

MÁRCIA CRISTINA MARQUES PINHEIRO

PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
O que dizem os gestores municipais

BRASÍLIA, 2017

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

MÁRCIA CRISTINA MARQUES PINHEIRO

PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
O que dizem os gestores municipais

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

BRASÍLIA

2017

MÁRCIA CRISTINA MARQUES PINHEIRO

PROGRAMA MAIS MÉDICOS:
O que dizem os gestores municipais

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 28 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa – (presidente)
UnB

Profa. Dra. Noemia Urruth Tavares
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Elisandréa Sguario Kemper
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Mestre Sérgio Schierholt
Universidade de Brasília – UnB

Dedico este trabalho aos meus pais, Lucy e Ovídio, in memoriam, mas infinitamente vivos nos exemplos de força e retidão que iluminam e guiam a minha vida.

Aos meus irmãos Gina, Cádio e Vera que mesmo distante sempre estão perto e nunca me deixam esquecer que um Pinheiro “verga” mas dificilmente se quebra.

Aos meus filhos, Eduardo e Isabel, pilares de amor e compromisso que me sustentam e me alimentam a alma e a fé na vida!

AGRADECIMENTOS

Que alegria é chegar nesse momento!

Muitas vezes achei que não chegaria. Mas eu cheguei!

E por isso quero agradecer a todos que me apoiaram nesse caminho, muitas vezes tão sofrido e solitário.

Em primeiro lugar... sempre... aos meus filhos, Eduardo e Isabel, por compreender e aceitar minha ausência, chatice e falta de tempo e ainda assim me apoiar até o fim, cobrando e empurrando inclusive. Amo vocês!

Às minhas amadas cachorrinhas, Nina e Maya, que mesmo “abandonadas” por mim no cuidado e atenção devidos, NUNCA me largaram um minuto sequer e me fizeram companhia dias, noites e madrugadas sempre felizes simplesmente por estarem pertinho de mim. Vocês foram especiais.

À instituição Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que me possibilitou este momento, apoiando meus estudos e entendendo e permitindo minhas ausências, agradeço em nome do Mauro Junqueira, nosso presidente.

A cada um de meus colegas de CONASEMS a quem agradeço em nome do Nilo, nosso coordenador, obrigada a todos pela força, torcida e apoio. Em especial à Mônica, que me vendo quase desistindo, me deu um tranco e um roteiro que me ajudaram a seguir mais um passo. Obrigada querida!

Um agradecimento mais que especial, ao Dr. Ênio Servilha Duarte, o “nosso” amado e insubstituível Ênio, exemplo de ser humano. Obrigada por tantas horas de conversa, pela sua preciosa amizade, pelos seus conselhos de amigo, de pai, de colega, de chefe, de militante, obrigada pela sua companhia sempre serena, pelos recortes de jornal, pelos almoços no cólera, pelos livros, pela “herança” da papelada, pela confiança sempre. Obrigada Ênio, *“e o melhor, é que é verdade!”*, eu consegui, e você tem imensa parte nisso, pois muitas vezes segui em frente porque decepcioná-lo estava fora de questão. Obrigada!

À Profa. Maria Fátima de Sousa, minha doce orientadora, que me acolheu, ouviu e acalmou todas as vezes que eu pensei desistir. Obrigada por acreditar!

Ao querido Alcindo Ferla, que leu o que eu tinha quando eu não tinha nada e me convenceu de que eu tinha muito. Você é especial e sua amizade me enriquece.

A amiga querida, a competentíssima Odete Torres, que no último minuto ainda estava me mandando ler texto, que eu li e me ajudou.

Obrigada a todos, de coração!

*“Não somos, absolutamente, de perder o ânimo, para nossa ruína;
somos de manter a fé, para nossa salvação.”
(Heb, 10)*

*“Protagonistes cadascú en el seu món i a la vegada extres del món dels demés.
Tots entrecreuant-nos... Milers de vides, de centres de gravetat.
Milions de rastres, infinits plans de futur.”
(Pau Vallvé – Nou disc: “2010”)*

RESUMO

INTRODUÇÃO: No período maio de 2013 a maio de 2017 foram publicados 22 números da Revista CONASEMS, sendo ali identificados 20 textos com o descritor “Mais Médicos” – artigos, reportagens e entrevistas – em 15 números da Revista.

OBJETIVO: Analisar artigos, reportagens e entrevistas relacionadas ao Programa Mais Médicos publicados na Revista CONASEMS do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde no período de maio de 2013 a maio de 2017, visando identificar a percepção do gestor municipal em relação ao Programa em questão. reportagens e entrevistas relacionadas ao Programa Mais Médicos publicados na Revista CONASEMS do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde no período maio de 2013 a maio de 2017. **MÉTODO:** Pesquisa documental ancorada em uma metodologia de análise de conteúdo, a partir do conjunto de fundamentos que caracterizam o método e a metodologia, a matéria-prima coletada, os objetivos definidos e a experiência profissional da pesquisadora.

RESULTADO: Os resultados encontrados representam a percepção do gestor municipal da saúde sobre o Programa e a posição da instituição neste canal de mídia. A escolha e o desenrolar do percurso metodológico relaciona-se com a natureza do material (textos de revista), bem como com a facilidade com que ela permite trabalhar possibilidades a partir do encontro da vivência e reflexões da prática cotidiana da pesquisadora com o conteúdo teórico acadêmico da metodologia. A partir de uma leitura livre do material, uma primeira categorização intuitiva foi proposta e, posteriormente, como recurso de apoio na organização da análise de dados textuais, o *software* IRAMUTEQ, que trabalha a partir de uma análise quantitativa desses dados foi usado para a categorização do conteúdo.

CONCLUSÃO: De todas as possibilidades de análise ofertadas pelo *software* IRAMUTEQ, a Classificação Hierárquica Descendente, na qual se destacam as palavras, a frequência e relações entre elas, possibilitou “enxergar” um campo comum, apresentando por evidências correspondência com o exercício da categorização intuitiva e a partir da leitura livre do material. Com base no período estabelecido, no quantitativo de publicações da Revista CONASEMS e no quantitativo de textos identificados com o descritor "Mais Médicos" em 15 números da Revista, os resultados encontrados representam a percepção do gestor municipal da saúde sobre o Programa e a posição da instituição neste canal de mídia.

Descritores: Programa Mais Médicos. Atenção Básica. Formação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: From May 2013 to May 2017, 22 issues of the Revista CONASEMS were published, where 20 texts with the descriptor "More Doctors" - articles, reports and interviews - were identified in 15 issues of the Journal. **OBJECTIVE:** To analyze articles, reports and interviews related to the Most Medical Program published in the CONASEMS Journal of the National Council of Municipal Health Secretariats from May 2013 to May 2017, aiming to identify the perception of the municipal manager in relation to the Program in question. reports and interviews related to the Most Doctors Program published in the CONASEMS Magazine of the National Council of Municipal Health Secretariats from May 2013 to May 2017. **METHOD:** Documentary research anchored in a methodology of content analysis, based on the set of foundations that characterize the method and methodology, the raw material collected, the defined objectives and the professional experience of the researcher. **RESULTS:** The results found represent the perception of the municipal health manager about the Program and the position of the institution in this media channel. The choice and the evolution of the methodological course is related to the nature of the material (journal texts), as well as the ease with which it allows to work possibilities from the encounter of the experience and reflections of the daily practice of the researcher with the theoretical content methodology. Based on a free reading of the material, a first intuitive categorization was proposed and later as a support resource in the organization of textual data analysis, IRAMUTEQ software, which works from a quantitative analysis of these data was used for the categorization of the content. **CONCLUSION:** Of all the possibilities offered by IRAMUTEQ software, the Descending Hierarchical Classification, in which the words, the frequency and the relations between them are highlighted, made it possible to "see" a common field, presenting as evidence the correspondence with the exercise of intuitive categorization and from the free reading of the material. Based on the period established, in the quantitative publication of CONASEMS Magazine and in the quantitative number of texts identified with the descriptor "More Doctors" in 15 issues of the Journal, the results found represent the perception of the municipal health manager about the Program and the position of the institution on this media channel.

Descriptors: More Doctors Program. Primary Care. Training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	41
Figura 2 – Análise fatorial de correspondência a partir da Classificação Hierárquica Descendente.....	44
Figura 3 – Nuvem de palavras.....	45
Figura 4 – Análise de similitude.....	46
Figura 5 – Categorias identificadas no estudo e eixos do Programa Mais Médicos.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.	- Artigo
CES	- Câmara de Educação Superior
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
CIRHRT	- Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COAPES	- Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
Dr.	- Doutor
DSEI	- Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FCS	- Faculdade de Ciências da Saúde
FNP	- Frente Nacional de Prefeitos
GM	- Gabinete do Ministro
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
Inc.	- Inciso
IRAMUTEQ	- <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LC	- Lei Complementar
MEC	- Ministro da Educação
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
MP	- Medida Provisória
MS	- Ministério da Saúde
N.	- Número
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAB	- Piso de Atenção Básica

PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	- Política Nacional da Atenção Básica
Profa.	- Professora
PSF	- Programa Saúde da Família
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UnB	- Universidade de Brasília
USP	- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
A TRABALHADORA/PESQUISADORA.....	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS.....	21
1.1.1 Objetivo geral.....	21
1.1.2 Objetivos específicos.....	21
2 REFERENCIAIS TEÓRICOS	22
2.1 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	22
2.2 ESCASSEZ DE MEDICOS NO BRASIL	24
2.3 FORMAÇÃO DOS MEDICOS NO BRASIL.....	27
3 METODOLOGIA	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....	40
4.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....	43
4.3 NUVEM DE PALAVRAS	45
4.4 ANÁLISE DE SIMILITUDE	46
5 APONTAMENTOS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52

APRESENTAÇÃO

A TRABALHADORA/PESQUISADORA

Atuando há seis anos no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) responsável pelo acompanhamento da área da gestão do trabalho e da educação na saúde, na interlocução junto às Secretarias Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde (MS), o Programa Mais Médicos faz parte de meu dia a dia.

Mesmo sendo curto o período de tempo decorrido desde a formulação e lançamento do Programa – 2013 - até o momento – quatro anos – estudar o Programa é para mim uma oportunidade para um mergulho em quase duas décadas de vivência profissional em vários espaços de gestão da política pública de saúde em nosso país, nos quais venho participando de processos de discussão, formulação e implementação de políticas no campo interdisciplinar da gestão do trabalho e da educação na saúde.

A partir do lugar da gestão do trabalho e da educação na saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), minha atuação profissional sempre esteve ligada às discussões de questões relativas ao trabalho numa concepção de um trabalhador sujeito na construção da efetividade e eficiência do SUS. Uma visão do trabalhador como agente transformador de seu ambiente e suas práticas e não apenas uma mera peça na engrenagem da produção em saúde ou um tarefeiro executor de tarefas estabelecidas por outrem. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo vivo de trocas, corresponsabilização e comprometimento mútuos. E a Educação na Saúde, o campo da produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.

O ser humano e o pleno desenvolvimento de seus talentos e potenciais é o campo que me encanta e mobiliza, e em que eu acredito e busco apoiar por meio de meu trabalho. Não é por acaso que meu foco profissional tem sido o olhar para o trabalhador do SUS, seu desenvolvimento e valorização. A atenção à qualidade da formação desse trabalhador, para que esta seja potente para preparar pessoas para

cuidar de pessoas e responder às necessidades de saúde dessas pessoas, uma formação transformadora de práticas e que fortaleça o SUS, este tem sido o meu escopo de prática. Em 2004 fui apresentada a então aprovada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia potente para a transformação dos jeitos de discutir e fazer a formação e o trabalho em saúde.

No caso dessa política, a formação e o trabalho, nos encontros do cotidiano de serviços, ampliam a complexidade das articulações entre saberes e práticas, para além do ensino formal. A educação permanente em saúde propõe a articulação de saberes formais e a aprendizagem associada ao trabalho complexo, visando à solução de problemas no cotidiano da atuação dos trabalhadores, contribuindo assim para o desenvolvimento das capacidades profissionais.

O meu percurso profissional, é ele próprio um exemplo e uma ilustração para o conceito de educação permanente, que pressupõe a aprendizagem significativa, que proporciona o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Aprofundar a reflexão acerca de minha práxis a partir do encontro - entre o mundo do trabalho e o mundo da formação - foi o estímulo para buscar ao Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FCS/UNB). A escolha do objeto de pesquisa - Programa Mais Médicos – presente em meu cotidiano de trabalho – foi a oportunidade de a partir desse cotidiano, aprofundar a reflexão acadêmica e com ela, iluminar, rever e desenvolver minha prática profissional. Descortinar esse encontro, e mais, o trajeto até o encontro, reconhecer-me nesse percurso como uma trabalhadora-aprendiz-protagonista-buscadora do meu desenvolvimento humano-profissional foi também uma experiência de conforto e carinho próprios.

1 INTRODUÇÃO

Embrionário na década de 1970 na crescente articulação de secretários municipais de saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) nasce do movimento social em prol da saúde pública e se legitima como uma força política de representação das secretarias municipais de saúde do país. Desde 1988 atua na luta pela consolidação de um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçada em conceitos como descentralização e municipalização, defendendo a gestão democrática para a saúde, estimulando a autonomia aos municípios e reivindicando um papel que não fosse o de meros coadjuvantes, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Defendeu de forma incondicional que o sistema público de saúde seria mais eficaz à medida que os municípios deixassem de ser somente executores de ações, e assumissem também o papel de formuladores de políticas públicas. Como artífice de um plano de inclusão social, o CONASEMS passou a auxiliar os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus respectivos sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica. Hoje tem seu espaço político e sua luta reconhecidos nas instâncias federais, incluindo na pauta de discussões da saúde grandes temas de interesse como financiamento público, recursos humanos e defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde (CONASEMS, 2017, n. p.).

Falar de políticas públicas de saúde no Brasil, assim como falar do SUS nos leva inexoravelmente a uma constatação: a atuação sempre presente dos municípios nos espaços de discussão das políticas sociais como propositores de políticas marcadas pelo compromisso com as necessidades e demandas da população. Desde a sua fundação vem ampliando sua participação e potencializando a atuação dos municípios como agentes políticos legítimos nesses espaços. Para além da agenda política, relativamente ao conteúdo e à implementação de políticas para a saúde e, em particular, para o SUS, o CONASEMS atua no desenvolvimento do trabalho de gestão, fomentando a produção de modelagens tecnológicas que articulam conhecimentos, políticas e a experiência singular da gestão local, que é fonte de vitalidade do SUS desde suas origens. Em que pese a dificuldade de orquestração do complexo pacto federativo instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988, é reconhecido o avanço que a

diretriz de descentralização produziu em termos de expansão de serviços e a organização dos sistemas locais de saúde (MENICUCCI, 2009).

No Brasil, ainda que com todas as fragilidades de um processo de descentralização inconcluso, a organização da Atenção Básica se dá com o mais alto grau de descentralização e capilaridade para que aconteça o mais próximo possível da vida das pessoas. Ela deve ser a principal porta de entrada para o sistema e o centro de articulação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Daí a importância dos princípios orientadores da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social na sua organização.

Em 2011, alçada à condição de prioridade de governo, a Atenção Básica teve os principais desafios para o seu desenvolvimento identificados e entre eles “a necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica”.

Em 2012 a Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) lançou uma campanha para pressionar o Governo Federal intitulada “Cadê o Médico?” cujas chamadas eram: “A Frente Nacional de Prefeitos quer saúde pública de qualidade em todos os municípios do país” ou “Prefeitos pedem ações imediatas para a contratação de médicos formados em outros países”.

Soma-se a isso o cenário político efervescente de meados de junho de 2013 e temos por fim a edição da Medida Provisória (MP) n. 621, em 08 de julho de 2013, e o lançamento do Programa Mais Médicos, em sintonia com as estratégias de desenvolvimento e qualificação da Atenção Básica no Brasil, e em resposta às reivindicações, tanto dos prefeitos que há muito clamavam por iniciativas governamentais de apoio nessa área e agora da população que saía às ruas pedindo por “Saúde padrão FIFA”.

Portanto, o Programa Mais Médicos foi uma resposta do governo federal ao clamor das ruas assim como dos prefeitos e secretários municipais de saúde que, vivendo no seu cotidiano as imensas e urgentes necessidades de contratação de médicos para o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de todo o país, em especial nas periferias das grandes cidades e nos municípios do interior, se mobilizaram.

A partir daí, em 22 de outubro de 2013, a MP n. 621/2013 é votada e aprovada, e o Programa Mais Médicos é instituído pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. O Programa em seus três eixos é capitaneado pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhorias do atendimento no SUS, com objetivo de acelerar os investimentos em infraestrutura em unidades básicas de saúde e ampliar o número de médicos nas regiões carentes desse profissional em todo país, especialmente os pequenos e pobres municípios do interior e as periferias das grandes cidades. Desde a implantação do Programa, já são cerca de 18.240 profissionais atuando em unidades básicas do Sistema Único de Saúde, aproximadamente 4.058 municípios atendidos (73% dos municípios brasileiros) e os 34 distritos de saúde indígenas. O Programa enfrentou de forma inequívoca a insuficiência ou mesmo ausência desses profissionais nas periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, comunidades quilombolas indígenas e assentadas, sertão nordestino, populações ribeirinhas, entre outras, que nunca contaram ou não conseguiam fixar médicos.

A população diretamente beneficiada é de cerca de 63 milhões de brasileiros e vale destacar que 100% da demanda dos municípios mais vulneráveis apresentada inicialmente ao Ministério da Saúde (MS) foi atendida. São 1.473 municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e muito baixo ou com 20% ou mais da população em situação de extrema pobreza atendidos pelo programa.

O Programa é muito mais que o eixo de provimento, em caráter temporário e excepcional, por meio da contratação de médicos, estrangeiros inclusive, com foco nos municípios de maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Ações para a ampliação de cursos e de vagas para a formação de médicos no Brasil e também ampliação de vagas de residência, estão contempladas no Programa, no eixo formação. Assim, espera-se, em alguns anos, o país poderá contar com profissionais médicos em quantidade e com qualificação adequadas ao atendimento das necessidades de saúde de nossa população, identificadas pelo Sistema Único de Saúde.

Na perspectiva da gestão municipal, o Programa Mais Médicos veio ao encontro de antigas reivindicações para a Atenção Básica relacionadas ao financiamento, uma vez que o programa abriu uma linha de financiamento para a

melhoria da infraestrutura das UBSs, assim como para a questão do provimento de profissionais, já que o pagamento da bolsa-formação é feito diretamente ao profissional pelo MS e descontado do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável – do município. Esse sistema de pagamento conferiu segurança aos profissionais que aderiram ao programa e também permitiu estabelecer um valor de mercado para a remuneração desse profissional em todo o Brasil.

A mudança de realidade na atenção básica dos municípios que aderiram ao programa começa com o aumento real na cobertura da população pelas equipes de saúde da família, que com o programa passa a dispor do profissional médico trabalhando 40 horas na semana, realidade até então, pouco encontrada. A partir dessa mudança de cobertura, as mudanças na situação de saúde e indicadores de saúde da população desses municípios foi consequência.

Desde a CF de 1988, em seu art. 196, que inscreveu o direito à saúde como, *in verbis*:

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Nesses 27 anos temos vivido a árdua tarefa cotidiana de construção do nosso sistema público de saúde: o SUS. Uma das diretrizes organizadoras do sistema é a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”. Apesar de ser uma diretriz organizadora do Sistema, percebe-se, no dia a dia da gestão do SUS, que a descentralização, que para os partidários da municipalização, deveria ter vindo acompanhada de uma maior autonomia do município, avançou em partes.

Nas últimas décadas, observamos uma expansão significativa do setor Saúde:

[...] em 1980, havia apenas 18.489 estabelecimentos de saúde e 573.629 empregos de saúde; em 2009, os números passaram para 94.070 estabelecimentos (52.021 públicos) e os empregos de saúde saltaram para 1.993.970 (IBGE/AMS/2009).

Esses números são ainda mais expressivos na rede pública municipal, demonstrando a descentralização dos serviços: em 1980, essa rede contava 2.712 estabelecimentos e 43.086 empregos de saúde, e em 2009 passou para 49.753

estabelecimentos (95% dos estabelecimentos públicos de saúde) e 684.453 empregos, 34,33% do total de empregos de saúde do país, públicos e privados.

Com a crescente descentralização dos serviços e conseqüentemente da força de trabalho desses serviços, coube ao gestor municipal a responsabilidade cada vez maior de equacionar as questões do cotidiano do trabalhador – desenvolvimento e valorização profissional - e do trabalho – provimento e fixação - fundamentais para que o SUS esteja fortalecido e garanta o devido acesso a uma oferta de ações de saúde de qualidade. Muitos são os problemas relacionados à gestão do trabalho e da educação no SUS: a formação na saúde desconectada da realidade e necessidades do SUS, o desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais de saúde, a má distribuição e a dificuldade de fixação, condições inadequadas para o trabalho e vínculos precários. Esses problemas agravam e fragilizam a gestão do trabalho e da educação na saúde e refletem diretamente na qualidade da atenção à saúde prestada aos cidadãos, usuários do SUS. Os desafios a serem superados são muitos e a dívida com os trabalhadores do SUS é enorme e antiga.

Nos 27 anos de implantação do SUS, várias foram as iniciativas do governo federal de interiorização e fixação de profissionais da saúde assim como de propostas de mudanças curriculares na formação desses profissionais como estratégias para a superação dos problemas relacionados à formação, distribuição, provimento e fixação de profissionais de saúde, principalmente os médicos.

A Carta Magna, em seu art. 200, inc. III, determina que “compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”;

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 27, preconiza, *in verbis*:

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O direito à saúde inscrito na CF de 1988 e o SUS regulado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Leis n. 8.080/1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – já são “maiores de idade”, respectivamente 29 e 27 anos, e ainda não tiramos do papel

as determinações legais acerca da gestão do trabalho e da educação para aquele que é o maior responsável pela existência e sobrevivência do SUS, o trabalhador da saúde.

Fica cada dia mais claro para a gestão do SUS, nas três esferas de governo, a importância da descentralização efetiva, organizada e capaz de responder às demandas crescentes da população por serviços de saúde. Também são evidentes as consequências do processo de descentralização, como ele vem se dando até aqui – claudicante, tutelado e pouco autônomo, subfinanciado e por vezes meramente burocrático – com a finalidade única, e por isso frágil, de apoio à implementação e acompanhamento de políticas de saúde, que nem sempre coadunam com as singularidades das necessidades de saúde, tão diversas e multifacetadas, quanto são as regiões e povos no território brasileiro

Nesse sentido a importância desse estudo para que possamos explorar um pouco mais o que expressam os gestores municipais da saúde em suas falas acerca do Programa Mais Médicos, um programa que em seus três eixos de atuação – provimento, infraestrutura e formação – e mudou a situação da Atenção Básica nesses quatro anos de implantação.

Conhecer a percepção dos gestores e quiçá algumas sugestões para a sustentabilidade do programa foram os estímulos para este estudo.

Atualmente, o SUS e todas as políticas sociais vivem um momento bastante delicado, portanto é muito importante conhecer nossas fragilidades e potencialidades para nos organizarmos na busca de superação de obstáculos visando sempre o fortalecimento e a construção de legitimidade e reconhecimento do SUS pela população.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as falas dos Secretários e Secretárias Municipais de Saúde acerca do Programa Mais Médicos expressas na Revista CONASEMS no período maio de 2013 até maio de 2017.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever o conteúdo sobre o Programa Mais Médicos publicado na Revista CONASEMS no período maio de 2013 até maio de 2017;
- Inter-relacionar os conteúdos encontrados na revista segundo as diretrizes do Programa Mais Médicos; e
- Contribuir na elaboração de pistas ao fortalecimento do Programa Mais Médicos segundo os achados.

2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A partir do cenário nacional sem perder de vista o *locus* do estudo – a gestão municipal – nosso ponto de partida é a Atenção Básica e a sua organização no Brasil, concretizada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é um dos pilares da organização à saúde no mundo. Durante a segunda e terceira décadas do século XX, numa tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população, as autoridades sanitárias da época desenvolveram os conceitos de distrito sanitário e de centros de saúde. Essas concepções foram postas em prática de várias maneiras e em países diferentes (ROSEN, 1994).

No Brasil a estruturação da Atenção Básica é fruto das experiências e dos conhecimentos acumulados de vários atores historicamente envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como movimentos sociais, acadêmicos, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, além da colaboração de indivíduos inseridos e comprometidos com Sistemas de Saúde de outros países (PAIM et al., 2011).

Essa história tem seus primeiros registros à mesma época da criação das escolas médicas brasileiras. No entanto, sua organização sistêmica, moldada pela oferta de serviços visando o bem coletivo e individual, data no início do século passado, quando os Centros de Saúde da Universidade de São Paulo (USP) se organizavam sob a influência do pensamento dawsoniano (SOUSA et al., 2014).

À época, a assistência básica (ou cuidados básicos) era, majoritariamente, realizada por profissionais voluntários, ligados às instituições beneficentes ou a faculdades médicas, tendo por finalidade principal prevenir doenças e agravos à saúde. Atenção Primária à Saúde surge como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder às necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes para promover a saúde como direito social. (SOUSA et al., 2014).

Para desempenhar o papel de centro de comunicação da rede horizontal, a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais: a) o papel resolutivo – resolver a maioria dos problemas da população; b) o papel organizador dos fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e c) o papel da responsabilização – implica co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em todos os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2002).

Starfield (2002) afirma, baseando em estudos comparativos entre nações, que um sistema de saúde forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social. É fundamental que Atenção Básica se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social.

Logo após a publicação das Leis Orgânicas que regulamentaram o SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou dois programas que podem ser considerados como a primeira política sistemática para a Atenção Primária no Brasil: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. A estratégia para implementação da Atenção Primária no SUS pode ser classificada como sendo um “método indutivo”, em que se buscou criar demanda pelos novos programas mediante estímulo financeiro e de propaganda sobre o mérito sanitário da nova proposta. Não houve planejamento sistêmico, a programação de recursos ocorria conforme a adesão estimada de municípios interessados. Dentro desse enquadre não foi possível orientar a implementação progressiva da Atenção Primária obedecendo à diretriz da equidade, isto é, elegendo prioridades segundo populações e regiões mais ou menos vulneráveis.

A Atenção Básica como a principal porta de entrada do sistema e responsável por coordenar o cuidado, deve ser muito bem pensada e estruturada e se constitui na principal responsabilidade de todos e qualquer município. Uma Atenção Básica organizada, qualificada e resolutiva possibilita ser a ordenadora do cuidado na rede de saúde, garantindo acesso aos demais pontos de atenção e possibilitando a integralidade do cuidado (CONASEMS, 2012).

Embora a maior parte dos países utilize a denominação Atenção Primária em Saúde, o CONASEMS prefere respeitar a história de construção do SUS e suas lutas contra hegemônicas, mantendo o uso do termo Atenção Básica – AB (CONASEMS/2011). As distinções histórico-conceituais entre os termos são marcadas principalmente pela diferença entre os referenciais, que variam entre as correntes mais funcionalistas, até as mais progressistas (MELLO et al., 2009). No Brasil, ambas as terminologias são utilizadas como sinônimas.

2.2 ESCASSEZ DE MEDICOS NO BRASIL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 74º lugar em médicos por habitantes, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro é o 84º.

O cenário brasileiro ainda é de grande desigualdade de acesso aos serviços de saúde em razão da carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, muito especialmente médicos. Esse é um problema persistente e resistente às estratégias adotadas para o seu enfrentamento. Os locais mais isolados e distantes, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde (EPSM, 2012).

Convivemos nas últimas décadas com baixa sintonia entre as instituições formadoras e o SUS, no que tange à necessidade-oferta de profissionais para Atenção Primária à Saúde. Assim, a operacionalização da Reforma Sanitária, em especial, da Atenção Primária à Saúde, prolongou-se por mais tempo que em países com sistemas de saúde orientados à esta (Canadá, Cuba, Espanha, Portugal). Dentre as dificuldades para o avanço da Atenção Primária à Saúde estava a necessidade latente de médicos para equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Este programa viabilizou o provimento de cerca de 18 mil médicos para a atenção básica, para regiões de maior vulnerabilidade social e dificuldade de atração profissional, produzindo um incremento significativo de cobertura e acesso e, possivelmente, um reordenamento do mercado de trabalho (MELO, 2016).

No Brasil, antes da implantação do Programa Mais Médicos, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso, localizados nas regiões Norte e Nordeste do país (GIRARDI et al., 2016).

Ademais, são acentuadas as disparidades na distribuição regional destes profissionais no país e ainda dentro de cada região e estado, com concentração em capitais e centros urbanos de maior porte, em detrimento do interior, pequenos municípios e regiões menos desenvolvidas. Mais uma vez, o conceito da *Inverse Care Law*, elaborado por Hart, em 1971, para o cenário inglês, é atual. O autor indicava que as populações moradoras em áreas de exclusão social, com maiores necessidades de saúde, eram exatamente aquelas populações com menor cobertura e piores serviços de Atenção Primária à Saúde. Isto ocorria mesmo após 23 anos da universalização da saúde. A análise do número de postos de trabalho médico permite confirmar a escassez no Brasil (GIOVANELLA et al., 2016).

Falar de escassez nos leva a pensar em Equidade, conceitos interrelacionados quando o assunto é acesso à saúde e a distribuição do trabalho do profissional médico no território brasileiro. O Programa Mais Médicos/Projeto Mais Médicos para o Brasil que trata do provimento de profissionais médicos para as equipes de saúde da família na Atenção Básica do SUS nos municípios brasileiros, é uma iniciativa que visa diminuir a iniquidade no acesso à saúde nos rincões de nosso país.

Equidade, conceito tão usual nas rodas da militância quanto infrequente no arcabouço jurídico do SUS, uma imagem objetivo de igualdade e uma realidade permeada de desigualdades.

O conceito em questão aparecerá pela primeira vez na legislação que rege o SUS na Lei Complementar (LC) n. 141, de 13 de janeiro de 2012, referindo-se ao planejamento – planos e metas – que deverão promover a equidade, inter-regional e interestadual. Da Carta Magna de 1988 e da Lei Orgânica do SUS – Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – até a LC n. 141/2012, passaram-se respectivamente 24 e 22 anos. Poderíamos dizer que essa demora, assim como são outras demoras do SUS, é bastante sintomática.

Somar o conceito equidade também como uma referência para este estudo foi uma ideia com o intuito de reconhecer sua importância na saúde, especialmente neste contexto de apresentação de um Projeto que trata de atender necessidades de municípios “des” providos de profissionais médicos por diversas e renitentes razões.

Whitehead (1990) destaca que o “conceito “equidade” está intimamente relacionado à princípios de direitos humanos propagados por meio dos principais artigos da OMS, desde a sua criação na década de 1940 até as resoluções do século XXI. A Constituição da OMS (OMS, 1946) afirmou que “os mais altos padrões de saúde devem estar ao alcance de todos, sem distinção de raça, religião, crença política, economia ou condição social”. Fazendo eco a esses sentimentos 60 anos depois, a equidade em saúde implica que idealmente, todos poderiam atingir seu pleno potencial de saúde e que ninguém deveria ser impedido de alcançar esse potencial devido à sua posição social ou outra circunstância socialmente determinada. Isso se refere a todos e não apenas a um segmento particularmente desfavorecido da população. Os esforços para promover equidade social em saúde visam portanto a criação de oportunidades e eliminação de barreiras para o alcance do potencial de saúde de todas as pessoas. Envolve a distribuição justa de recursos necessários para a saúde, o justo acesso às oportunidades disponíveis e justiça no suporte oferecido às pessoas quando doentes. O resultado desses esforços seria uma redução gradual de todas as diferenças de saúde entre diferentes grupos socioeconômicos. A melhor visão desse esforço é a eliminação de tais desigualdades, ao nivelar a saúde pelo mais alto padrão”.

Afinal, o Brasil necessita do Programa Mais Médicos, por que e para quê?

Essa resposta nos é apresentada por meio de um robusto e bem fundamentado texto de Exposição de Motivos (EM) MS MEC MP n. 24/2013 da Medida Provisória (MP) n. 621, de 08 de julho de 2013 que submeteu à apreciação da Excelentíssima Senhora Presidenta da República, o Projeto de MP que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de:

- I. Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II. Fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País;
- III. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

- IV. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- VI. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII. Aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII. Estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS.

A MP foi uma resposta do Governo Federal a uma demanda antiga dos prefeitos em todo Brasil que em 2011 tomou corpo por meio da campanha lançada pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP) “Cadê o Médico?”.

A demanda era antiga assim como o debate acerca do déficit de médicos no Brasil e a dificuldade dos gestores municipais em prover seus serviços de saúde com o profissional médico. Quando o Governo Federal anunciou que o Programa previa a realização de chamadas internacionais como uma alternativa de curto prazo para o provimento desses profissionais junto aos municípios, a medida foi aclamada pelos gestores.

2.3 FORMAÇÃO DOS MEDICOS NO BRASIL

Para a Carta Magna, compete ao SUS, além de outras atribuições nos termos da Lei: ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico (art. 200, incs. III e V). Ao conceber as áreas de formação e da ação investigativa como de participação do SUS na ação educativa de qualificação de pessoal e na pesquisa e inovação científica tecnológica, a lei previu que os órgãos gestores do SUS deveriam estruturar mecanismos de atuação educacional que dessem conta de ambas as funções.

A Lei Orgânica da Saúde incluiu no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (art. 6º, incs. III e X). A mesma Lei determina que sejam criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (art. 14) atribuindo a cada uma dessas Comissões a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanente dos recursos humanos do SUS na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica com essas instituições (art. 14, Parágrafo Único).

Desde as origens do SUS já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre ela, já se destacavam as questões de recursos humanos e, em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho.

O Brasil enfrenta duas robustas questões históricas na luta pela concretização da garantia universal do direito à saúde, geradas, entre outros motivos, pela hegemonia da prática procedimento-centrada (tecnicista e produtivista) e pela atenção para o mercado²: construir uma cultura pedagógica, ética e política para a formação em saúde e desafiar a histórica desigualdade distributiva de médicos na atenção básica entre unidades federativas, bem como entre municípios prósperos e aqueles com alto índice de vulnerabilidade social. No âmbito da segunda questão, diferentemente dos 'Brasis' luminosos, os 'Brasis' opacos clamam historicamente por políticas e programas inclusivos suficientemente capazes de romper com a precariedade da atenção médica à qual estão expostos em seu cotidiano (LIMA et al., 2016).

Desde o século passado, já era denunciado que não seria possível corrigir a insuficiência de atenção à saúde atuando exclusivamente sobre uma das causas: a falta de médicos. Já em 1976, Rigatto afirma que esta lógica além de não resolver o problema poderia levar a uma superprodução de profissionais com consequências significativas na perda da qualidade da formação acadêmica.

A formação médica no Brasil hoje ainda enfrenta dois grandes problemas, a concentração das escolas médicas nas regiões sul e sudeste e nas capitais. Na busca de solução para esse problema tem sido propostos mecanismos de regulação para a abertura de novos cursos, aproximando critérios de qualidade de um lado e regionalização/interiorização de outro. Um desses mecanismos foi a determinação

legal – Decreto n. 3.860, de 09 de julho de 2001 – que o colocou o Conselho Nacional de Saúde como partícipe importante na avaliação de demandas de abertura de novos cursos na área da saúde (Medicina, Odontologia e Psicologia). O Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) é assessorado pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), que fornece subsídios de discussão e deliberação sobre a formulação da estratégia e controle da execução da política pública de formação de profissionais para a saúde resgatando sempre e reiterando os princípios do SUS e do controle social. Essas comissões são compostas por até 22 membros, entre titulares e suplentes e compostas por Conselheiros Nacionais e representantes das áreas técnicas do MS, outros Ministérios, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de Entidades e Movimentos Nacionais, de acordo com as necessidades e especificidades (BRASIL, 2017).

Ainda que o controle social do SUS – CNS – tenha sido incluído no processo de avaliação e acompanhamento de solicitação de novas escolas de formação na área da saúde, o parecer do CNS é apenas consultivo. A criação de cursos depende da deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) e homologada pelo Ministro da Educação (MEC). Ou seja, ao SUS, que de acordo com o art. 200, CF de 1988, compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, resta ainda o papel de coadjuvante no processo.

De maneira geral na formação de profissionais para a saúde, o problema maior não é o número de escolas ou oferta de vagas, a natureza do problema tem se apresentado muito mais complexa, pois envolve o desenvolvimento de competências técnicas e éticas para o exercício profissional no cuidado à saúde de pessoas. Existe consenso entre os educadores médicos sobre a necessidade de formação ética e humanística dos estudantes de medicina. O problema é, como?

O conceito de competência se ancora em três pilares: o conhecimento ou domínio de determinado tema ou área; a habilidade ou a capacidade de fazer na prática, de transformar o conhecimento que possui na teoria estudada em ações reais; e atitude ou a iniciativa, a capacidade de entender uma necessidade e fazer algo antes mesmo de ser solicitado, ter pró-atividade para fazer acontecer, se antecipar às necessidades.

Na busca de mudanças que alcancem essa formação ética-técnica-humanista nos debruçamos na construção de propostas que nos levem ou avancem no aprimoramento da formação em saúde no país, aqui destacada a formação médica.

Movimentos no campo da formação médica vem sendo propostos com vistas a novas formatações curriculares de modo a agregar qualidade e desenvolvimento de competências para o exercício profissional. Os currículos até então aplicados, salvas experiências pontuais, tem demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas, para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde (PIERANTONI, 2001).

A aproximação de instâncias de serviço e instâncias educacionais tem possibilitado ensaios de mudanças, mas também destacam dificuldades de articulação entre as esferas da educação e saúde (FEUERWERKER, 2002).

A formação médica, lugar de transmissão do saber e lugar privilegiado de reprodução da prática médica, passa, além da aquisição de conteúdos e habilidades técnicas, pela apreensão do cenário social onde se desenrola a prática assistencial institucionalizada e pela busca de uma identificação do aluno com o seu professor. É, sobretudo, nas atividades práticas em ambulatórios e enfermarias, sob responsabilidade das várias disciplinas clínicas e cirúrgicas, que o aluno, de maneira implícita e sem qualquer clareza de consciência, vai construindo sua identidade profissional no que concerne aos valores sociais de uma prática com suas implicações no modo de vivenciar e realizar essa prática. Alguma coisa acontece para transformar o olhar e a escuta curiosa e inquieta de tão jovens estudantes dos primeiros anos em uma busca obstinada de aquisição de conhecimento e habilidades técnicas (SOUZA, 2001).

Na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, do Programa Mais Médicos, em sua Seção Única, traz a novidade do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde, que diz em seu art. 12 que as instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.. E a Portaria Interministerial n. 1.127, de 04 de

agosto de agosto de 2015 instituiu as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

O Eixo Formação do Programa Mais Médicos, eixo estruturante para a oferta de profissionais médicos em número e qualidade adequadas para responder às necessidades do SUS propõe as seguintes medidas: autorização de abertura de novos cursos de medicina baseada nas necessidades sociais, funcionamento dos cursos baseados nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que fortalecem a Atenção Básica, indução de processos de educação permanente em serviço, avaliação seriada no 2º, 4º e 6º anos, universalização do acesso a residência médica e mudanças nos itinerários formativos, ampliando a formação na atenção básica e urgência e emergência, ampliação da integração ensino-serviço – COAPES.

O COAPES visa garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença, o respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação baseada em princípios éticos, destacando-se o compromisso com a segurança do paciente, tanto em intervenções diretas quanto em riscos indiretos advindos da inserção dos alunos no cenário de prática; o compromisso das instituições de ensino e gestões municipais e estaduais do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral.

3 METODOLOGIA

Ao descrever a metodologia usada neste estudo, compartilho o questionamento que se construiu ao reconhecer as fronteiras que se desenham ao buscar uma metodologia apropriada para a análise de material institucional. “Que caminho escolher para analisar, e posteriormente teorizar, a partir de um material abundante e de um método técnico e objetivo, para além da primeira e original certeza de que ali se encontrariam informações fundamentais para a reflexão sobre meu objeto de estudo, o Programa Mais Médicos?” – essa foi a pergunta presente durante todo o meu percurso neste Mestrado Profissional, que por si tem a característica de trazer o mundo do trabalho, através da participação dos trabalhadores e seus estudos relacionados ao trabalho, para dentro do contexto acadêmico.

Optamos por conduzir o estudo por meio de uma pesquisa documental ancorada na metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Outra vantagem está em seu custo. Como a análise dos documentos, em muitos casos, além da capacidade do pesquisador, exige apenas disponibilidade de tempo, o custo da pesquisa torna-se significativamente baixo, quando comparado com o de outras pesquisas. Outra vantagem da pesquisa documental é não exigir contato com os sujeitos da pesquisa. É sabido que em muitos casos o contato com os sujeitos é difícil ou até mesmo impossível. É claro que a pesquisa documental também apresenta limitações. As críticas mais frequentes a esse tipo de pesquisa referem-se à não representatividade e à subjetividade dos documentos (GIL, 2002).

A análise de conteúdo desenvolve-se em três fases. A primeira fase é a pré-análise, onde se procede à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para a análise. A segunda é a exploração do material, que envolve as escolhas das unidades, a enumeração e a classificação. A terceira etapa, por fim, é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

A partir da compreensão do conjunto de fundamentos que caracteriza a metodologia, a matéria prima coletada, os objetivos definidos, e a experiência profissional da pesquisadora estabelecemos um “roteiro” metodológico que agregasse todos os componentes presentes, de modo a dar significado e coerência a essa conjunção de elementos desde a escolha do método até sua aplicação e resultados. A priori, ainda que de forma empírica e intuitiva, dada a experiência da pesquisadora como assessora técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) responsável pelo acompanhamento do Programa e da interlocução junto ao Ministério da Saúde (MS), já existiam hipóteses sobre categorias teóricas presentes no objeto estudado.

O que é a análise de conteúdo atualmente? Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a esta atitude de voyer de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico (BARDIN, 2011, p. 15).

A história do surgimento da metodologia análise de conteúdo tem seu início marcado pelo desenvolvimento de instrumentos de análise das comunicações que cresceu quantitativamente e se diversificou qualitativamente, tudo sob a designação genérica de análise de conteúdo. Desde a interpretação de hieróglifos, passando pelos textos sagrados até os modernos softwares informáticos, ainda hoje seguimos buscando desvendar o que acreditamos estar oculto e o fazemos buscando melhor conhecer, interpretar e compreender o mundo a nossa volta. São muitas as possibilidades de aplicação desse instrumento pelas ciências humanas e exige um trabalho minucioso de leituras, divisões, cálculos e ajustes, que hoje conta com o auxílio de softwares informáticos que podem facilitar e agilizar o trabalho manual, sempre sem perder de vista o sentido e a razão de aplicação das técnicas. Essas técnicas se apresentam tanto mais úteis para aquele pesquisador que se sente muito familiarizado com o seu objeto de estudo.

De maneira geral, os métodos de análise de conteúdo correspondem aos seguintes objetivos:

A superação da incerteza: o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta “visão” muito pessoal ser partilhada por outros? Por outras palavras, será a minha leitura válida e generalizável?
E o *enriquecimento* da leitura: se um olhar imediato, espontâneo, é já fecundo, não poderá uma leitura atenta aumentar a produtividade e a pertinência? Pela descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam (ou infirmam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não possuíamos a compreensão (BARDIN, 2011, p.35).

É entre esses dois objetivos, o desejo da certeza e a curiosidade para ir além das aparências, que se encontramos as linhas de força do seu desenvolvimento histórico e o aperfeiçoamento do método, que ainda hoje oscila entre essas duas tendências. O que podemos perceber é que as duas orientações ora confrontam-se ora complementam-se.

A análise de conteúdo de uma mensagem deve ser aplicável a todas as formas de comunicação e ela tem duas funções que na prática podem ou não dissociar-se:

Uma *função heurística*: a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão para a descoberta. É a análise de conteúdo “pra ver o que dá”.
Uma função de “*administração da prova*”. Hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias, servindo de diretrizes, apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma informação. É a análise de conteúdo “para servir de prova (BARDIN, 2011, p. 35).

Assim como os objetivos do método, as duas funções coexistem, ora confrontando-se ora complementando-se.

Um primeiro momento de organização do método é a sistematização do conjunto dos tipos de comunicação, segundo dois critérios:

A quantidade de pessoas implicadas na comunicação (monólogo, diálogo, grupo restrito e comunicação de massa).
A natureza do código e do suporte da mensagem [Linguístico (oral e escrito), Icônico (sinais, grafismos, imagens, etc.) e outros Códigos Semióticos]. (BARDIN, 2011, p. 39).

No nosso estudo, a natureza do material (textos de revista/ escrito) nos levou a escolher o método, que tem forte caráter empírico e permite adaptações dependendo do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Também foi importante na escolha, a facilidade com que ele permite trabalhar possibilidades a partir do encontro da vivência e reflexões da prática cotidiana da pesquisadora com o conteúdo teórico da metodologia,

A análise de conteúdo é um *conjunto de técnicas de análises das comunicações*. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p.37).

Também foi usado como recurso de apoio para a análise dos textos, o *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009). É um programa informático gratuito, que se ancora no *software R* e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre textos e sobre tabelas de indivíduos por palavras. O *software* possibilita alguns tipos de análises: estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente; análises de similitudes e nuvem de palavras. É um software que pelo seu rigor estatístico, pelas diferentes possibilidades de análises, interfaces simples e compreensível, e, sobretudo por seu acesso gratuito, tem aumentado sua aceitação como ferramenta de apoio para os estudos em ciências humanas e sociais, que tem conteúdo simbólico proveniente dos materiais textuais como uma fonte importante de dados de pesquisa.

De todas as possibilidades de análise ofertadas pelo software, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), na qual se destacam as palavras, a frequência e relações entre elas, possibilitando “enxergar” um campo comum ou mesmo categorias nos pareceu a mais interessante.

Para a coleta de dados usamos a Revista CONASEMS, uma publicação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

A Revista CONASEMS é uma publicação impressa criada há quatorze anos e o que motivou a sua criação, com as características que a mantém viva e atual nos dias de hoje, foi o desejo de aliar ética e estética à informação dirigida aos gestores municipais de saúde. Essa necessidade crescente e permanente de informação no

processo de construção e aprimoramento do SUS exigiu na ocasião uma política de comunicação para a instituição capaz de absorver a complexidade dos temas em discussão, sem perder a capacidade de informar bem e de maneira acessível os gestores municipais de saúde. Depois de quatorze anos a revista continua a perseguir esse propósito de potencializar as grandes discussões do SUS – com clareza e leveza – sem perder de vista a necessidade de aprofundar os conteúdos.

Desde o início a Revista CONASEMS consolidou o desejo de trazer para o cenário nacional experiências vivenciadas nos municípios brasileiros, sejam eles de pequeno, médio ou grande porte, cuja tônica é o compromisso com a saúde dos cidadãos. Foram muitas iniciativas exitosas que reverberaram em todo o país, formando uma rede tecida por gestores e profissionais da saúde, e amplificada nas páginas da revista. Por meio de suas reportagens, a publicação também busca compartilhar com os seus leitores um pequeno recorte da saúde pública nos municípios e o que os gestores são capazes de oferecer aos cidadãos, estejam eles no interior do Amazonas ou em grandes centros urbanos.

Outro aspecto importante da Revista é o seu olhar sobre a diversidade regional do país. São reportagens abordando as diferenças regionais, as especificidades de cada município brasileiro, trazendo para o debate a necessidade de fortalecer políticas diferenciadas que assegurem o princípio da equidade estabelecido pelo SUS. Um traço da revista que a torna ainda mais marcante é o olhar diferenciado sobre os sujeitos, por meio de reportagens que tem mostrado as necessidades específicas de jovens, mulheres, negros, indígenas e quilombolas, ou mesmo a publicação de perfis de personagens que tem contribuído de forma significativa com o aprimoramento do SUS. O respeito à diversidade dos sujeitos também se materializa nas páginas da revista pela opção de ampliar e absorver um grande número de fontes de informação, abrindo espaço a opiniões divergentes e a diferentes perspectivas de olhar sobre a saúde pública, estejam estes sujeitos na condição de usuários, gestores, trabalhadores de saúde, conselheiros, etc.

A pauta da Revista é proposta e discutida em reuniões da assessoria técnica do CONASEMS levando sempre em conta a atualidade das discussões tripartite e outras do interesse do gestor, assim como demandas específicas da Diretoria. Para a consecução da pauta estabelecida coletivamente a revista conta com uma equipe de produção com responsáveis pelas reportagens, edição de textos, revisão, layout e diagramação e edição geral, parte desta equipe externa ao CONASEMS.

A Revista que começou mensal com uma tiragem de 20 mil exemplares, passou a ser bimestral com a mesma tiragem e hoje é trimestral com uma tiragem de 15 mil exemplares. Como mídia impressa da instituição está consolidada e reconhecida, devendo passar em breve por um processo de reformulação para acompanhar as mudanças nas demandas da gestão municipal assim como nas ferramentas comunicacionais disponíveis. Hoje são vários outros canais de comunicação que o CONASEMS dispõe para a interlocução junto aos gestores municipais, mais ágeis e muito mais baratos como possibilitou o acesso à internet.

O percurso metodológico utilizado na pesquisa foi através de um estudo documental descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa com análise retrospectiva do material impresso na Revista CONASEMS no período maio de 2013 até maio de 2017 sobre o Programa Mais Médicos. O material selecionado foi prospectado a partir do descritor “Mais Médicos”.

Para a categorização preconizada pelo método “análise de conteúdo”, trabalhamos de duas formas:

- I. Hipótese livre baseada na vivência da pesquisadora; e
- II. Análise dos dados com o auxílio do *software* IRAMUTEQ, que realiza diferentes tipos de análises de dados textuais, como a lexicografia básica que faz o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente.

Seguimos as seguintes etapas:

- 1) Separação do material – Revista CONASEMS – do período circunscrito pelo estudo – Maio 2013 a Maio de 2017;
- 2) Leitura e separação dos textos com a presença do descritor “Programa Mais Médicos”;
- 3) Preparação dos *corpus* textuais, o qual consiste no conjunto de textos que se pretende analisar, com o material selecionado das revistas para o processamento pelo *software* IRAMUTEQ;
- 4) Processamento do material preparado pelo *software* IRAMUTEQ;
- 5) Análise dos resultados do processamento do *software* IRAMUTEQ, que nos possibilita análises variadas: dendograma da CHD, análise fatorial, nuvem de palavras e análise de similitude.

- 6) Identificação de categorias analíticas presentes no conteúdo coletado da Revista no período mencionado
- 7) Inter-relacionamento entre os achados no processamento dos corpos textuais e os eixos do Programa Mais Médicos: provimento, infraestrutura e formação.
- 8) Elaboração de pistas para o funcionamento do Programa Mais Médicos segundo achados acerca do posicionamento dos secretários municipais de saúde identificados na Revista CONASEMS no período circunscrito entre maio de 2013 até maio de 2017.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objeto foi revelado segundo as falas dos secretários e secretários municipais de saúde identificados na revista CONASEMS num período circunscrito de quatro anos – maio de 2013 a maio de 2017 – onde foram publicados 22 números da revista CONASEMS e, nesse universo, a presença do descritor “Programa Mais Médicos” num total de 20 textos em 15 números da revista, enumerados a seguir:

- Texto 1. Maio-Junho/2013 n. 49 – Escassez do Profissional Médico no Sistema Único de Saúde (SUS); Assessoria Técnica
- Texto 2. Maio-Junho/2013 n. 49 – SUS: Construção de uma política voltada à “Potência de Vida”; SMS AM- SMS CE- SMS SP – SMS RJ
- Texto 3. Julho-Agosto/2013 n. 50 – Para Fortalecer e Aperfeiçoar; Mesa do Congresso Nacional
- Texto 4. Julho-Agosto/2013 n. 50 – Defesa do SUS; SMS PR
- Texto 5. Setembro-Outubro/2013 n. 51 – Mais Médicos; SMS.SP – SMS PA – SMS PR - GF
- Texto 6. Setembro-Outubro/2013 n. 51– Entrevista José Fortunati, Presidente da Frente Nacional dos Prefeitos;
- Texto 7. Janeiro-Fevereiro/2014 n. 53 – Queremos Mais Saúde; SMS BA, SMS ES, SMS RN
- Texto 8. Março-Abril/2014 n. 54 – A ajuda que vem da Ilha; SMS AC, SMS GO, SMS RS, SMS MA
- Texto 9. Maio-Junho/2014 n. 55 – Entrevista Heider Pinto, Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) /Ministério da Saúde (MS);
- Texto 10. Maio-Junho/2014 n. 55 – A Afirmação da Diferença (Congresso N/NE); SMS CE, SMS AM, SMS PA;
- Texto 11. Julho-Agosto/2014 n. 56 – Novos Rumos; Congresso Nacional;
- Texto 12. Setembro-Outubro/2014 n. 57 – Agenda Prioritária; SMS SP, GF;
- Texto 13. Novembro-Dezembro/2014 n. 58 – A Saúde no Mato Grosso do Sul; Congresso MS – SMS MS;

- Texto 14. Janeiro-Fevereiro/2015 n. 59 – Entrevista com Arthur Chioro – MS;
- Texto 15. Janeiro-Fevereiro/2015 n. 59 – Mais Médicos brasileiros; SMS MG, SMS SP, SMS AC;
- Texto 16. Maio-Junho/2015 n. 60 – Qual a Atenção Básica que nós queremos?; SMS PR, SMS PA;
- Texto 17. Julho-Agosto/2015 n. 61 – Mudança Radical na Lógica de Expandir Escolas Médicas; GF;
- Texto 18. Julho-setembro/2016 n. 66 – Mais Médicos, uma Revolução Silenciosa; SMS SP, SMS RS, SMS MT, SMS PA, SMS PE;
- Texto 19. Outubro- Novembro- Dezembro/2016 n. 67 – Entrevista Mauro Junqueira, presidente do CONASEMS; SMS MG; e
- Texto 20. Janeiro-Fevereiro-Março/2017 n. 68 – Entrevista José Ênio Servilha Duarte, Secretário Executivo do CONASEMS.

Na análise do material coletado pelo *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), tivemos os resultados gráficos destacados a seguir:

4.1 DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

Ilustra as relações entre as classes. O programa executa cálculos e fornece resultados que nos permite a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e sua frequência.

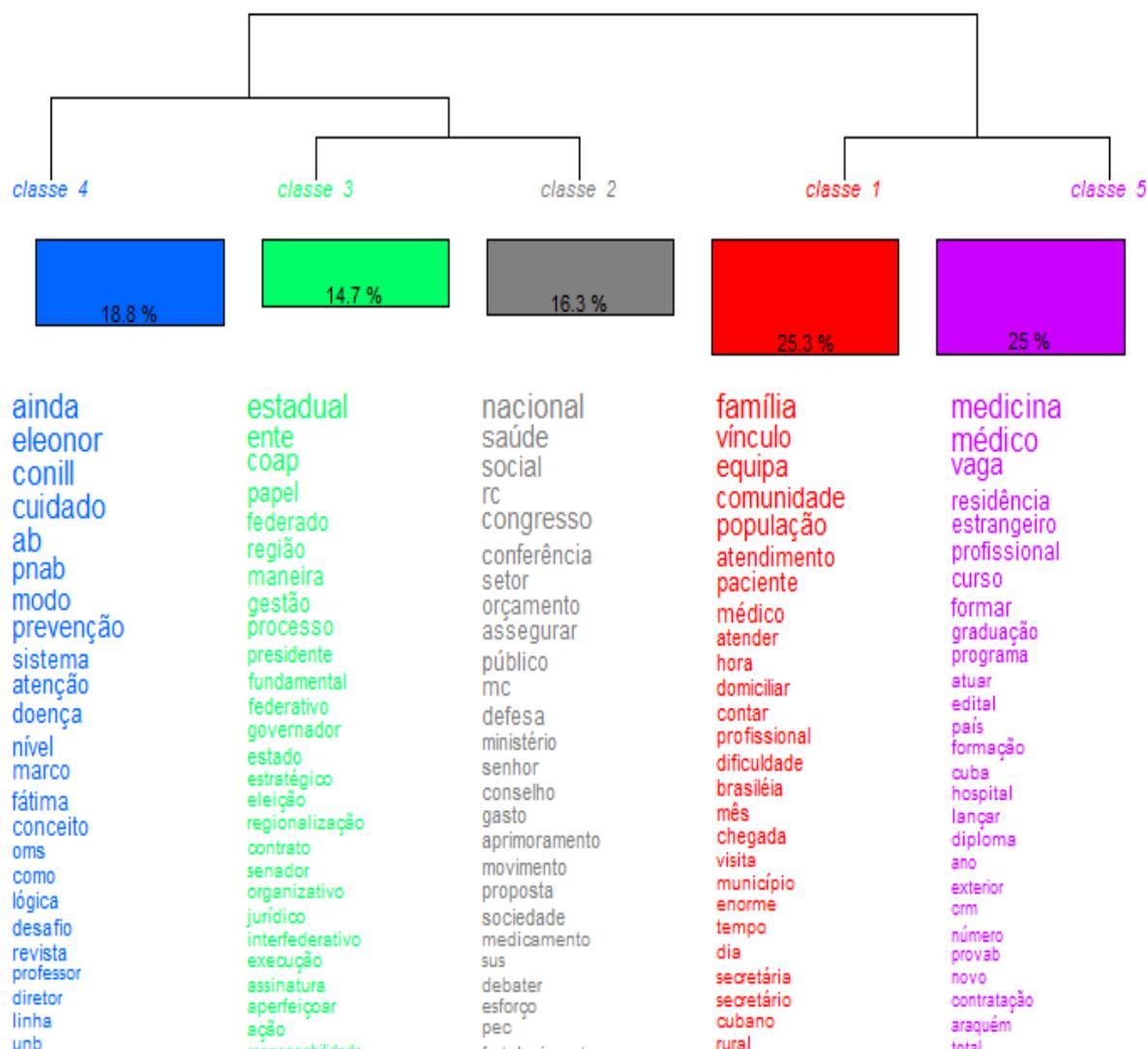


Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.

Fonte: Das autoras.

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), os segmentos de texto são classificados em função de seus respectivos vocabulários, e visa obter classes de segmentos de textos. A partir dessas análises o software organiza a análises dos dados em um DENDOGRAMA da CHD, que ilustra as relações entre as classes de palavras.

No nosso dendrograma tivemos a classificação em cinco classes de palavras com as respectivas porcentagens de frequência e as classes de maior ocorrência foram a Classe 1 – Vermelha com 25,3% e a Classe 5 – Lilás – com 25% das ocorrências, totalizando 50,3% das frequências nos textos analisados.

Analisando a Classe 1 (vermelha – 25,3%) temos as palavras: família, vínculo, equipe, comunidade, população, atendimento, paciente, médico numa maior frequência dentro da classe.

Esse conjunto de palavras nos remete aos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, e da Estratégia Saúde da Família (ESF):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (PNAB, 2012).

A presença, em maior frequência, dessas palavras no material analisado, e palavras que tão naturalmente nos remetem aos princípios e diretrizes da Atenção Básica confirmam no discurso desses gestores, o compromisso da gestão municipal com a Atenção Básica, competência do município expressa na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) n. 1/1996 quando pela primeira vez versa sobre Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Ainda no período inicial da organização do sistema, a Portaria GM/MS n. 3.925, de 13 de novembro de 1998, aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, e nele estão referidas às responsabilidades dos municípios brasileiros no que se refere à Atenção Básica, atribuindo, conforme a Carta Magna, aos prefeitos municipais responsabilidades sobre ações e serviços de atenção à saúde, recomendando que a proximidade com a população permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população. E reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação de saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na organização do acesso aos demais serviços. Expressa também a responsabilidade municipal em assumir gradativamente a

responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde insere-se o conjunto de ações que caracterizam a Atenção Básica.

Na primeira análise do material pelo software já temos declarada no discurso do gestor, a importância da Atenção Básica na organização da atenção à saúde municipal.

Já na análise da Classe 5 – (Lilás- 25%) temos as palavras: medicina, médico, vaga, residência, estrangeiro, profissional, curso, formar, graduação em maior frequência dentro da classe, o que nos remete ao tema Formação e nesse caso há um destaque para o médico.

A necessidade de discutirmos políticas para a formação de trabalhadores para o SUS é antiga, recorrente e já é um bordão da militância o art. 200 da Constituição Federal (CF) de 1988, que determina que “compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Também na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 27 - “A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”.

A novidade que a análise traz é a apropriação do discurso sobre o tema formação pelo gestor municipal, de forma que aparece praticamente na mesma porcentagem de frequência que a Classe 1, de palavras mais associadas à atenção à saúde, esse sim um tema/foco que sempre ocupou a agenda e a atenção do gestor responsável por responder a essas demandas.

4.2 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

Outra forma de apresentação dos resultados. Com base nas classes escolhidas, o programa calcula e fornece-nos os segmentos de texto mais característicos de cada classe (corpus em cor) permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. A análise fatorial nos permite ainda uma visualização das relações e proximidades das palavras dentro da classe já discutida no dendograma.

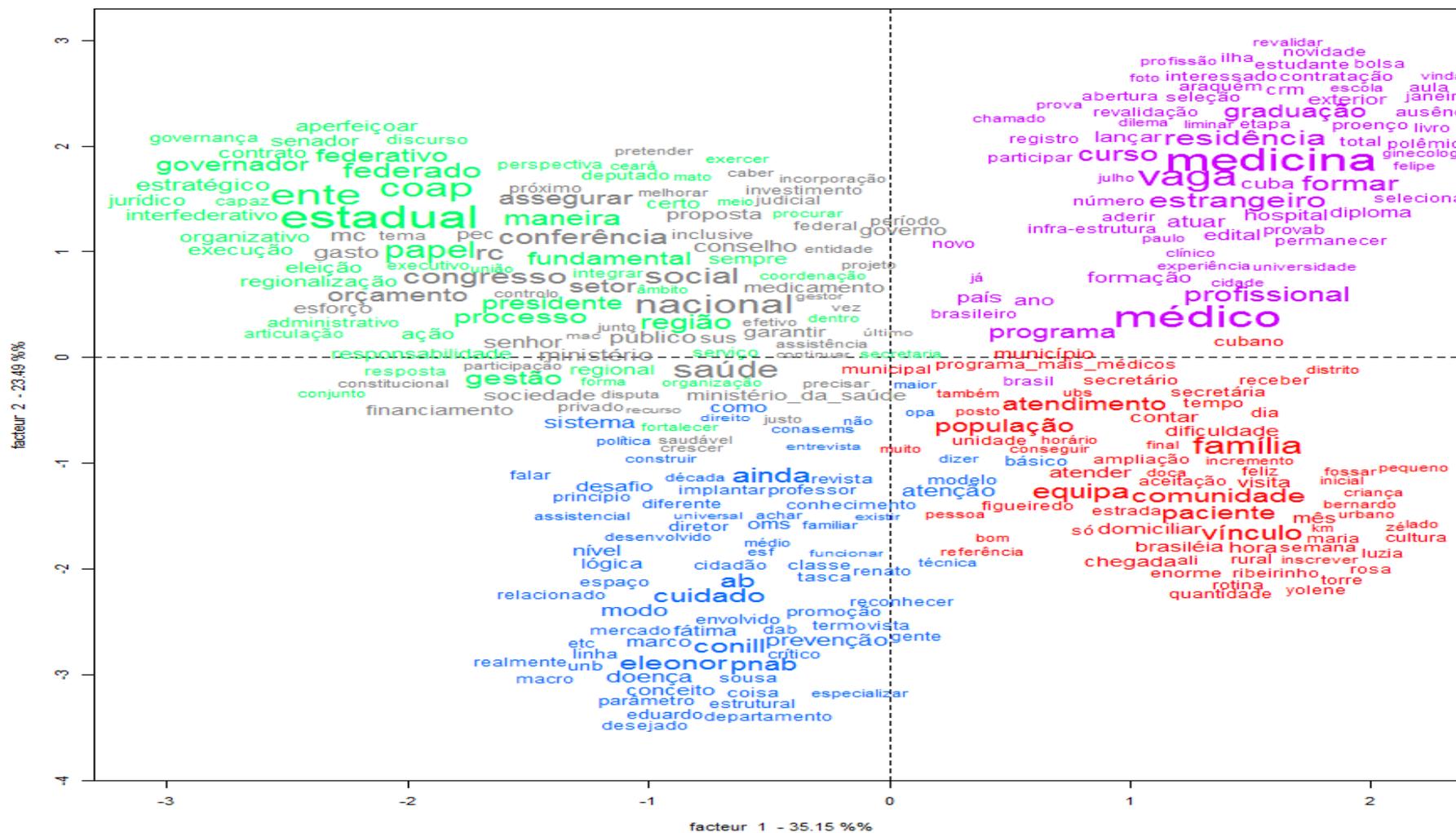


Figura 2 – Análise fatorial de correspondência a partir da Classificação Hierárquica Descendente.

Fonte: Das autoras.

4.4 ANÁLISE DE SIMILITUDE

Possibilita identificar as co-ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação. A análise de similitude, de forma semelhante à análise fatorial, permite uma visualização melhor das relações e proximidades dos vocábulos.

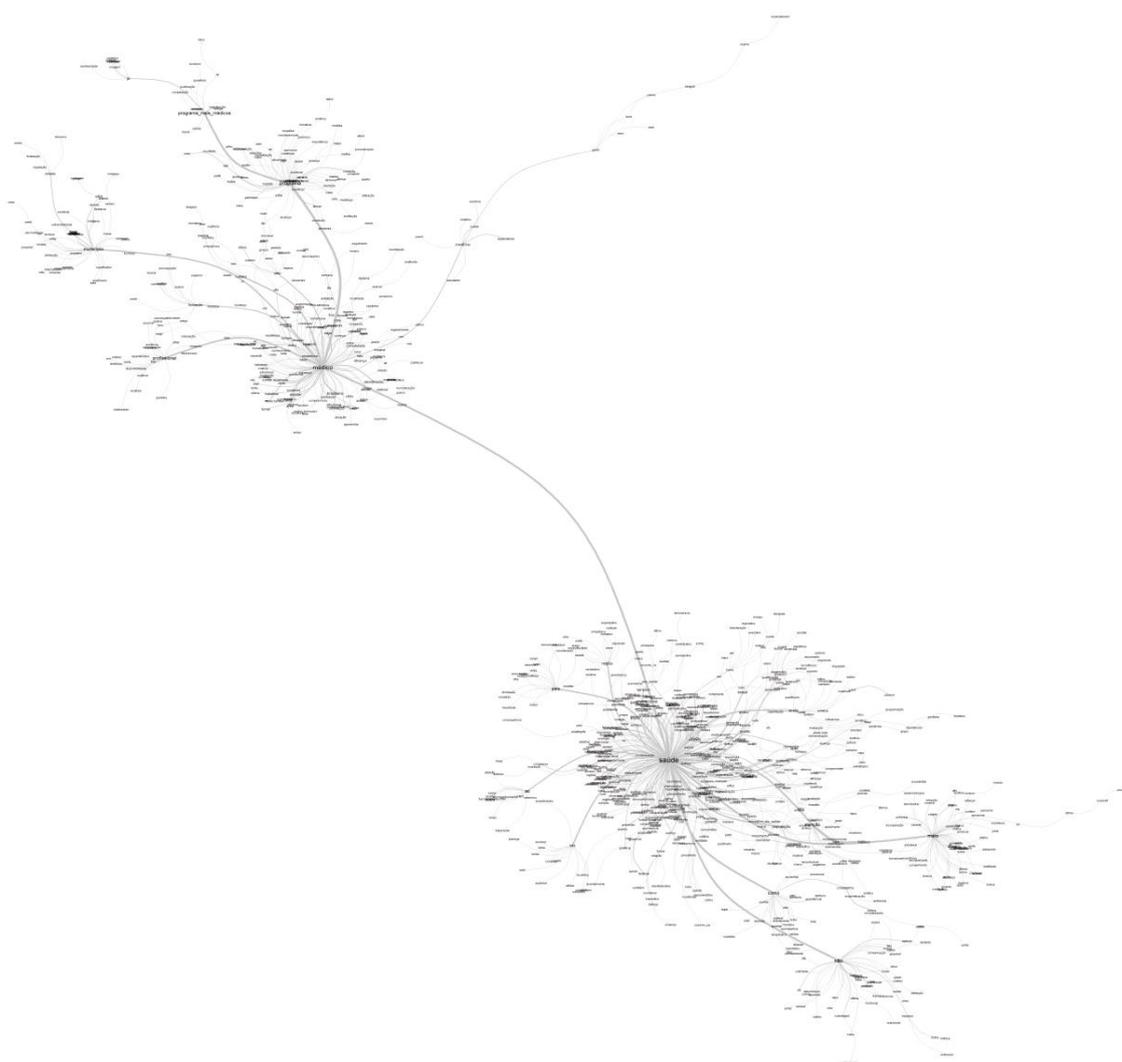


Figura 4 – Análise de similitude.

Fonte: Das autoras.

De todas as possibilidades de análise e apresentações pelo *software* IRAMUTEQ, as que apresentaram maior clareza para a visualização dos resultados foram o dendograma, pela didática da organização em classes, e a análise fatorial que nos permite uma visualização das relações e proximidades das palavras dentro da classe já discutida no dendograma. A nuvem de palavras costuma ser uma representação gráfica clara na mensagem e apelo visual porém em nosso caso, não nos proporcionou o esperado.

Uma vez que ao método de análise de conteúdo correspondem os objetivos de superação da incerteza e o enriquecimento da leitura, podemos afirmar que a escolha do método foi acertada para este estudo já que ambos os objetivos foram alcançados. Na proposta metodológica trabalhada, a identificação de categorias se deu de duas maneiras, a primeira, intuitiva, baseada na experiência da pesquisadora no apoio aos gestores municipais para o Programa Mais Médicos, e foram elas Escassez e Formação com o destaque para o Escassez. Na segunda, o uso do *software* para a análise dos dados textuais, já apresentados acima e onde as categorias Atenção Básica/Assistência e Formação foram as prevalentes no discursos do gestor.

O Programa Mais Médicos prevê a melhoria da infraestrutura e equipamentos para a saúde, a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de residência médica, o aprimoramento da formação médica no Brasil e o provimento emergencial de médicos para as regiões prioritárias do SUS, inclusive com a chamada de médicos estrangeiros. Em resumo são três eixos: Infraestrutura, Formação e Provimento.

Se colocarmos lado a lado as categorias identificadas no estudo e os eixos do Programa Mais Médicos, tem-se a Figura 5, a seguir.

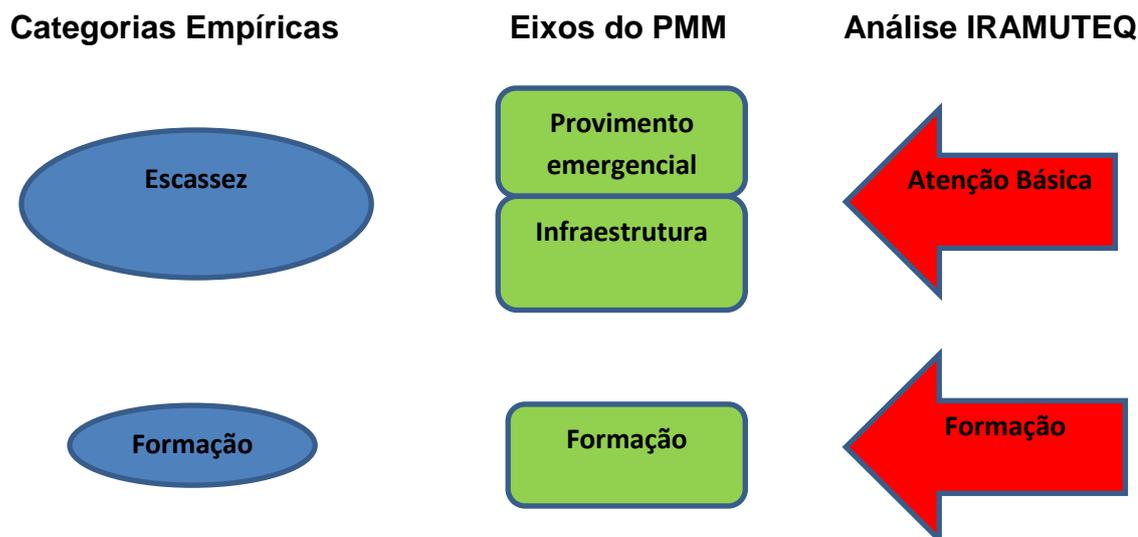


Figura 5 – Categorias identificadas no estudo e eixos do Programa Mais Médicos.

Fonte: Das autoras.

Temos as mesmas categorias ou categorias fortemente relacionadas entre si.

A partir da identificação – pelo dendograma do *software* IRAMUTEQ – de classes de palavras que revelam a presença de duas categorias principais na análise de discurso do gestor municipal, Atenção Básica e Formação, consideramos que a análise confirma as duas categorias empíricas – Escassez e Formação.

O problema da escassez ou déficit do profissional médico nesse caso, para atender a população, especialmente as mais vulneráveis, a assimetria na distribuição desses profissionais no país, está intrinsecamente relacionado às dificuldades vivenciadas pelo gestor municipal no cumprimento de sua responsabilidade constitucionais de ofertar à população de seu município acesso à ações e serviços de Atenção Básica resolutivos e com qualidade, uma vez não conta com a presença desse profissional para atuação no SUS municipal.

A realidade de escassez do profissional médico está em todo o país, desde os mais remotos e vulneráveis pequenos municípios até as grandes metrópoles e capitais. Esse é o pano de fundo para a proposição de políticas públicas como é Programa Mais Médicos, com destaque para o seu eixo Provimento.

Já a categoria Formação presente no discurso do gestor com a mesma frequência que a classe de palavras relacionada às questões da atenção é um exemplo de enriquecimento da leitura, uma descoberta de conteúdo que não possuíamos a compreensão ou mesmo a expectativa de encontrar no discurso

desse ator. Não que o gestor não reconheça a importância da pauta, porém a urgência das demandas da atenção e assistência acaba por ofuscar e mesmo tirar da pauta do gestor, as questões relacionadas à formação de profissionais para a saúde. Esse foi para a pesquisadora o achado mais alvissareiro do estudo, a revelação de que a formação para o SUS já é hoje temática incorporada ao discurso da gestão municipal do sistema.

Hoje, quatro anos após o seu lançamento, o sentimento expresso na publicação de comemoração de dois anos do Programa permanece, na ótica do gestor municipal:

O Programa Mais Médicos é uma realização da qual o governo federal muito se orgulha. Com ele, pela primeira vez na história do Brasil, enfrentamos no âmbito nacional, o histórico problema de escassez de médicos, que tanto dificultava a efetiva universalização do acesso e a promoção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais justo e equânime (BRASIL, 2015, p. 9).

Os resultados já apresentados em vários estudos do Programa Mais Médicos demonstram a capacidade e o potencial de superação de desafios do SUS quando há meios, empenho e sintonia entre todos os entes na dinâmica do pacto federativo.

5 APONTAMENTOS

Com o ideário do Sistema Única de Saúde (SUS) iluminando ainda mais o desfecho desse processo de aprofundamento teórico, após tantas leituras e tanto caminhar pelo vasto campo da educação e gestão do trabalho em saúde, o sentimento que emerge ao chegar a este ponto do estudo é que temos clareza “do que precisamos e queremos”, sabemos “o que é preciso fazer”, arriscamos alguns “como fazer” mas avançamos a passos lentos diante das imensas necessidades do SUS para um atendimento digno ao cidadão brasileiro em seu direito à saúde. Muito se fez e se faz, porém, muito mais ainda há por se fazer.

Ainda que o Programa Mais Médicos tenha enfrentado de modo corajoso a questão do provimento médico, o art. 27 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 ainda que estratégico para o Sistema segue esquecido e o SUS segue sem uma “política de recursos humanos formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”.

O posicionamento dos gestores municipais de saúde frente ao Programa Mais Médicos e suas propostas, revelando a sua responsabilidade com a organização da Atenção Básica assim como, de certa forma, surpreendendo com a percepção da importância da pauta da formação, neste caso do médico, mas certamente estendida à todos os profissionais de saúde do município veio ao encontro do que esperávamos (Atenção Básica) e também do que gostaríamos de encontrar (Formação) no discurso desse ator, fundamental para o SUS.

Como pistas para o fortalecimento do Programa Mais Médicos, segundo os achados acerca do posicionamento dos secretários e secretárias municipais de saúde identificados na revista CONASEMS no período circunscrito de maio de 2013 a março de 2017, fica a proposta de valorização dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e um trabalho árduo de disseminação e apoio à construção desses acordos Brasil afora, apoiado pelos três entes federados, todos gestores do SUS.

É no município que o cidadão reside e a vida é vivida, é no município que está a Rede de Atenção à Saúde local e onde o SUS se concretiza é, portanto, este espaço de protagonismo, o território da gestão municipal.

O processo de diálogo e construção coletiva entre todos os atores que discutem a integração ensino-serviço deve ser um processo de empoderamento de todos e fortalecimento da luta por respostas às necessidades que a rede SUS tem na especificidade de cada território.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013-2016**. Brasília: CONASEMS, 2012.

_____. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. **Lei n. 12.781, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. **Medida Provisória n. 621, de 08 de julho de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial n. 1.369, de 08 de julho de 2013**. Dispõe sobre a Implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/maismedicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

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

_____. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. **Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil**: relatório final de atividades. Belo Horizonte, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-663, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2655.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; SEIDL, H.; FRANCO, C. M.; FUSARO, E. R.; ALMEIDA, S. Z. F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-708, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2697.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

GIRARDI, S. N.; VAN STRALEN, A. C. S.; CELLA, J. N.; DER MAAS, L. W.; CARVALHO, C. L.; FARIA, E. O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675-684, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

LIMA, R. C. G. S.; GRIPA, D. W.; PROSPERO, E. N. S.; ROS, M. A. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2797-805, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2797.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-13, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2672-674, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2672.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

RIGATTO, M. **Médicos e sociedade**. Porto Alegre: Livraria Globo, 1976.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos Municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro. Campinas, SP: Saberes, 2002.

SOUZA, A. N. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7027.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2667-669, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2667.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.