriminado, não sei direito porque eles faz isso”*.

Depois deste primeiro dia de contato com os moradores, me senti mais à vontade para realizar a pesquisa que ocorreu durante todo o mês de outubro e parte de novembro. Com exceção dos dias em que estava em visita às quatro UBS rurais onde atuavam o PMM, passei a maior parte do tempo na comunidade. Com o passar do tempo, fui me aproximando dos moradores e da rotina da comunidade a partir das visitas, das conversas na casa de farinha coletiva e da participação em algumas atividades de preparação da festa de todos os santos, maior festividade realizada pela comunidade.

Geralmente a Sra Zarina me acompanhava, mas algumas vezes ela não estava com disponibilidade e então fui à algumas casas desacompanhada. Senti a diferença porque apesar dos moradores serem educados e de vários já saberem sobre a pesquisa, mostravam-se menos receptivos e com certa desconfiança. No entanto, aos poucos, já me senti mais independente, andava na comunidade sozinha e desenvolvia a observação e também entrevistas com moradores, ou melhor, com moradoras. Essa é uma observação importante à medida que percebi que as mulheres da comunidade ficavam incomodadas, ou talvez, enciumadas quando estava conversando com os seus companheiros. Por isso, adotei como estratégia, estar acompanhada da Sra Zarina para conversar com os homens ou então, convidar as esposas para darem sua opinião sobre os temas discutidos.

À medida que a pesquisa avançava fui estreitando os vínculos com alguns moradores que me indicavam casas e pessoas para conversar e, ao mesmo tempo, as conversas foram fluindo melhor. Os moradores passaram a relatar, de forma mais natural, as situações de atenção à saúde no município, abordando as diferenças de tratamento na UBS, a insatisfação com os comandos médicos realizados na

comunidade, as reivindicações para a inauguração da UBS da área quilombola, as alternativas de tratamento informal (benzenção e remédios caseiros), as dificuldades para acessar os serviços de atenção básica e especializada e a avaliação sobre a atuação do médico do PMM.

Paralelamente às visitas à comunidade quilombola, retornei às duas áreas rurais visitadas anteriormente para realização de entrevistas com usuários e profissionais e também conheci e realizei investigação nas outras duas áreas com atuação do PMM. Minha primeira visita à terceira UBS rural ocorreu no 12^o. dia de campo quando já estava mais familiarizada com a dinâmica dos serviços de saúde no município. Fui apresentada pelo médico do PMM à enfermeira, a três técnicos de enfermagem e a três ACS que estavam na unidade. Neste dia e em outros dois dias que retornei à esta terceira UBS realizei entrevistas com usuários e profissionais e pude observar que há um maior entrosamento entre a equipe, fato evidenciado também nas narrativas dos entrevistados que elogiam o trabalho realizado e o espírito cooperativo entre os profissionais.

Por fim, no 16^o. dia em campo, fui à quarta UBS rural e retornei outras três vezes para realização de entrevistas. O médico do PMM relatou que a grande diferença da UBS para as demais que eu havia visitado era que a área de abrangência é muito maior, dificultando a realização de visitas domiciliares, pela grande quantidade de usuários da UBS. Nas entrevistas com os profissionais da equipe e também com usuários foi possível perceber que alguns usuários tem uma expectativa de que a UBS realize serviços de atenção especializada, que funcione numa lógica de plantão. O médico do PMM afirma que tem trabalhado juntamente com a equipe para promover ações de educação em saúde, de forma a mostrar a importância da atenção primária.

Concomitante à pesquisa na comunidade quilombola e as visitas as quatro ESF rurais, realizei entrevistas na sede do município com gestores da Secretaria de Saúde e com representante do conselho municipal de saúde. O representante do conselho fez uma avaliação muito positiva da atuação do PMM e relatou redução de reclamações dos usuários nas áreas de atuação do programa. Já em relação aos gestores, observei que há um comportamento ambíguo, ora ressaltando a importância e satisfação com os resultados do PMM, ora destacando as perdas financeiras para as equipes da ESF.

No último dia de visita a cada uma das quatro UBS de atuação do PMM, sinalizei a finalização da coleta de dados, agradei a participação dos profissionais e usuários e disponibilizei meus contatos, para caso houvesse dúvidas em relação à pesquisa. No caso da comunidade quilombola, percebi durante as visitas que os moradores não tiveram acesso aos trabalhos de monografia, dissertações e teses realizadas sobre a comunidade, por isso, fiz cópias destes trabalhos em CDs para deixar com lideranças e representantes da associação. Além disso, revelei fotos tiradas na comunidade e na festa de todos os santos e entreguei dois álbuns às lideranças. A entrega ocorreu na minha despedida, que coincidiu com o dia da reunião da Associação de Moradores. Durante a reunião, agradei a todos os moradores da comunidade pelo acolhimento, de forma sucinta relatei alguns achados da pesquisa, e entreguei os CDs e o álbum de fotografias, que decidiram que seriam expostas durante o evento do dia da Consciência Negra (20 de novembro).

Anexos

- A. Roteiro de Entrevista semiestruturada com médicos
- B. Roteiro de Entrevista semiestruturada com profissionais de saúde da ESF
- C. Roteiro de Entrevista semiestruturada com representante do Conselho de Saúde do município
- D. Roteiro de Entrevista semiestruturada com Gestor/Secretário de Saúde
- E. Roteiro de Entrevista com usuários das 4 áreas rurais
- F. Roteiro de Entrevista com usuários da comunidade quilombola
- G. Roteiro do Grupo focal com usuários
- H. Comprovante de Submissão do Artigo 4 à Revista Interface
- I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- J. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO A



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**ROTEIRO
Médicos do Programa Mais Médicos**

Data: ___/___/___

Entrevistado _____

Sexo e Idade:

Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

Formação profissional:

2. Queria que começasse falando o que tem significado para você participar do Programa Mais Médicos (PMM) nestes mais de dois anos de atuação
3. Me fale sobre o trabalho que desenvolve na unidade: Quantas horas você trabalha por dia? Como divide sua carga horária de trabalho? (Explore: atendimento ambulatorial, educação em saúde, formação, planejamento/reunião em equipe etc)
4. Quantos pacientes você atende em média, por dia?
5. Em média, quanto tempo você fica com cada paciente?
6. Você faz visita domiciliar? Quais são os desafios para fazer as visitas?
7. Qual sua avaliação sobre a situação de saúde e doença deste município?
8. Como é a situação de vulnerabilidade social da população? Isso compromete o desenvolvimento do seu trabalho? De que forma?
9. Qual sua avaliação sobre a organização dos serviços de saúde do município?
10. Como você avalia seu trabalho junto a equipe da Unidade que trabalha?
11. Como você avalia sua relação de trabalho com os gestores?
12. Quais são os obstáculos para a atuação na Unidade? Explorar: transporte, material de consumo, equipamentos.
13. Qual sua avaliação sobre a infraestrutura desta unidade e se ela está adequada para o desenvolvimento de seu trabalho. Explique.

Sobre o funcionamento da rede do SUS.

14. Pode me falar o que mudou da visão que tinha do SUS de quando entrou para agora?
15. Quais os principais desafios que percebe para a execução do SUS? (Rede, infraestrutura, relação/integração/ referencia e contrareferência/ encaminhamentos etc)
16. Quais os principais desafios de atuar em comunidades rurais?
17. Percebe que há demandas diferenciadas para moradores das áreas rurais? Quais?
18. Quando necessário, o paciente consegue fazer os exames que você solicita?
19. Quando necessário, o paciente recebe em tempo todos os medicamentos prescritos?

20. Você considera que o elenco de medicamentos disponibilizado nesta unidade é satisfatório em relação aos problemas de saúde dos pacientes atendidos nesta unidade?
21. Quando você encaminha o paciente para outro serviço ele tem sido atendido? Você tem esta informação?
22. O paciente retorna para nova consulta depois deste encaminhamento?
23. Você tem conseguido acompanhar seus pacientes com diagnósticos de doenças crônicas?

Bloco de questões para o médico que atua na UBS que atende a comunidade quilombola

24. Sua unidade atende usuários pertencentes à comunidade quilombola. Percebe diferenças nas demandas trazidas por este público? Quais? Por que?
25. Como é a situação de saúde desta população? Quais são as principais enfermidades trazidas por este público?
26. Acredita que o comando médico resolve a demanda de toda a comunidade? Explore.
27. Acredita que tenha havido mudanças no atendimento desta população após a sua chegada no município? Quais?

Sobre as expectativas e percepções sobre o Programa Mais Médico

28. (Diante de todos estes aspectos que você considerou) Como você avalia hoje o trabalho que está desenvolvendo nesta unidade de saúde?
29. O Programa Mais Médicos vem atendendo às suas expectativas?. Explique
30. Como você avalia as condições materiais para viver e se manter neste município? (tanto para os cubanos como para os brasileiros. Explore: habitação, alimentação, transporte etc)
31. Como foi a experiência de participar do curso de especialização/aperfeiçoamento? Conseguiu concluir? Teve dificuldades? O que melhoraria?
32. Quais as suas expectativas com relação à continuidade do programa Mais Médico e a sua permanência nele?
33. Melhoraria alguma coisa do programa?

ANEXO B



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO

Profissionais do ESF

Data: ___/___/___

Município: _____

Estado: _____

Entrevistado _____

Formação profissional:

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

1. Queria que começasse dizendo como é a situação de saúde no município?
2. Qual a sua avaliação sobre a organização dos serviços de saúde ofertados pelo município (atenção básica, hospitalar etc)
3. Que análise faz sobre a experiência do município em ter quatro médicos do MM atuando há mais de dois anos?
4. Quais as vantagens de ter o PMM no município?
5. Quais os desafios de ter o PMM no município? (financeiro? Língua?)
6. Quais as principais queixas que as pessoas fazem na Secretaria de Saúde? (exames, medicamentos, mais serviços, mais equipes, mais médicos, transporte, carga horária dos profissionais etc)
7. Na sua opinião o precisa ser aprimorado/melhorado na atenção à saúde no município?
8. Percebe mudanças no atendimento às áreas rurais a partir da chegada do médico do PMM? Quais?(quantidade de pessoas atendidas, na qualidade da atenção e no acesso, encaminhamentos à outros níveis de complexidade)
9. Quais as principais contribuições que o PMM está dando ao serviço de saúde do município?

Questões para profissionais que atuam na UBS que atende a comunidade quilombola

10. A unidade atende usuários pertencentes à comunidade quilombola?
11. Percebe diferenças nas demandas trazidas por este público? Quais? Por que?
12. Como é a situação de saúde desta população? Quais são as reclamações da comunidade?
13. Participa dos comandos médicos que ocorrem na comunidade? Acredita que ajuda a comunidade? O que precisa ser melhorado?
14. A comunidade quilombola era atendida antes da chegada do médico do MM? Se não, porque. Caso sim. Percebeu mudanças no atendimento após a chegada do médico? Quais?

ANEXO C



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO

Conselho Municipal de Saúde

Data: ___/___/___

Sexo e Idade:

Formação:

1. Há quanto tempo é conselheiro?
2. Pode fazer uma avaliação da situação de saúde no município.
3. Qual a sua análise/avaliação sobre os Serviços de Saúde ofertados pela Secretaria de Saúde para o município? (atenção básica, hospitalar, etc)
4. Acredita que a rotatividade de secretárias de saúde (gestores) prejudica a atenção à saúde no município?
5. Na sua opinião o precisa ser aprimorado na atenção à saúde do município? Quais as principais queixas que o conselho recebe? (exames, medicamentos, mais serviços, mais equipes, mais médicos, transporte etc)
6. Como é a relação da atenção hospitalar com os outros municípios?
7. No caso da atenção básica, o município recebeu 4 médicos do PMM. Qual a avaliação do programa?
8. O conselho já teve pauta específica sobre o PMM?
9. Nestes mais de dois anos de atuação do PMM, o que acha que mudou após presença dos médicos no município?
10. Como percebeu essas mudanças?
11. O conselho percebe vantagens de ter o médico do PMM? Se sim, quais?
12. Uma das médicas do Mais Médicos atende a comunidade quilombola (nome da comunidade). Sabe quais são as queixas dessa comunidade em relação à saúde?
13. Sabe como é a situação de saúde da comunidade quilombola?
14. Existe uma outra comunidade quilombola no município que não é atendida pelo PMM e sim por outro médico do município. Chegam queixas/reivindicações dessa comunidade para vocês? Quais?
15. No caso das comunidades quilombolas, recebe reivindicações sobre atenção à saúde? Quais? Discute no conselho?

ANEXO D



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO PARA GESTORES MUNICIPAIS

Secretário de Saúde ou Coordenador/responsável pela Atenção Básica à Saúde

Data: ___/___/___

Entrevistado:

Tempo no cargo:

Sexo e idade:

Profissão:

15. Queria que começasse falando um pouco sobre como é a situação de saúde no município?
16. Qual a sua avaliação sobre a organização dos serviços de saúde ofertados pelo município (atenção básica, hospitalar etc)?
17. Que análise faz sobre a experiência em ter quatro médicos do MM atuando há mais de dois anos no município?
18. Quais as vantagens de ter o Programa MM no município?
19. Quais os desafios de ter o Programa MM no município? (financeiro? Língua?)
20. Quais as principais queixas que as pessoas fazem na Secretaria de Saúde? (exames, medicamentos, mais serviços, mais equipes, mais médicos, transporte, carga horária dos profissionais etc)
21. Na sua opinião o precisa ser aprimorado/melhorado na atenção à saúde no município?
22. Percebe mudanças no atendimento às áreas rurais a partir da chegada do médico dos MM? Quais? (quantidade de pessoas atendidas, na qualidade da atenção e no acesso, encaminhamentos à outros níveis de complexidade)
23. Quais as principais contribuições que o programa Mais Médicos está dando ao serviço de saúde do município?
24. Ainda em relação a estrutura dos serviços de saúde e com base em alguns depoimentos da pesquisa, falar sobre:
 - Transporte/ambulância
 - Medicamentos: Por que falta?
 - Exames: troca, demora na entrega, não faz, raio-x
 - Hospital: faz poucos partos e encaminha a maioria das demandas para outro município

Sobre a ESF Rural de referência da Comunidade Quilombola:

25. A unidade de (nome da área) atende usuários pertencentes à comunidade quilombola de (nome da comunidade). Como avalia este atendimento? A comunidade reivindica outros serviços? Quais?
26. Por que na comunidade não tem ACS?
27. Na pesquisa houve relatos de mal atendimento na UBS de (nome da área) e preferência por serem atendidos no hospital ou no município vizinho (nome do município). Sabe porque isso ocorre?
28. Tem previsão para inauguração da Unidade de ESF de (nome da comunidade)? O que ainda falta?

ANEXO E



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO Usuários das ESF Rurais

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Cor
- 4) Como está a situação de saúde na área?
- 5) Como está o atendimento/os serviços de saúde na área?
- 6) As pessoas adoecem mais do que? Por que?
- 7) Você/Sr(a) tem alguma doença? Como trata/cuida? Toma remédio caseiro? Por que acha que tem essa doença?
- 8) Em que situações você acha que tem que procurar o Posto de Saúde? Que doenças cuida em casa mesmo? Com que?
- 9) Além de remédios caseiros/automedicação, tem alguém que reza que você faz ou que alguém faça em você para melhorar?
- 10) Quais doenças procura o hospital? Procura mais o hospital ou o Posto? Por que? Como é o tratamento quando procura o Posto?
- 11) Tem remédios que você toma ou dá para os filhos sem receita médica? Quais?
- 12) Procura pessoas para rezar/benzer quando tá doente? Para quais doenças? E resolve seu problema?
- 13) O que acha do atendimento no Posto de (nome da UBS) ? Por que?
- 14) O que acha do Programa Mais Médicos (PMM) que trouxe quatro médicos cubanos para atuar no município? Por que?
- 15) Já foi atendido pelo médico cubano? O que achou do atendimento? O que achou do médico?
- 16) Você percebeu mudanças no atendimento do médico ou nos serviços ofertados no Posto? Quais?
- 17) Passou medicamento? Comprou ou pegou na farmácia? Usa o remédio? Acha que está te ajudando?
- 18) Na comunidade não tem ACS por que? Recebe visita domiciliar?
- 19) Participa do comando médico quando vem aqui na comunidade? O que acha? Resolve seu problema?
- 20) Quando é consultada, passam exame? Consegue fazer? Pago ou no publico?
- 21) O que acha que precisa ser melhorado nos serviços de saúde aqui da área?

ANEXO F



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO

Usuários da comunidade quilombola

- 1) Nome
- 2) Idade
- 3) Cor
- 4) Tempo na comunidade
- 5) Como está a situação de saúde na comunidade?
- 6) Como está o atendimento/os serviços de saúde na comunidade?
- 7) As pessoas adoecem mais do que? Por que?
- 8) Você/Sr(a) tem alguma doença? Como trata/cuida? Toma remédio caseiro? Por que acha que tem essa doença?
- 9) Em que situações você acha que tem que procurar o Posto de Saúde? Que doenças cuida em casa mesmo? Com que?
- 10) Além de remédios caseiros/automedicação, tem alguém que reza que você faz ou que alguém faça em você para melhorar?
- 11) Quais doenças procura o hospital? Procura mais o hospital ou o Posto? Por que? Como é tratada quando procura o Posto? Acha que é trata de forma diferente por ser quilombola? Caso sim, como?
- 12) Tem remédios que você toma ou dá para os filhos sem receita médica? Quais?
- 13) Tem um curandeiro ou pessoa na comunidade que pode procurar quando está doente? Quem procura? E resolve seu problema?
- 14) Recebeu orientação de como cuidar da doença? Segue o que disseram?
- 15) O que acha do atendimento no Posto de (nome da UBS) ? Por que?
- 16) O que acha do Programa Mais Médicos (PMM) que trouxe quatro médicos cubanos para atuar no município? Por que?
- 17) Já foi atendido pelo médico cubano? O que achou do atendimento? O que achou do médico?
- 18) Você percebeu mudanças no atendimento do médico ou nos serviços ofertados no Posto? Quais?
- 19) Passou medicamento? Comprou ou pegou na farmácia? Usa o remédio? Acha que está te ajudando?
- 20) Na comunidade não tem ACS por que? Recebe visita domiciliar?
- 21) Participa do comando médico quando vem aqui na comunidade? O que acha? Resolve seu problema?
- 22) Quando é consultada, passam exame? Consegue fazer? Pago ou no publico?
- 23) Quando tem algo mais grave procura qual hospital? O que acha do atendimento neste hospital? Por que?
- 24) Quando se tornaram uma comunidade quilombola? Por que são quilombolas?
- 25) Sabe a historia da comunidade?

ANEXO G



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

ROTEIRO GRUPO FOCAL

Usuários quilombolas atendidos pelo Médico do Projeto Mais Médicos

Data: ___/___/___

Município: _____

Estado: _____

Número de Participantes: _____

Identificação da UBS:

- 1) Me fale sobre como é a situação de saúde na comunidade em que mora.
- 2) Quais são os principais problemas de saúde que vocês enfrentam?
- 3) Vocês já reivindicaram melhorias nas condições de saúde da comunidade? Foram atendidos?
- 4) Como é o serviço de saúde disponibilizado pelo município à comunidade?
- 5) Como avaliam a forma como são atendidos nos serviços de saúde do município?
- 6) Acredita que são atendidos de forma diferente por pertencer a uma comunidade quilombola? Como? Por que?
- 7) Gostaria que falassem sobre a chegada do médico do Programa Mais Médicos. Como foi?
- 8) Perceberam mudança no atendimento? Quais? (tempo de espera, tempo de consulta, tratamento, comunicação)
- 9) Recebem visita domiciliar? Recebiam antes do médico do PMM chegar?
- 10) O que vocês acham que ainda precisa ser feito para melhorar a atenção à saúde da comunidade?

ANEXO H

Interface - Comunicação, Saúde, Educação



O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e garantia da atenção integral à saúde: Estudo de Caso em zonas rurais na região amazônica

Journal:	<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Programa Mais Médicos, Rural, Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

ANEXO I



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

TELEFONE (061) 3107-1947E-mail: cepfs@unb.br<http://fs.unb.br/cep/>

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: *Programa Mais Médicos em Comunidades Quilombolas* que faz parte da Pesquisa Matriz “*Análise da efetividade da iniciativa Mais Médicos na realização do direito universal à saúde e na consolidação das Redes de Serviços de Saúde*”. Um dos objetivos desta pesquisa é avaliar o processo de implantação do Programa Mais Médicos em comunidades quilombolas e suas repercussões. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será por meio de entrevistas que serão gravadas e posteriormente transcritas para análise por pesquisadores experientes na metodologia qualitativa, quando ocorrerá a sistematização dos seus conteúdos.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Ministério da Saúde e CONASEMS, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Autorizo também a utilização do som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) na pesquisa. Meu som de voz pode ser utilizado apenas para análise por parte da equipe de pesquisa. Tenho ciência de que não haverá divulgação do som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Lucélia Luiz Pereira na Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-7505, no horário: 08:00hs às 1800h. Esta pesquisa foi Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947. Este documento foi elaborado em duas vias uma ficará com o pesquisador responsável e outra com você.

Brasília, de _____ de 2015.
Lucélia Luiz Pereira

_____, _____ de _____ de 2015.

Nome do/a Participante de Pesquisa (legível)
Pesquisa

Assinatura do/a Participante de

Assinatura da pesquisadora

ANEXO J – Parecer Comitê de Ética



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da implementação do "Projeto Mais Médicos para o Brasil"

Pesquisador: leonor maria pacheco santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21688313.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 399.461

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

O Brasil assistiu a um crescimento do número de médicos, porém o fenômeno foi marcado por profundas desigualdades tanto na distribuição geográfica como na inserção nos setores público e privado da saúde. Atualmente pelo menos 700 dos 5.564 municípios brasileiros não contam com nenhum médico em atividade. Em 8 de julho de 2013 foi publicada a Portaria Interministerial No 1.369, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta pesquisa quali-quantitativa tem como objetivos realizar uma avaliação ex-ante da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil; mapear a distribuição nacional dos médicos incorporados ao SUS pelo Projeto, segundo perfil epidemiológico e demanda estruturada dos municípios; analisar a evolução dos serviços de atenção à saúde prestados à população e o progresso de alguns indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária, nos municípios onde não havia médicos, num período de dois anos, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos; estudar a motivação e o grau de aderência dos profissionais estrangeiros ao Projeto; avaliar in loco das condições de infraestrutura de trabalho em municípios selecionados que receberam os médicos estrangeiros; investigar a aceitabilidade e repercussão do Projeto junto aos usuários do SUS, Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde e o gestor municipal nos municípios selecionados; analisar a forma e o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br





FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

conteúdo os marcos jurídicos e legais. A coleta de dados envolverá análises epidemiológicas de dados secundários referentes à linha de base e um período de seguimento de 24 meses; estudo de caso longitudinal com médicos selecionados na linha de base e que serão visitados em campo nos municípios onde estarão atuando até 24 meses após o início do Projeto; pesquisa documental para análise da estrutura normativa. É relevante planejar a avaliação ex-ante da implementação deste Projeto, considerando o estudo da linha de base e as repercussões da iniciativa, visando contribuir para o aperfeiçoamento desta política pública.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no período de 2013 a 2015.

Objetivo Secundário:

- 1 - Mapear nacionalmente a distribuição de médicos brasileiros, intercambistas e cooperantes incorporados ao SUS gradualmente, em função do Projeto, segundo perfil epidemiológico e a demanda estruturada dos municípios
- 2 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde prestados à população no âmbito da Atenção Primária após a implementação do Projeto nos municípios onde não havia médico
- 3 - Analisar a evolução de indicadores de internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população dos municípios onde não havia médico após a implementação do Projeto
- 4 - Analisar a evolução dos indicadores de serviços de atenção à saúde e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre a população, após a implementação do Projeto, empregando, como grupo controle, os municípios que continuarem sem médicos
- 5 - Analisar a motivação inicial da adesão dos médicos cooperantes ao Projeto
- 6 - Investigar o grau de aderência dos médicos cooperantes e a sua avaliação sobre as condições sociais, sanitárias e institucionais para o desempenho do trabalho pretendido ao Projeto e fatores determinantes, por meio de duas visitas de seguimento em municípios participantes que receberam



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 399.461

o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

7 - Avaliar in loco as condições de infraestrutura de trabalho em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso

8 - Investigar a aceitabilidade do Projeto junto aos usuários, Conselho Municipal de Saúde; profissionais de saúde locais e gestor municipal em municípios participantes que receberam o grupo de médicos cooperantes incluídos no Estudo de Caso.

9 - Analisar a forma e o conteúdo dos marcos jurídicos e legais do Programa e do Projeto

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar da pesquisador não referir riscos diretos, cabe salientar que deve haver cautela quanto ao sigilo, privacidade e confidencialidade nos procedimentos, salvo nas exceções previstas no protocolo de pesquisa.

Não há benefícios diretos aos voluntários. Há benefícios indiretos previstos, como o aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos solicitados pelo CEP-FS, em conformidade com as resoluções específicas. O TCLE está claro e em forma de convite. Todos os documentos estão devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br





FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 399.461

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária do CEP-FS reconhece a relevância do Protocolo de Pesquisa e encaminha pela aprovação do estudo.

BRASILIA, 18 de Setembro de 2013

Assinado por:
Natan Monsões de Sá
(Coordenador)



Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br