

O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação

The *Mais Médicos* (More Doctors) Program in Mato Grosso State, Brazil: implementation analysis

Reinaldo Gaspar da Mota¹
Nelson Filice Barros¹

Abstract Although the 224 health professionals engaged by the *Mais Médicos* (More Doctors) Program (PMM) to strengthen the National Primary Health Care Policy (Política Nacional de Atenção Básica, PNab) in 104 municipalities of Mato Grosso (MT) State have encountered significant problems in the work process, important advances have resulted in the health of populations served by the PMM. This article analyses the implementation and development of the PMM in MT, from 2013 to 2015, on the basis of primary data from focus groups and interviews of social stakeholders at the institutions involved and secondary data from reports by supervisors, tutors, managers and institutions on the MT State Coordinating Committee (CCE) of the PMM. Despite political difficulties in managing implementation, the results show that the endeavour was beneficial in that it surmounted previous obstacles, afforded users greater access, prompted discussion of the problem and proposed and experimented with ways to strengthen primary health care. We conclude that there is a need for broader academic discussion of the provision and training of doctors, of the model of care and of human resource capacity-building by continuing professional development with integration among teaching, service and community.

Key words More Doctors Program, Primary Health Care, More Doctors for Brazil Project, Health policy

Resumo Embora os 224 profissionais contratados pelo Programa Mais Médicos (PMM) para fortalecer a Política Nacional da Atenção Básica (PNab), em 104 municípios do Estado do Mato Grosso, tenham encontrado importantes dificuldades em relação ao processo de trabalho, ocorreram avanços importantes na saúde das populações atendidas pelo Programa Mais Médicos (PMM). Este artigo analisa a implementação e o desenvolvimento do PMM em Mato Grosso (MT), de 2013 a 2015. Foram analisados dados primários obtidos em grupos focais e em entrevistas com os atores sociais das instituições envolvidas e secundários de relatórios dos supervisores, tutores, gestores e instituições que compõem a Comissão Estadual do PMM (CCE). Apesar das dificuldades na gestão política de implementação, os resultados apontam que a experiência foi positiva, pois supera antigos obstáculos, aumenta o acesso aos usuários, promove o debate sobre o tema, além de experimentar e propor caminhos para o fortalecimento da Atenção Básica em MT. Conclui-se haver necessidade de ampliar as discussões acadêmicas sobre o provimento, a formação médica, o modelo de assistência e a qualificação dos recursos humanos pela educação permanente através da integração ensino-serviço-comunidade.

Palavras-chave Programa Mais Médicos, Atenção Básica, Projeto Mais Médicos Para o Brasil, Política de saúde

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz s/n, Barão Geraldo. 13083-970 Campinas SP Brasil. dr.reinaldomota@gmail.com

Introdução

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente¹.

A Frente Nacional dos Prefeitos (FENAP) lançou a campanha “Cadê o médico?” em janeiro de 2013, em julho do mesmo ano os movimentos populares reivindicavam mudanças na saúde, conforme editorial da Revista Saúde em Debate². O Brasil contava até então com 1,8 médicos/1000 habitantes, índice inferior aos da Argentina (3,9) e do Uruguai (3,7). Estes índices são ainda menores em municípios com população em estado de pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), populações indígenas e com dificuldades de fixar profissionais da saúde³.

Através da Medida Provisória nº 621, o Governo Federal cria em agosto de 2013 o Programa Mais Médicos (PMM), instituído em Lei nº 12.871, este programa de provimento médico oportuniza, de acordo com o Ministério da Saúde³, efetivas mudanças para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) no país. Assim o PMM foi estruturado em três eixos: a) Infraestrutura da ABS; b) Organizacional ou Educacional; e c) Provimento Emergencial, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB, com os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias; reduzir as desigualdades no acesso à saúde; fortalecer a ABS; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do médico em formação na ABS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino e serviço; promover troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados no exterior; aperfeiçoar a formação de médicos para atuar nas políticas públicas do SUS e estimular pesquisas relacionadas aos SUS.

Através do PMM foram alocados 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS). Mato Grosso, que antes contava com 1,10 médicos por 1000 habitantes, o mais baixo índice da região Centro-Oeste, recebeu, de acordo com o MS³, 224 profissionais, alocados em 104 do total de 141 municípios. A Coordenação da Comissão Estadual do Projeto Mais Médicos para o Brasil (CCE-MT), instituída em novembro de 2013, no território de Mato Grosso, é o órgão responsável pela coordenação deste projeto. Este artigo analisa o cenário e o processo de im-

plementação do PMM, enquanto política pública no estado de Mato Grosso (MT), de 2013 a 2015.

Metodologia

Para a análise qualitativa da implementação do PMM buscou-se, em acordo com Donabedian⁴, a análise dos meios e recursos desta política pública. Conforme salienta Sulbrandt⁵, através dos relatórios buscou-se o acompanhamento e a monitorização sistemática deste processo. Para a análise da implementação desta política, considerado por Viana e Baptista⁶ como uma das cinco fases no ciclo de políticas sociais, destacou-se a análise do contexto, os objetivos e as estratégias que explicitam-se nos dados documentais.

A análise qualitativa, de acordo com Minayo⁷, permite a compreensão ampliada da estrutura política e institucional, valorizadas nesta pesquisa. Como ponto de partida foram analisados os dados secundários, obtidos em 115 relatórios de primeiras impressões, 138 de primeiras visitas e dois de supervisões loco regionais, disponíveis no Sistema UNASUS. Estes dados categorizados serviram de base para a descrição analítica situacional do objeto da pesquisa.

A seguir deu-se a coleta de dados primários, com a realização de entrevistas semiestruturadas, aplicadas pelo primeiro autor da pesquisa e pelos Grupos Focais. O cruzamento de dados permitiu a complementariedade necessária na análise, que se deu de forma ampliada e integradora, conforme afirma Novaes⁸. Foram sujeitos desta pesquisa: 8 membros da CCE-MT, 4 homens e 4 mulheres, com idade predominantes em torno de 40 anos; 10 supervisores, 6 mulheres e 4 homens, com idade média de 38 anos, 2 tutores acadêmicos, com idade próxima a 63 anos; 20 médicos do PMM, 17 homens e 3 mulheres, com idade ao redor de 43 anos; e 6 gestores da saúde, 3 homens e 3 mulheres, com idade média de 39 anos.

No Grupo Focal 1, com 8 (oito) membros da CCE-MT, foram identificados consensos e conflitos sobre a participação das instituições de cada participante na CCE-MT. A sessão foi gravada, transcrita e analisada com a metodologia S.W.O.T, sigla dos termos *Strength* (Força), *Weakness* (Fraqueza), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), cuja estrutura, segundo Travassos e Vieira⁹, permite a análise das instituições e suas relações.

No Grupo Focal 2, constituído por 10 (dez) médicos supervisores e 2 (dois) tutores, foram identificados os consensos e os conflitos destes

sujeitos sobre o processo de acompanhamento e suporte acadêmico no contexto do programa. Os trabalhos do grupo foram gravados e transcritos, e os conteúdos analisados tematicamente. No Grupo Focal 3, por fim, constituído por 12 (doze) médicos do PMM, foram observados os consensos e os conflitos sobre as experiências nos municípios e nos DSEIS. Da mesma maneira que no Grupo Focal anterior, os trabalhos foram gravados e transcritos, e os conteúdos analisados tematicamente.

A dinâmica com os grupos focais possibilitou entrelaçar dados relacionados às vivências práticas e aos aspectos subjetivos, constituindo, conforme Kitzinger¹⁰, avaliações com informações qualitativas. Assim, foi possível o diálogo entre os diversos atores, conferindo à esta pesquisa um caráter ampliado, pelos variados instrumentos metodológicos e pela diversidade de sujeitos/atores protagonistas desta política.

Por se tratar de pesquisa em seres humanos, o mesmo foi apresentado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller (HJUM-UFMT).

Resultados

No processo de análise dos dados observou-se emergir as seguintes categorias: *Cenário Institucional*; *Apoio Local*; *Suporte à Saúde*; e *Processo de Trabalho*, abaixo descritas.

O cenário institucional

A implementação do PMM-MT sofreu influências do cenário político nacional, a exemplo de instituições representantes da categoria médica, que, em manifesto de repúdio, expressam posicionamento contrário ao programa:

*O Conselho Federal de Medicina (CFM) condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros, especialmente os moradores das áreas mais pobres e distantes*¹¹.

Da mesma forma, em Mato Grosso, predominou, durante a implementação, a falta de apoio ao PMM, como exemplo, o posicionamento formal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (FM-UFMT). O que compromete as atividades do programa e seus

objetivos, conforme esclarece o entrevistado *não fosse o desinteresse e oposição ao PMM pela Faculdade de Medicina FM-UFMT e Instituto de Saúde Coletiva ISC-UFMT, haveria melhores resultados na integração ensino-serviço e educação permanente no estado*. O entrevistado afirma ainda que houve ínfimo apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES) ao PMM e lembra que *a SES tem relegado a Atenção Básica à terceiro ou quarto plano* (Entrevista 1). Em relação, à falta de apoio da SES para a ABS, outro entrevistado afirma:

Acompanhamos as atividades de saúde no estado de Mato Grosso há anos, e apesar de bons gestores, nunca vimos ações por parte da SES para a adequada valorização da Atenção Básica. Falta interesse político e compreensão dos gestores sobre os benefícios da ABS para o SUS. Isso ocasionou grandes fragilidades da rede no estado... A SES não disponibiliza ações e técnicos para a adequada integração com o PMM. Como a ABS não dá louros políticos, ela vem sendo deixada em segundo plano... (Entrevista 2).

No Grupo Focal 1 CCE-MT, identificou-se a falta de apoio da SES como uma das maiores dificuldades na implementação do PMM. A excessiva centralização na gestão pelo governo federal, e a falta de alinhamento das ações do programa nos municípios também foram apontadas como dificuldades importantes. A precária articulação entre os níveis de gestão é apresentada por um dos entrevistados:

Estava na coordenação do PROVAB [...] a comunicação sempre foi ruim entre o estado e o Ministério. As informações eram desencontradas. Muito tumulto nessa fase inicial do PMM. [...] Se houvesse planejamento, a implementação poderia ser melhor. Haveria maior sensibilização dos gestores, mostrando o perfil e as potencialidades destes médicos para fazer diferença na APS (Entrevista 3).

A centralização do PMM pelo MS, segundo o entrevistado, afeta a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e relata que enquanto o MS formula e impulsiona o provimento de médicos, o PMM era tratado de forma técnica e burocrática pela SES.

Em nenhum momento a gestão conseguiu ter um olhar sobre a integração do PMM com a SES. Para a gestão estadual era apenas mais um programa do MS. A SES não sabia o rumo, a dimensão do PMM no estado. O estado de MT necessita do PMM, muitos municípios têm dificuldades na fixação e provimento dos médicos. [...] O gestor municipal e a comunidade receberam muito bem o PMM. [...] O MS deveria dar autonomia para seus encaminhamentos, o estado deveria ser protago-

nista deste processo. O MS simplesmente ignora os encaminhamentos da CCE. Tanto o Estado quanto a comissão, nunca foi chamado para discutir o PMM com o nível central. Isso mostra a fragilidade do diálogo que se perpetua ao longo do tempo (Entrevista 3).

Para outro entrevistado, os estados sofreram a “imposição” do PMM, o que implica que a coordenação nacional do Programa esclareça os impasses gerados.

... de um lado, o médico brasileiro demonizado, por outro lado o governo trazendo os médicos estrangeiros como anjos bons... Isso trouxe uma guerra, onde os estados tiveram que engolir... não houve o planejamento efetivo de monitoramento em MT. [...] Se o esforço do governo para trazer os médicos do PMM, como mão de obra barata, investindo numa ditadura, tivesse sido investido na carreira básica do SUS, teríamos respostas a médio prazo melhores (Entrevista 4).

Ainda que as fortes críticas estejam politicamente alinhadas com as instituições da categoria médica, documentos trocados entre a CCE-MT e a SES mostram que caso houvesse adequado planejamento e vontade política, tantos descompassos poderiam ter sido evitados. Não faltou somente o diálogo, mas a vontade de dialogar, como se vê no trecho deste ofício da CCE, a qual, sem coordenação, cobra posicionamento da SES:

É fundamental que a SES esteja mais envolvida e comprometida com os programas *Provab e Mais Médicos*. [...] Solicitamos apoio da SES/MT para o fortalecimento da CCE e dos programas *Provab e Mais Médicos* no Estado do Mato Grosso. [...] Indicação de um(a) coordenador(a) para a CCE *Provab/Mais Médicos*. [...] Espaço físico, estrutura (computador, impressora, telefone) e principalmente uma secretária executiva exclusiva para a CCE. [...] Apoio da equipe da APS e dos Escritórios Regionais nas ações e atividades que envolvem o PMM. [...] Apoio logístico e autonomia para o coordenador da CCE conseguir encaminhar as demandas dos programas (disponibilizar carro, telefone celular, diárias para as visitas nos municípios). [...] e facilitar a execução do recurso [...] da CCE *Provab/Mais Médicos* 2014. (Documento 1)

Em outro momento, a CCE-MT, agora com coordenador nomeado pelo secretário estadual, encaminha ao MS as seguintes considerações:

A CCE/MT [...] esbarra em dificuldades por falta de orientações e/ou respostas dessa coordenação nacional, gerando conflitos e queixas dos municípios. [...] principais problemas: 1. Solicitações de Remanejamento/Desligamento do Médico; 2. Questões Morais (Assédio) que a CCE não tem

governabilidade; 3. Participação de representante dos DSEI na CCE/MT; 4. A CCE não tem recebido informações necessárias sobre a Saúde Indígena. Falta de contato direto da SESAI; 5. Solicitação de representante da OPAS no estado; 6. Erros de prescrição dos médicos; 7. Questões relacionadas ao código de ética; 8. Falta de critérios no provimento dos médicos tem trazido transtornos; 9. Falta planejamento das atividades do MS em conjunto com a CCE/MT – informações; que não são repassadas em tempo.; 10. Problemas com os Sistemas na adesão dos municípios, nas solicitações de auxílio viagem, no SGP e SCNES; 11. Falta de mais apoiadores descentralizados do MS. 12. Falta de respaldo jurídico para o Tutor PMM/UFMT [...] que está sendo processado pelo CRM [...] referente ao PMM. (Documento 2)

A falta de ordenação e articulação de ações da União para o MT, e deste para os municípios, é compreendida como ameaça importante, que provoca a descontinuidade e o enfraquecimento do programa. Sem robustez e precário alinhamento, o PMM chega aos municípios com falhas na gestão, no processo de trabalho e educação permanente, além de outras tantas fragilidades encontradas pelos médicos em meio a uma rede em processo de estruturação.

Apoio Local

Nos municípios de Mato Grosso, os médicos do PMM foram recebidos com manifestações populares de apoio, como relata a médica entrevistada.

chegue a meu município num sábado de chuva, assustada e preocupada pela reação do povo de este lugar tan distante, mais minha surpresa foi muito grande pois ainda baixo a chuva foi recivida pela população que esperava a médica com ansia frente ao hotel donde ia a morar por unos meses. De momento chego lá prensa a radio, jamais imagine que meu recivimento fosse tan legal, então foi como si estivesse en Cuba, como se todos fossem irmãos. Meu recivimento no postinho foi no mesmo jeito, estava parte da comunidade esperando a nova medica cubana, lembro que una mulher comento e muito jovem e outra falo eles são os melhores... (Relatório 1)

A chegada destes profissionais contribuiu para a melhoria do acesso à saúde, pois o PMM conseguiu ser estruturado e chegar aos municípios onde não havia médicos, como Rondolândia-MT e tantos outros, isso melhorou o acesso aos serviços médicos e levou mais saúde à população (Entrevista 5).

Apesar dos supervisores considerarem a necessidade de apoio dos gestores municipais, relatos denunciam ser este precário para o transporte, a moradia, a alimentação, a internet, a educação permanente e principalmente para os ajustes no processo de trabalho das equipes. Afirma um dos médicos entrevistados que *os gestores municipais muitas vezes não apoiam o nosso trabalho, sobretudo o referente ao trabalho preventivo, pois eles continuam com a prática da medicina curativa, que faz tanto dano as comunidades* (Entrevista 5).

Na CCE-MT é consenso que durante a implementação do PMM houve tênue compromisso dos gestores, evidenciado pela falta de apoio, pelos (des)interesses político-partidários, desconhecimento dos preceitos do SUS, não seguimento das diretrizes da PNab e, principalmente, pela frágil política estadual de atenção básica (Grupo Focal 1).

O processo de trabalho

Existe muita satisfação do usuário, ele tem sido tratado de forma diferenciada. O médico valoriza a sua atividade de cuidado com a comunidade, fica lá 8 horas. É um cuidado diferenciado por sua formação para a comunidade. É uma outra lógica, outra relação de poder. O médico mora na comunidade, é parte da comunidade. Faz visitas domiciliares, orienta e acompanha o tratamento dos usuários. O médico tem muita preocupação com a promoção da saúde. O usuário tem confiança e vínculo no médico, se sente valorizado. Os resultados são positivos e os gestores nos cobram sobre a continuidade deste programa, por que estão sendo cobrados pela comunidade. Temos que valorizar isso na formação de nossos profissionais (Entrevista 6).

Apesar das dificuldades no início do PMM, o reconhecimento do vínculo humanizado e o foco no cuidado integral da comunidade é consenso no modelo a ser seguido para a ABS, como relata um dos entrevistados.

Acho que o programa chegou em comunidades distantes e remotas, mesmo em distritos indígenas onde nunca houve médico. Isso é novo e deve ser valorizado pelos gestores e pelo estado. O compromisso dos médicos cubanos é um diferencial importante. Isso se deve à formação humanizada do médico cubano após a revolução, com formação em princípios éticos e humanitários com o ser humano em primeiro lugar e não o dinheiro. A medicina mercantilista dificulta o vínculo e o cuidado com o ser humano e toda a comunidade (Entrevista 7).

O processo de trabalho desenvolvido pelas equipes é considerado inadequado para a maio-

ria dos supervisores. Ao longo da implementação a prática dos médicos do PMM ancora-se no cuidado à família e comunidade, na compreensão ampliada do processo saúde-doença, no contexto socioambiental, não restringindo sua prática apenas a medidas curativas. Priorizam, portanto, atividades de promoção e educação em saúde. Abaixo um entrevistado descreve o modelo encontrado no início do PMM:

a falta de estrutura física adequada nas unidades, falta organização do processo de trabalho da equipe [...] o atendimento acaba virando 'postão', não caracterizando o que é proposto enquanto política de saúde da ESF. Pouca atuação prática de educação permanente. Pouco apoio do estado na qualificação da atenção primária, seja no apoio financeiro como técnico. A rotatividade dos gestores dificulta a continuidade das ações propostas pela equipe onde atua o médico, como também o desconhecimento das atribuições dos municípios referente ao programa (Entrevista 6).

Os problemas referidos pela entrevistada coincidem com os mais citados pelos supervisores, durante as primeiras visitas aos médicos do Programa, relacionados ao processo de trabalho: equipes incompletas, sem agentes, nem enfermeiros; áreas descobertas; sobrecarga na assistência; falta planejamento na ABS; escassas reuniões com equipes; precário planejamento entre equipe e gestão; gestores insistem no modelo tradicional de pronto atendimento; unidades sem o cadastramento da população e sem a apropriada definição de seus territórios.

Estrutura e Suporte à Saúde

No Estado de Mato Grosso, no PMAQ AB (2013-2014), de acordo com a SES¹², constata-se que mais da metade das equipes tem estrutura classificadas como mediana ou abaixo da média (55,45%). Foram avaliadas 527 unidades, e do total de 662 equipes de Saúde da Família, 224 receberam médicos do PMM. As condições físicas das unidades rurais, onde atuam 50% dos médicos do PMM, são na maioria unidades adaptadas ou improvisadas, havendo necessidade de melhorias na estrutura das ABS, pois como relata um dos médicos entrevistados:

A UBS funciona de maneira improvisada numa sala do centro comunitário onde funcionava uma farinheira, sem privacidade adequada para a coleta de CCO [exames ginecológicos]. A sala é dividida por um armário que separa o ambiente onde o médico faz as consultas e o outro ambiente onde são realizados todos os outros tipos de aten-

dimento (pré-consultas, vacinas, dispensas de medicamentos). Os medicamentos não são armazenados de forma adequada, não há geladeira para armazenar insulina (Grupo Focal 2).

Nas primeiras visitas, a quase totalidade dos relatos aponta insuficiente abastecimento, distribuição irregular e armazenamento inadequado de medicamentos. Segundo médico do programa: *não há materiais para realizar uma simples sutura (como fios, luvas estéreis, pinças, campos, etc.) e não há medicações básicas na UBS, o que poderia resolver muitos agravos da comunidade (Grupo Focal 3).*

Segundo os supervisores do Grupo Focal 2, há falhas e sobrecargas na rede de assistência. Com pouca efetividade, o sistema caracteriza-se por ser fragmentado e pouco resolutivo. Esta queixa, evidenciada pelos supervisores, tem sido recorrente entre os médicos, especialmente em municípios pequenos e distantes dos maiores centros. *A falta de apoio ao diagnóstico, as restrições aos exames complementares limitam os resultados terapêuticos. Serviços de média e alta complexidade existem somente em cidades maiores, no entanto o acesso é restrito com grande demora para o agendamento (Grupo Focal 3).* Constata-se que o processo de referências e contrarreferências praticamente inexistente no interior do Estado.

Discussão

Apesar da escassez e da má distribuição de médicos, a implementação do PMM, enquanto política pública, caracteriza-se pelo discreto apoio e pelo heterogêneo envolvimento das instituições de saúde. O MS imprime grande velocidade na implementação do PMM, apesar da oposição das instituições representantes da categoria médica e do curto período de planejamento, como afirma Oliveira et al.¹³. Nesta fase, foi decisivo o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MT) na articulação com os 104 municípios que aderiram ao programa. Apesar do grande esforço por parte do governo federal, o planejamento centralizado e as falhas na articulação com o governo estadual acarretaram em precário alinhamento político entre o MS (órgão proponente) e a SES (órgão implementador). Os diferentes posicionamentos políticos, com distintos graus de comprometimento e/ou oposição à execução das políticas, conforme afirmam Viana e Baptista⁶, associado à falta de integração do PMM com Escritórios Regionais de Saúde – ER-S-SES, comprometeu a capilaridade e o acompa-

nhamento da implementação junto aos municípios. Caberia à gestão, conforme afirmam Lobato e Giovanella¹⁴, a implementação, a rearticulação política, o controle, a avaliação e o acompanhamento das atividades.

Apesar dos agentes impulsionadores não estarem politicamente articulados com as instituições proponentes, a implementação do programa leva aos municípios 224 médicos que referem excepcional aceitação por parte da população, gerando ambiente favorável às ações do programa junto às comunidades. Caberia aos gestores estaduais, conforme estabelece a PNab: prestar apoio institucional para a implementação, o acompanhamento e a qualificação da atenção básica; disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos para o processo de formação e educação permanente aos profissionais de saúde; além de promover o intercâmbio de experiências para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da atenção básica. No entanto, não houve, por parte deste agente impulsionador, o apoio necessário para adequada implementação desta política. Como possível consequência constata-se que em 30% dos municípios houve apoio restrito ou insuficiente dos gestores aos médicos do programa.

Embora os médicos contratados para fortalecer a Política Nacional da Atenção Básica (PNab)¹⁵ tenham encontrado importantes dificuldades em relação ao processo de trabalho; irregular abastecimento de insumos, medicamentos, equipamentos e deficiente rede de assistência, incluindo fatores geográficos, que segundo Travassos e Castro¹⁶, colaboram para o precário acesso à saúde, estes profissionais transpõem vários outros obstáculos, prestando assistência médica a aproximadamente 900.000 pessoas em todo o Estado de Mato Grosso. Assim, constata-se que um dos principais objetivos do PMM, o de reduzir as desigualdades no acesso à saúde, vem acontecendo de forma significativa.

A adesão da maioria dos municípios (72%) e a desistência de apenas dois entre os 104 (1,9%) assistidos pelo PMM, até 2015, evidenciam bons resultados no provimento de médicos, com benefícios referidos pelos gestores de municípios de pequeno porte, que relatam alto grau de satisfação com os resultados alcançados. Em Mato Grosso, 80% dos municípios, assistidos pelo programa, estão localizados na zona rural e possuem menos de 20.000 habitantes. A fixação de médicos junto a estas comunidades promove, segundo Oliveira et al.¹³, a melhoria do acesso à saúde de populações vulneráveis, trazendo impacto bas-

tante positivo para regiões com semelhantes condições, nas demais partes do país.

Além de proporcionar a chegada e a fixação de médicos, o PMM contribuiu, segundo os supervisores, com a estruturação da ABS, especialmente nos municípios menores, estimulando a educação permanente e a organização do modelo de trabalho junto às equipes, o que contribuiu para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS). Cabe destacar que a troca de experiência entre os médicos estrangeiros e os profissionais brasileiros, outro objetivo do programa, tem enriquecido as possibilidades de procedimentos técnicos e utilização de instrumentos para a ABS. Há, por parte dos supervisores, o reconhecimento do vínculo humanizado destes médicos com os usuários e da forma de assistência no cuidado integral da comunidade. No entanto, o precário apoio de gestores tem dificultado as ações dos médicos, principalmente quanto ao processo e à organização do trabalho em equipe. De acordo com Martinelli¹⁷, a grande maioria dos municípios em Mato Grosso são de pequeno porte e não contam com gestores da saúde preparados para esta função, sendo frequentemente indicações partidárias, sem qualquer capacitação para o cargo. A falta de conhecimento ou valorização dos preceitos do SUS, das diretrizes da PNab e da ESF, o ténue compromisso com o programa, a frágil política estadual para a ABS, os (des)interesses políticos/partidários e a falta de apoio de gestores, são fatores que comprometem a implementação do PMM e ameaçam os resultados pretendidos. Os processos de trabalho são considerados inadequados em 86% dos relatórios de supervisão. A prática assistencial no PSF deveria envolver o cuidado multiprofissional e a compreensão ampliada do processo saúde-doença, direcionada à família em seu contexto socioambiental, não se restringindo, portanto, às práticas curativas¹⁸. A ESF valoriza a prevenção de doenças e a promoção da saúde, que ganha importante diferencial no modelo de trabalho organizado com base na utilização de instrumentos e equipamentos próprios¹⁵. No entanto o modelo frequentemente adotado por gestores é mais afeito ao modelo tradicional, fragmentado, centrado no médico, em detrimento à proposta interdisciplinar da ESF, na qual se ressalta, segundo Araújo e Rocha¹⁹, a integralidade do cuidado. Para as mudanças no processo de trabalho é necessário o convencimento dos gestores e a capacitação das equipes. Este investimento integrado com os Escritórios Regionais e a Escola de Saúde Pública poderá, de acordo com a CCE-MT, estimular as mudanças necessárias no processo de trabalho das equipes.

As condições físicas das unidades rurais, onde atuam 50% dos médicos do PMM, são na maioria, inadequadas. Constatou-se que há necessidade de melhorias estruturais. De acordo com a Casa Civil, a Lei nº 12.871 de 2013²⁰, o SUS terá 5 anos para dotar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com qualidade de equipamentos e infraestrutura, pois sem local apropriado e apoio mínimo às atividades das equipes, fica comprometido o processo de trabalho nas ABS-SUS.

Apesar das dificuldades na implementação do PMM em Mato Grosso, muitos dos objetivos já foram alcançados e outros poderão ser atingidos, sendo necessário adequado planejamento e ajustes políticos-institucionais. Este alinhamento político, e a integração entre os órgãos proponentes (MS), os implementadores (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), em prol desta política pública, contribuirão para o alcance dos objetivos do PMM.

Além de acompanhamento e avaliação desta política, serão imprescindíveis outras complementares para o fortalecimento da ABS e dos demais níveis de atenção do SUS.

Apesar da fragmentação da gestão, da precária política de pessoas do SUS, da diluída responsabilidade do Estado e da União, como cita Campos²¹, a implementação desta política pública em MT estimula as ações da ABS nos municípios. Em que pese a cultura do improvisado e do imediatismo, de precariedade no cuidado dos usuários, o processo de implementação desta política pública, tratada de forma simplificada e frágil, apresentou reflexos na infraestrutura, nos equipamentos e no modelo de atenção e cuidado.

Mesmo diante deste cenário, considerando o direito à cidadania e os princípios do SUS, os resultados desta pesquisa evidenciam que a implementação do PMM em MT contribuiu para o fortalecimento da ABS, a qualificação dos serviços de saúde, a melhoria do provimento médico e um significativo aprimoramento do acesso aos serviços de saúde à população.

Apesar desta pesquisa apresentar importantes dados sobre a implementação do PMM, nos deparamos com limites investigativos, seja na obtenção dos dados como na análise dos mesmos, o que sugere a necessidade de novas pesquisas que possam averiguar o impacto, a partir de resultados desta política, além da abordagem de outros sujeitos, como os usuários, para que seja avaliado o grau de satisfação das populações assistidas. Se por um lado, no papel de pesquisador e tutor do programa, há maior acesso aos dados e informações, confesso grande esforço na busca da lisura e

ponderação para a análise destes dados e na escrita deste artigo. Dessa forma os próprios achados da pesquisa devem ser oportunamente reavaliados, na medida em que o processo histórico tornará possível novos olhares sobre este programa que traz ao país, até o ano de 2015, cerca de 13.000 médicos estrangeiros, dos quais 11.429 cooperados cubanos. A quem expresse minha gratidão.

Conclusões

Considerando o complexo momento político do país, o heterogêneo envolvimento e as fragilidades institucionais na saúde, o discreto apoio à implementação do PMM no estado de Mato Grosso, o curto período e a centralização do planejamento, a grande velocidade na implementação desta política, o precário alinhamento político entre as instituições envolvidas, o inadequado acompanhamento das ações do programa pelos gestores da SES, as precárias condições encontradas pelos médicos nas UBS, a falta de apoio de alguns gestores municipais, as limitadas estruturas das unidades, a falta de insumos, equipamentos e medicamentos, o inadequado processo de trabalho e a inconsistente rede de atenção à saúde; ainda assim o PMM oportunizou o provisionamento de 224 novos médicos ao estado de Mato Grosso, melhorias no acesso, integração entre os médicos e profissionais das equipes, atividades

de educação permanente, mudanças no modelo de trabalho, capacitação de equipes, experiências políticas socialmente comprometidas fortalecimento da Atenção Básica em Saúde como local para o cuidado, respeito e dignidade do cidadão, além de novas possibilidades ao SUS, enquanto espaço para as conquistas sociais.

Neste impermanente campo de lutas e desigualdades, veladas ou explícitas, é inegável que houve maior acesso à saúde, especialmente em municípios e regiões vulneráveis, permitindo a ampliação do conjunto de direitos sociais e políticos de indivíduos e coletividades. Constatase que a saúde, como instrumento de cidadania participativa, é capaz de atenuar as diferenças em prol de uma sociedade mais justa e solidária. Não basta rede de saúde estruturada se não houver compromisso social, assim como não basta a implementação de mais uma política de saúde, pois é necessário que haja luta saudável por políticas que promovam o direito à vida.

Em que pese a complexidade do tema, buscamos refletir sobre o processo de implementação do PMM, enquanto política pública inovadora que prioriza o acesso à saúde como direito à cidadania em populações vulneráveis. Longe de esgotar tais assuntos, este artigo busca suscitar a discussão acadêmica, tendo como pressuposto o princípio da universalidade e a Atenção Básica como a principal porta do SUS, muitas vezes combalidos pelos desinteresses políticos.

Colaboradores

RG Mota, neste artigo, fruto de pesquisa de doutorado é o autor principal, responsável pela pesquisa bibliográfica e documental, elaboração e aplicação de instrumentos. Responsável pelos registros dos dados, análise e escrita do artigo. NF Barros, neste artigo, atua como orientador de doutorado, sendo responsável pelo apoio acadêmico, orientação bibliográfica e metodológica da pesquisa, supervisão na elaboração dos instrumentos acompanhamento na análise dos dados, orientação com supervisão e discussão dos resultados.

Agradecimentos

O primeiro autor no papel de tutor do PMMB, durante dois anos de sua implementação, teve a oportunidade de compartilhar experiências no convívio com os médicos, seja em consultórios urbanos ou em terras indígenas amazônicas. Pôde perceber que na vinda destes médicos, não chegaram só profissionais tecnicamente competentes para a atenção básica, mas pessoas comprometidas com o ideal de justiça social e solidariedade. Formadas em outro cenário acadêmico, voltadas para o bem-estar das comunidades onde vivem, estes médicos empreendem suas atividades com admirável senso de responsabilidade no cuidado das pessoas e humildemente nos brindam com a honra de sua presença. Expresso minha gratidão pelo desprendimento e oportunidade, especialmente aos médicos cubanos, que deixaram suas famílias e seu país para um profundo mergulho nas entranhas deste Brasil.

Referências

1. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 587-603.
2. Editorial. O SUS Precisa de Mais Médicos e Muito Mais. *Saúde em Debate* 2013; 37(97):200-207.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SEGETS). *Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
4. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull* 1986;12:99-108.
5. Sulbrandt J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: Kliksberg B, organizador. *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília: ENAP; 1994. p. 365-408.
6. Viana ALD, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 65-105.
7. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2006.
8. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5):547-559.
9. Travassos PFS, Vieira FO. Aplicação da Análise Swot, na Preparação do Processo de Avaliação Institucional Interna (auto-avaliação) Realizada Pela IES. *Revista Eletrônica de Administração* (Online) 2011; 10(2). [acessado 2016 fev 21]. Disponível em: <http://periodicos.unifacel.com.br/index.php/rea/article/view/493/453>
10. Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 31-40.
11. Conselho Federal de Medicina (CFM), 2013. Nota Contra a Importação de Médicos Cubanos. [acessado 2015 out 27]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreria-e-irresponsavel&catid=3
12. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Departamento de Atenção Primária. [acessado 2016 fev 4]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/pagina/203/saude-da-familia>
13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Rev. Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
14. Lobato LVC, Giovanella L. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2006.
16. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e Na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 183-206.

17. Martinelli NL. *A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. *Programa saúde da família*. Brasília: MS; 2001.
19. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):455-464.
20. Brasil. Casa Civil. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
21. Campos GWS. Uma utopia possível: o SUS Brasil, por Gastão Wagner de Sousa Campos, entrevista. *Rev. Radis-Comunicação e Saúde* 2014; (145). [acessado 2016 jan 14]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/145/reportagens/uma-utopia-possivel-o-sus-brasil>

Artigo submetido em 15/05/2016

Aprovado em 07/06/2016

Versão final apresentada em 15/06/2016