

19 a 21 de outubro Ponta Grossa - PR - Brasil

PROGRAMA MAIS MÉDICOS: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE CARPINA – PE

MORE MEDICAL PROGRAM: A CASE STUDY IN THE MUNICIPALITY OF CARPINA - PE

ÁREA TEMÁTICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Millena de Carvalho da Cunha, UFRPE, Brasil, millenacarvalho97@gmail.com

Thamyrys Emmanuely dos Santos Souza, UFRPE, Brasil, thamyemmanuely@gmail.com

Rafaela Rodrigues Lins, UFRPE, Brasil, rafaela.lins@ufrpe.br

Joyce Fernanda Ferreira da Silva, UFRPE, Brasil, joycefernanda18@outlook.com

Arthur José Vilar Torres, UFRPE, Brasil, arthurjose.escriptorio@gmail.com

Resumo

A atenção à saúde e os princípios do SUS foram construídos ao longo da história, superando os antigos modelos médicos assistenciais vigentes no Brasil. Por ser considerada uma área que reflete a desigualdade social, a saúde é marcada pela disparidade na distribuição de profissionais e recursos, e, por este motivo algumas áreas do território brasileiro não recebem o atendimento preconizado na Constituição Federal. Visando superar este problema a Lei nº 12.871/13 instituiu o Programa Mais Médicos. Este estudo buscou analisar o PMM e o impacto causado da saída dos médicos cubanos no município de Carpina – PE. A metodologia adotada foi um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa constituído por entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município. Após a análise das entrevistas pode-se concluir que os usuários possuíam uma percepção positiva em relação à atuação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. Também houve o entendimento de que a saída dos cubanos do PMM teve um impacto negativo no município de Carpina. Mesmo assim, notou-se que o PMM é uma importante estratégia para superar o déficit de médicos no SUS tendo um papel fundamental na ampliação do acesso à saúde e no fortalecimento da atenção primária no país.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Health care and SUS principles have been built throughout history, surpassing the old medical assistance models in force in Brazil. As it is considered an area that reflects social inequality, health is marked by the disparity in the distribution of professionals and resources, and, for this reason, some areas of the Brazilian territory do not receive the care recommended in the Federal Constitution. In order to overcome this problem, Law No. 12,871 / 13 instituted the Mais Médicos Program. This study sought to analyze the PMM and the impact caused by the departure of Cuban doctors in the municipality of Carpina - PE. The methodology adopted was a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, consisting of semi-structured interviews conducted with users of a Basic Health Unit in the city. After analyzing the interviews, it can be concluded that users had a positive perception of the performance of Cuban doctors in the Mais Médicos Program. There was also an understanding that the Cubans' departure from the PMM had a negative impact on the municipality of Carpina. Even so, it was noted that the PMM is an important strategy to overcome the deficit of doctors in the SUS, having a fundamental role in expanding access to health and strengthening primary care in the country.

Keywords: *Mais Médicos Program; Primary Health Care; Health Unic System.*

1. INTRODUÇÃO

A gestão pública da saúde é relevante por ser algo que afeta toda a sociedade. Ao estudar os direitos fundamentais, pode-se dizer que o direito à saúde é considerado um dos mais importantes e, por este motivo, está resguardado no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira, onde se lê:

Art.196: A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. (Brasil, 1988).

Por ser considerada uma área que reflete a desigualdade social no Brasil, a saúde é marcada pela disparidade na distribuição de profissionais e recursos, e, por este motivo algumas áreas do território brasileiro não recebem o atendimento preconizado na Constituição Federal. Dessa forma, os municípios menores e mais afastados das capitais sofrem com a falta de médicos, sendo este um problema para os gestores públicos.

Em 2013, o Ministério da Saúde abriu edital para os municípios aderirem ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), estipulando salário de R\$ 8.000,00 para médicos recém-formados trabalharem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de regiões mais carentes. Uma pesquisa realizada por Arcari (2014) mostrou que os municípios brasileiros solicitaram 13 mil médicos para atuarem em 2.868 municípios, sendo que 1.565 municípios sequer conseguiram um médico para atendimento, representando 55% de demanda reprimida, levando o Governo Federal a instituir o Programa Mais Médicos.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído através da Lei nº 12.871/13 no governo da presidente Dilma Rousseff e pode ser considerado uma iniciativa buscando a melhoria do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) através do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

De acordo com Silvado (2017, p. 10), este programa possui três eixos de ações que consistem em: I. Melhorar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde; II. Promover modificações na formação médica; e, III. Enviar médicos nativos ou estrangeiros para áreas que sofrem com a falta deste profissional.

Dessa forma, o objetivo do PMM é aumentar o número de médicos no Brasil, principalmente em áreas cuja oferta desses profissionais é baixa em relação ao número de habitantes. O Programa Mais Médicos ainda estabelece a reordenação da oferta dos cursos de medicina, priorizando lugares com escassez de médicos, a ampliação de vagas no curso de medicina e a mudança da matriz curricular do mesmo. Além de estabelecer o serviço obrigatório na atenção básica ou nos serviços de urgência e emergência do SUS para graduandos em medicina e a contratação de médicos brasileiros, brasileiros formados no exterior, e estrangeiros por um período de três anos (prorrogáveis por igual período) para atuarem em municípios com poucos profissionais de saúde desta categoria.

Inscreveram-se médicos de vários países, destacando-se os médicos cubanos que vieram em maior quantidade em virtude de uma parceria com Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e atuaram em áreas periféricas das grandes cidades e dos municípios mais afastados e com pouca infraestrutura.

Carpina, localizada na Zona da Mata de Pernambuco, foi um dos municípios contemplados com o Programa Mais Médicos. A cidade possui 18 Unidades de Saúde da Família das quais 83,3% eram atendidas por médicos do programa. Isto posto, pretende-se com esta pesquisa fazer uma análise do “Programa Mais Médicos” e mensurar através de um estudo de caso em um município do Estado de Pernambuco, o impacto da saída dos médicos

cubanos do Brasil, visto que apesar dos altos índices de formação em medicina, o Brasil sempre sofreu com a falta destes profissionais na atenção básica, principalmente nas áreas mais afastadas. Para tanto, têm-se como objetivos: identificar o Programa Mais Médicos e qual a sua contribuição para o fortalecimento da Atenção Básica; e, analisar o impacto da saída dos médicos cubanos do programa no município de Carpina-PE.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Construção do SUS

A atenção à saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde foram construídos ao longo da história, superando os antigos modelos médico-assistenciais vigentes no Brasil.

O SUS pode ser entendido como:

Uma política de Estado construída pelas forças sociais que lutaram pela democracia e se organizaram no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, desencadeando, diversos processos de mudança no âmbito jurídico, institucional, organizativo e operacional do sistema de saúde (Teixeira et al, 2013, p. 122).

Sua construção tem início no século XX quando o então Presidente da República Rodrigues Alves nomeou para diretor do Departamento Nacional de Saneamento e Saúde o médico Oswaldo Cruz. Em seu governo, Rodrigues Alves instituiu como meta governamental a reurbanização e o saneamento da capital da República à época, o Rio de Janeiro, o qual era considerado um foco de doenças como peste bubônica, varíola, febre amarela, tuberculose, entre outras. O combate à varíola tornou-se prioridade e em outubro de 1904 foi instituída a Lei Federal Nº 1.261, lei da vacinação obrigatória. Após o episódio conhecido como “Revolta da Vacina”, o presidente voltou atrás e suspendeu a referida lei.

Em 1923 foi instituída a Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). A lei apenas conferiu um estatuto legal às iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores no setor fabril, pois garantia pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria. Neste período, apenas as Santas Casas e instituições de caridade ofereciam assistência médica a quem não podia pagar. Já em 1932, ocorreu a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na era do presidente trabalhista Getúlio Vargas.

Em 1953, o Ministério da Saúde foi criado através da Lei nº 1.920, de 25 de julho, a qual o desmembrou do Ministério da Educação. Sua atuação se limitava a atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e a assistência médico-hospitalar gratuita era destinada a um pequeno grupo da população como os indigentes, por exemplo.

No ano de 1967 ocorreu a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste mesmo período, estabeleceu-se que o Ministério da Saúde seria responsável pela coordenação da Política Nacional de Saúde que regeria sobre: ações de prevenção e promoção da saúde, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, controle de drogas, medicamentos e alimentos e controle de pesquisa na área de saúde (Oliveira & Oliveira, 2018).

De acordo com Oliveira e Oliveira (2018), nos anos de 1970 a Previdência Social se consolidou. Neste mesmo período, surgiram os primeiros projetos de medicina comunitária cuja base político-ideológica se consolidou na Reforma Sanitária Brasileira. Em setembro de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), o qual era formado por três institutos (o Inamps - para a assistência médica, o INPS – para os benefícios e o Iapas – para o controle financeiro).

O Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) foi implementado em 1982 e dava ênfase à Atenção Primária. Propunha a criação de sistemas de referência e contra referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de saúde, com complementação pela rede privada. Previa ainda a descentralização financeira e a racionalização de recursos.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira que ocorreu ao longo dos anos 70 – 80 produziu um diagnóstico da saúde da população que aludiam a uma distribuição inadequada e desigual de serviços de saúde em todo o território nacional, reproduzindo as iniquidades sociais e econômicas do país. Podemos destacar as seguintes considerações feitas aos serviços de saúde ofertados à população naquela época:

- Baixa cobertura assistencial, com exclusão do atendimento especialmente aos mais pobres e de regiões mais carentes;
- Grande centralização, implicando em decisões impróprias para o solucionamento de problemas; e,
- A não-resolutividade e a fragmentação dos serviços de saúde no enfrentamento aos problemas apontados nas diferentes regiões brasileiras.

Esses pontos foram trabalhados na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que consagrou a saúde como direito universal e como dever do Estado na Constituição Cidadã de 1988 a qual propôs como princípios doutrinários do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade e como diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização dos serviços de saúde para os municípios.

2.2 Atenção Primária à Saúde

Os serviços de atenção à saúde no SUS estão estruturados em três níveis de densidade tecnológica. Os níveis secundários e terciários são ofertados em ambulatórios especializados, serviços de urgência e emergência e em grandes hospitais. Já a Atenção Primária ou Básica possui menor densidade tecnológica e seu objetivo é prover o acesso universal a ações de saúde como consultas médicas, odontológicas, de vacinação, entre outras nas unidades básicas de saúde.

A principal estratégia de organização da Atenção Primária à saúde é o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 pelo Ministério da Saúde. O principal objetivo dessa política é reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o antigo modelo médico assistencialista vigente no Brasil, para levar a saúde para mais perto das famílias, buscando melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza ações de prevenção e promoção à saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na UBS ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Assim, estes profissionais criam vínculos de responsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios e diretrizes básicas do SUS (Portaria nº 2.436, 2017), conforme contextualizado a seguir:

- Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil sociodemográfico e epidemiológico das famílias, reconhecendo assim, os problemas de saúde mais prevalentes e os riscos a que a população está exposta, participando assim, da

elaboração de um plano para o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade.

- Caráter substitutivo: O PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.
- Territorialização e adstrição da clientela: A USF possui um território de abrangência bem definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita. O recomendado é que a equipe de uma UBS seja responsável por no máximo 4000 pessoas do território, tendo um total de 600 a 1000 famílias.
- Equipe Multiprofissional: composta por um médico, um enfermeiro um técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Complementa a equipe odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, que podem fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio como o NASF, de acordo com as necessidades da comunidade local.

Cada equipe é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio do cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os principais problemas de saúde e situações de risco a qual a população está inserida; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestando assistência integral e respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda, organizada ou espontânea, da Unidade de Saúde da Família.

2.3 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos foi criado em 8 de julho de 2013 instituído pela Medida Provisória Nº 621/2013, convertida posteriormente na Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013, com a finalidade de formar de recursos humanos na área médica visando superar a carência de médicos principalmente nas regiões de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade.

O PMM é uma iniciativa intersetorial, coordenada pelos Ministérios da Saúde e da Educação. O mesmo possui como objetivos:

1. Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
2. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país;
3. Aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
4. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira;
5. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino/serviço por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
6. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
7. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e,
8. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS. (Lei nº 12.871, 2013).

A fim de atingir seus objetivos, o PMM ainda prevê as seguintes ações:

9. Reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para a residência médica, priorizando as regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e que tenha estrutura de serviços de saúde para ofertar campo de prática para os alunos;
10. Estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país;
11. Promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica, mediante a integração ensino/serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. (Lei nº 12.871, 2013).

De acordo com Garcia, Rosa e Tavares (2014), no âmbito do Programa Mais Médicos, foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil cujo objetivo principal era contratar recursos humanos imediatos nas regiões prioritárias do SUS para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde.

A seleção e ocupação das vagas do projeto deveriam seguir a seguinte ordem de prioridade: médicos formados em instituições de ensino superior brasileira ou com diploma revalidado no país. Em seguida são selecionados médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior e, por fim, médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior, os chamados médicos intercambistas (Lei nº 12.871, 2013).

A solicitação de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil é realizada pelos municípios que desejem recebê-los, sem a possibilidade de substituição dos médicos já contratados e não participantes do PMM pelos participantes do projeto. A condição de elegibilidade do município refere-se ao perfil de prioridade no SUS.

Dessa forma, foram considerados prioritários os municípios quem se enquadravam em, pelo menos, um dos seguintes critérios:

1. Ter no município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
2. Estar entre os 100 municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
3. Estar situado em área de atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena;
4. Estar nas áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios. (Lei nº 12.871, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017), após a implementação do Programa, 700 municípios localizados em áreas remotas do Brasil passaram a ter pela primeira vez um médico para atendimento na Atenção Básica. Cabe destacar que foram preenchidas 18.240 vagas em 4.058 municípios e 34 Distritos Especiais Indígenas. Do total de vagas 11.429 foram ocupadas por médicos cubanos o que representava 62% do total de médicos participantes do PMM (Brasil, 2017). Desta forma, ocorreu a ampliação de acesso e da oferta a serviços de saúde beneficiando 63 milhões de brasileiros.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo buscou analisar o Programa Mais Médicos e o impacto causado da saída dos médicos cubanos no município de Carpina - PE através de entrevistas semiestruturadas que foram realizadas pela autora com os munícipes usuários da atenção básica do município.

Para tanto, o modelo metodológico adotado nesta pesquisa foi um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa descritiva possui como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como estabelecimento de relações entre variáveis e fatos (Martins & Lintz, 2000). Já a mesclagem das abordagens quantitativa e qualitativa permite o levantamento de maiores informações do que se poderia conseguir separadamente.

Na abordagem quantitativa os resultados podem ser quantificados. Por se centrar na objetividade seus resultados são considerados como um retrato real da população alvo do estudo (Marconi & Lakatos, 2011). Já a abordagem qualitativa de acordo com Minayo, Gomes e Deslandes (1994) envolve um universo de significados, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações humanas dos processos e dos fenômenos e pode ser caracterizada como uma técnica de compreensão da realidade da vida social compartilhada pelos indivíduos. Logo, a pesquisa buscou analisar variáveis relativas à população coberta, número de atendimentos, entre outros, considerando o período de atuação dos médicos cubanos no município e o período após a saída dos mesmos do Programa Mais Médicos.

O estudo foi realizado no território de uma Unidade Básica de Saúde que recebeu um médico cubano no município de Carpina, localizado na Zona da Mata de Pernambuco. Carpina limita-se ao norte com Tracunhaém, Nazaré da Mata e Buenos Aires, ao sul com Lagoa de Itaenga e Lagoa do Carro, a leste com Paudalho e a oeste com Limoeiro. O mesmo pertence a II Gerência Regional de Saúde, possui uma extensão territorial de 144.931 Km² e conta, em 2019, com uma população estimada de 74.858 habitantes (Ibge, 2019).

Na etapa de coleta de dados seriam levantadas informações com três grupos distintos em relação ao Programa Mais Médicos, identificados como: G1 - Funcionários das UBS; G2 - Municípios que são atendidos nas UBS's; e, G3 - Gestão Pública. A inclusão destes grupos se justificaria pelo papel estratégico que cada um ocupa na Atenção Primária à Saúde, seja como usuário ou como gestor da política pública, o que os habilita a manifestar suas opiniões sobre os impactos da saída dos cubanos do PMM no município. Como durante a coleta de dados houve uma negativa de realizar a pesquisa por parte da Secretaria Municipal de Saúde, os sujeitos da pesquisa limitaram-se aos moradores do território de uma UBS que recebeu um médico cubano através do PMM incluídos mediante os seguintes critérios: ser usuário do SUS e, em particular da UBS que recebeu o médico cubano e dispor do tempo mínimo de 15 minutos para a realização da entrevista. Desta forma, obteve-se uma amostra não probabilística de 20 usuários. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, cujos roteiros serviram como guia.

De acordo com Triviños (1987), a característica básica da entrevista semiestruturada consiste no fato dos apontamentos serem apoiados em hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Ainda de acordo com este autor, a partir das respostas dos informantes, novas hipóteses surgiriam favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, como também a explicação e compreensão de sua totalidade.

Os dados quantitativos foram coletados no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) entre os anos de 2011 e 2015, referentes ao município de Carpina, Pernambuco. O período da consulta limitou-se até o segundo ano após a implantação do Programa Mais Médicos em virtude do SIAB encontrar-se desatualizado. Os indicadores foram extraídos apenas do serviço realizado pelo profissional médico dentro do programa saúde da família.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise do conteúdo com foco nas fases propostas por Bardin (2010): pré-análise, exploração do material e tratamento de dados.

3.1 Limitações

Esse estudo possui como limitações o acesso à coleta de dados. Primeiro porque não foi concedida pela Secretaria de Saúde do Município de Carpina a anuência para a realização da pesquisa junto aos profissionais de saúde que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde que receberam médicos cubanos. Assim como a gestão optou por não realizar a entrevista e não disponibilizar o banco de dados relativo ao Programa Mais Médicos no município.

A segunda limitação refere-se ao fato do sistema SIAB do DATASUS do Ministério da Saúde não haver sido atualizado desde dezembro de 2015, quando houve uma migração dos dados da atenção básica para o sistema E-SUS/SISAB, cujos dados não são abertos à consulta pela população, impossibilitando a comparação dos indicadores referentes à entrada e saída dos médicos cubanos no PMM.

4. RESULTADOS

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Carpina, exercício 2018 a 2021, a rede de saúde pública municipal é composta por: 18 Unidades de Saúde da Família; 157 Agentes Comunitários de Saúde; 01 centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); 03 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família); 01 Hospital Municipal; 01 Laboratório de Análises Clínicas Municipal; 02 SAMUs; 01 Ambulatório de Especialidades Médicas; 01 CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), entre outros estabelecimentos.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) mostram que entre os anos de 2013 a 2019 foram autorizadas 15 vagas para o provimento médico nas Unidades Básicas de Saúde de Carpina. Destas vagas, pelo menos uma foi preenchida por um profissional cubano.

O perfil do município em relação ao critério de adesão do PMM enquadra-se no Grupo II do Piso da Atenção Básica (PAB), ou seja, dentro dos critérios de seleção para adesão ao programa. Carpina está entre os 100 municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes, pois, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Carpina (exercício 2018 a 2021), aproximadamente 47.49% da população carpinense encontra-se em situação de extrema pobreza.

4.1 Percepção dos usuários do SUS sobre o Programa Mais Médicos em Carpina

Após análise dos dados coletados a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município que recebeu um médico cubano, no que se refere ao conhecimento sobre o Programa Mais Médicos foi possível classificar as respostas em duas categorias: sim, conheço o PMM e não, desconheço o PMM. Observa-se através da Figura 1 que 80% dos informantes relataram conhecer o Programa Mais Médicos.

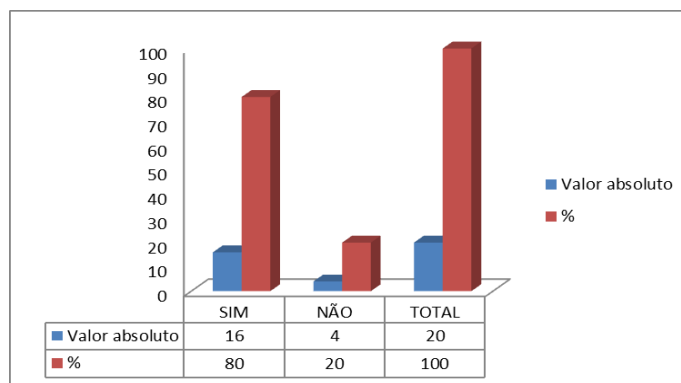


Figura 1 – Percepção dos usuários quanto ao Programa Mais Médicos

Fonte: Pesquisa de campo

Percebeu-se, na Figura 1, que o PMM é de conhecimento da maioria da população entrevistada. Entretanto, 20% dos respondentes relatam desconhecer o programa, isso demonstra que apesar de todos os entrevistados serem usuários de uma UBS que recebeu médico cooperado (cubano), alguns ainda desconhecem o Programa Mais Médicos. Infere-se que a falta de informação pode desencadear informações distorcidas em relação ao programa, seus princípios e diretrizes.

Apesar disso, 100% dos respondentes foram atendidos por um médico cubano e 70% avaliaram o atendimento deste médico entre bom e excelente, conforme pode ser visto na Figura 2.

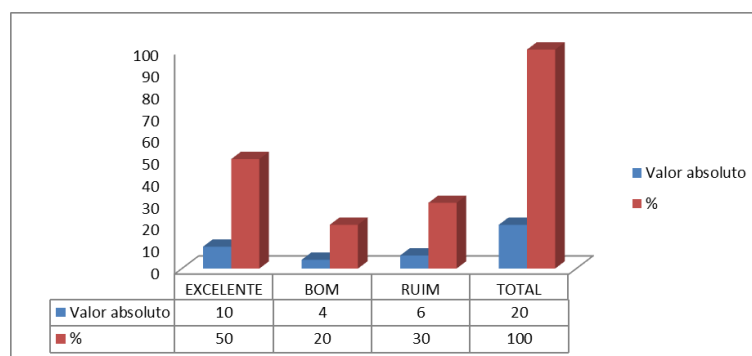


Figura 2 – Satisfação dos usuários quanto ao Programa Mais Médicos
Fonte: Pesquisa de campo

Na Figura 2 podem ser visualizados os níveis de satisfação dos usuários quanto ao Programa. A avaliação positiva dos entrevistados advém do fato dos médicos cubanos terem, na visão do paciente, uma escuta qualificada que reflete a humanização nos serviços de saúde, como pode ser visto nos relatos abaixo:

“Ele (médico cubano) escutava nossas queixas”. (Inf. 01 e 03)

“Ele era uma pessoa atenciosa que se importava com o lado humano do paciente”. (Inf. 06)

Quando questionados sobre a possibilidade de haver algum tipo de preconceito em ser atendido por um médico estrangeiro, todos relataram que não há esse tipo de preconceito. Porém, quanto à existência de dificuldades de integração e comunicação todos relataram que não houve dificuldade da integração do médico cubano a equipe ou com a comunidade. A dificuldade relatada por 20% dos entrevistados é que houve uma dificuldade na comunicação em virtude de o médico não falar o português.

Foi unânime o entendimento de que o atendimento médico na unidade básica de saúde melhorou com a chegada do médico cubano visto que na ausência deste, a população ficou dependente do atendimento médico prestado no hospital do município.

4.2 Percepção dos usuários do SUS sobre a estrutura das UBSs participantes do Programa Mais Médicos em Carpina

Em relação à percepção da estrutura física da UBS, houve um consenso de que se trata de uma estrutura regular, pois trata-se de uma casa adaptada para viabilizar o processo de trabalho. Em relação aos insumos utilizados na UBS, houve queixas relacionadas à falta de medicamentos e vacinas, conforme pôde ser observado nas falas abaixo:

“A estrutura física é bem regular. Com relação ao medicamento, querendo ou não tá sendo atendido para o pessoal. As vezes falta algum tipo de vacina, né? Mais assim, no geral tá caminhando... As consultas pelo PSF sendo marcadas por semana, dentista de 15 em 15 dias e no modo geral o atendimento tá tranquilo”. (Inf. 12)

“Precariedades na saúde pública sempre existiram e mesmo tendo um projeto bacana para ter médicos, a falta de medicamentos tá ali”. (Inf. 17).

Quando questionados se houve alguma mudança estrutural na UBS após o início do PMM, todos os entrevistados foram categóricos ao afirmar que a única mudança perceptível foi em relação à qualidade do atendimento médico, evidenciando que a estrutura da UBS não sofreu alterações e que o problema com a falta de medicamentos ainda persistia. Mesmo assim, para 70% dos entrevistados o tempo de espera por atendimento médico diminuiu com a chegada do médico cooperado (Figura 3).

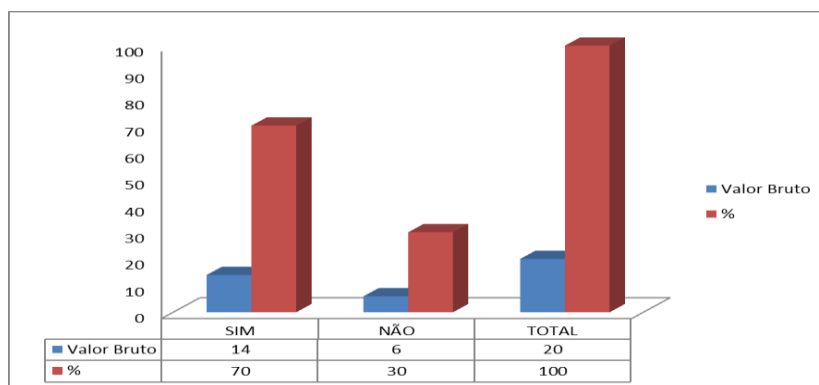


Figura 3 – Percepção dos usuários quanto a diminuição do tempo de espera por atendimento médico após a chegada dos médicos estrangeiros.

Fonte: Pesquisa de campo

As informações ilustradas na Figura 3 corroboram com a consulta realizada aos indicadores da atenção básica no município de Carpina. De acordo com os dados coletados, constatou-se que após a implantação do Programa Mais Médicos no Município, no ano de 2013, o número de consultas médicas aumentou, conforme pode ser visto na Tabela 1.

FAIXA ETÁRIA	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Menores de 1 ano	373	252	181	190	269	1.265
1 a 4 anos	1.342	840	753	666	745	4.346
5 a 9 anos	1.410	921	1.063	778	952	5.124
10 a 14 anos	1.488	1.021	1.036	1.007	1.079	5.631
15 a 19 anos	1.453	988	1.003	1.118	1.425	5.987
20 a 39 anos	5.650	3.814	4.229	4.310	5.452	23.455
40 a 49 anos	3.660	2.797	3.832	3.582	4.336	18.207
50 a 59 anos	3.760	2.830	3.163	3.927	5.225	18.905
60 anos ou mais	5.637	5.637	3.905	4.879	6.168	9.026

Tabela 1 – Número de consultas médicas segundo ano e faixa etária no município de Carpina-PE, 2011 a 2015.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ano 2011 a 2015.

Destaca-se que após a implantação do PMM no município, houve um aumento gradativo nas consultas da faixa etária 60 anos ou mais, o que pode indicar a inserção das visitas domiciliares na rotina dos médicos da atenção básica, como pode ser visto na Tabela 2.

TIPO DE ATENDIMENTO	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Puericultura	1.761	912	1.808	2.595	4.288	11.364
Pré-natal	2.527	2.522	1.926	2.419	3.410	12.804
Diabetes	2.035	1.771	1.541	2.703	3.644	11.694
Hipertensão Arterial	5.468	3.960	2.639	5.322	7.192	24.581
Hanseníase	161	124	134	165	346	930

Tuberculose	114	100	145	122	371	852
Visita Domiciliar/ Médico	875	512	882	1.162	1.620	1.162

Tabela 2 - Características dos Atendimentos no município de Carpina-PE, 2011 a 2015.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ano 2011 a 2015.

Quanto às características dos atendimentos, percebe-se que dois anos após a implantação do Programa Mais Médicos houve um aumento significativo do número de atendimento prestado aos pacientes portadores de hanseníase e tuberculose, além do aumento das visitas domiciliares realizadas pelo médico.

Desta forma, a análise dos indicadores do SIAB mostram um impacto positivo na saúde da comunidade coberta pela atenção básica com médicos do Programa Mais Médicos, o que favoreceu o aumento quantitativo do atendimento médico e o tempo dispensado aos usuários aumentando a cobertura na atenção à saúde com o passar dos anos, como pode ser visto na Figura 4:

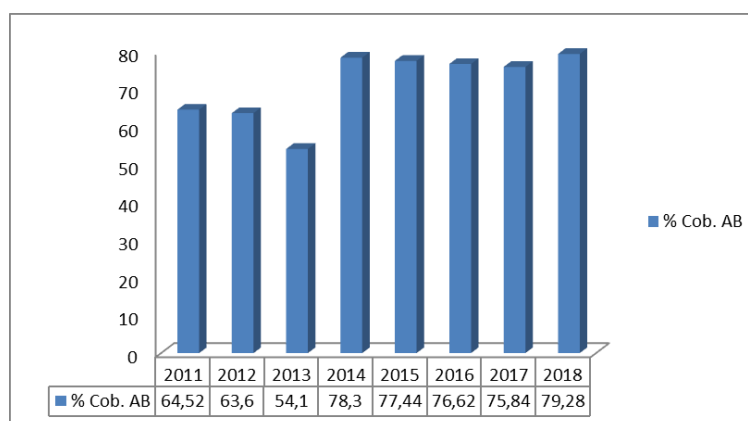


Figura 4 – Porcentagem da Cobertura da Atenção Básica no Município de Carpina, 2011 a 2018.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ano 2011 a 2018.

É importante salientar que não foi possível coletar dados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) no período compreendido entre os anos de 2016 e 2018, visto que a partir de 2016, após a implantação do SISAB, o Sistema de Informação da Atenção Básica passa a ser de responsabilidade municipal e deixa de ter os dados abertos à população, o que impossibilitou a comparação dos dados no período da saída dos médicos cubanos.

4.3 Percepção dos Usuários em Relação à Saída dos Médicos Cubanos do PMM

Quando questionados sobre a retirada dos médicos cubanos do Brasil pelo governo de Cuba, todos os entrevistados mencionaram conhecer esta medida. Porém, assim como divulgado fortemente pela mídia, tal ação foi atrelada à extinção do PMM no Brasil.

Ainda assim, os entrevistados concordaram com esta medida evidenciando que os cubanos deveriam receber o valor integral oferecido pela sua prestação de serviços e não uma parte como foi feita no acordo, como pode ser evidenciada nas seguintes falas:

“Sim, até onde eu sei foi oferecida uma condição para que eles ficassem com um salário x, podendo trazer seus familiares para cá. A forma como eles vieram para cá, um trato feito com o governo anterior, o governo do PT, uma parte muito significativa do que eles recebiam aqui era pro governo cubano e do que eles ficavam ainda tinha que repassar para as suas famílias, eu conheci o médico e ele me relatou isso, entendeu? Então assim, eles viviam meio que numa escravidão. A partir do momento que o governo cubano não tinha mais como aproveitar disso, a opção deles foram ter que retornar por causa de suas famílias que permaneciam naquele lugar.” (Inf. 13)

“Sim, foi bom por uma parte porque os médicos estavam sendo explorados pelas pessoas que autorizavam a viagem deles para o Brasil”.
(Inf. 15)

Diante disso, ao serem questionados se foram prejudicados com esta medida todos responderam que sim, visto que a referida UBS ficou sem atendimento médico por algum tempo. Salienta-se que no momento da pesquisa o atendimento já tinha se normalizado e estava sendo realizado por um médico brasileiro participante do PMM. Apesar disso, havia um receio por parte dos entrevistados de não saber realmente se o médico permaneceria na UBS, visto que nesta nova fase do programa, o número de desistência médica é grande, principalmente pelo fato dos médicos ingressarem em residências.

Quando questionados sobre diferenças no atendimento médico entre os cubanos e os médicos brasileiros, pode-se inferir que se estabeleceu principalmente uma relação do vínculo, destacando-se a interação dos cubanos, que segundo os entrevistados:

“Sim, porque eles são mais educados” (Inf. 05)

“Sim, existia. Durante o atendimento, ele (o cubano) tem mais paciência.”. (Inf. 03)

“Sim, eles faziam visita” (Inf. 18)

“Sim, tive a oportunidade de atender alguns e eles são mais atenciosos, são mais dedicados. Porque eu tive no médico a semana passada, eu tava passando mal, e simplesmente o plantonista ele não olhou na minha cara, ele ficou o tempo inteiro com o celular na mão entendeu? e não me examinou nem nada e eu morrendo de dor, ele passou remédio para dor e pronto, né?” (Inf. 12)

“Eles (cubanos) são muito atenciosos, eles são muito dedicados no que fazem. Parece que quanto mais pressão você tem, quanto mais dificuldade você enfrenta no caso deles não é fácil viver em Cuba, na situação que é aquele país, de repente eles viverem no Brasil com a possibilidade de ganhar um pouco mais do que eles ganhavam ali. Então eles se dedicavam muito ao que eles faziam. Eles faziam medicina por amor não é de qualquer maneira, né? Então, assim... eles são atenciosos e dedicados.” (Inf.20).

Por fim, quando questionados se esta medida teve impactos positivos ou negativos para o Brasil, foi unânime o entendimento de que o impacto foi negativo considerando que as vagas deixadas pelos cubanos até o momento da pesquisa não tinham sido preenchidas. Isso pode ser evidenciado na seguinte fala:

“Tem postos de saúde que estão sem atendimento de forma nenhuma porque não tem mais o mais médicos. E, por mais que o governo faça esse programa aí de contratar médicos e que não sei o quê, parece que os médicos brasileiros não estão muito interessados em salvar vidas, né? Porque eles fazem um juramento ali quando se formam, fazer o juramento é muito bom, é bonitinho, né? Mas quando se fala que você tem que ir pro meio do Amazonas, quando se fala que você tem que ir lá pro sertão de Pernambuco, lá para sequidão mesmo, ninguém quer ir. Todo mundo quer trabalhar na cidade grande, em consultório com ar-condicionado, bem acomodado, mas ninguém se interessa pela vida em lugares distantes que estão realmente necessitando. Então muitos lugares sofreram um impacto muito negativo com relação a saída dos cubanos do PMM porque eram eles que preenchiam esses espaços porque eles não faziam uma aceção

de locais para trabalhar, eles não escolhiam, simplesmente eram mandados e faziam esse serviço muito bem feito”. (Inf. 12)

Também houve o entendimento de que a saída dos médicos cubanos do PMM teve um impacto negativo no município de Carpina, pois de acordo com os usuários apesar da UBS em questão está com o atendimento normalizado, outras unidades do município ainda estão sem médicos, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Há postos de saúde que tiveram o atendimento interrompido, então muitas pessoas deixaram de ser atendidas, muitas pessoas estão deixando de receber medicamentos, de receber acompanhamento médico, crianças que estavam fazendo controle de peso não estão fazendo mais porque não tem mais médicos pra poder atender”.(Inf. 10)

“Aqui aumentou a falta de médicos”. (Inf.05)

Dados disponibilizados pela Coordenação do Programa Mais Médicos em Pernambuco mostraram que assim como em outros municípios, até o mês de março de 2019, Carpina ainda aguardava o preenchimento de 6 vagas desocupadas por médicos do programa o que correspondia a 40% das vagas autorizadas para o município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar o Programa Mais Médicos e o impacto da saída dos cubanos do Brasil no município de Carpina, Pernambuco, através de uma pesquisa descritiva onde procurou-se compreender a contribuição do Programa Mais Médicos para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Por meio do levantamento bibliográfico sobre o Programa Mais Médicos, percebeu-se que o mesmo é um programa de atração e retenção médica para a atenção básica que visa superar o déficit deste profissional nesta área através da contratação de médicos nativos ou estrangeiros para atuar em áreas de difícil acesso ou que possua populações em situação de maior vulnerabilidade social.

Após a análise das entrevistas realizadas neste estudo, pode-se concluir que os usuários possuíam uma percepção positiva em relação à atuação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. A análise dos indicadores do SIAB corroborou com esta percepção. Constatou-se no período analisado que a cobertura da atenção básica, o número de atendimentos médicos e a quantidade de visitas domiciliares aumentaram com o PMM. Assim como nos demais municípios brasileiros, Carpina ainda não conseguiu preencher todas as vagas ofertadas no programa trazendo impactos negativos oriundos da falta de atendimento médico nessas unidades de saúde.

Mesmo assim, notou-se que o PMM pode ser considerado uma importante estratégia para superar o déficit de médicos no SUS tendo um papel fundamental na ampliação do acesso à saúde e no fortalecimento da atenção primária em saúde no país.

Reconhece-se a limitação do presente estudo, realizado apenas no contexto de uma UBS e com um número limitado de participantes, devendo ser expandido para as demais unidades básicas de saúde do município posteriormente. Outro fator que deve ser analisado é o sistema SIAB do Ministério da Saúde. Durante a pesquisa foi possível verificar que esta fonte de dados secundários está desatualizada desde o fim de 2015, o que dificultou a geração de indicadores que permitissem mensurar o impacto da saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. É importante frisar que um sistema de informação atualizado permite que os dados coletados transformem-se em informações pertinentes e fidedignas da situação analisada apoiando a gestão no processo decisório e no direcionamento de políticas como o Programa Mais Médicos, por exemplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcari, J. M. (2014). *Avaliação da Satisfação dos Usuários de Estratégia da Saúde da Família Compostas por Profissionais do Programa Mais Médicos no Município de Porto Alegre*. (Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação em Atenção Especializada em Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições70.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. *Programa Mais Médicos* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília: Senado Federal.
- Garcia, B., Rosa, L., & Tavares, R. (2014). Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de seu Sucesso, *Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FINE*, 402, 26-36.
- Ibge. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/carpina/panorama>. (10 de Fevereiro de 2019).
- Lei nº 12.871 (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*, Brasília-DF, 22 de Outubro de 2013, 2013.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2011). *Metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Martins, G. A. De, & Lintz, A. (2000). *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas.
- Minayo, M. C. S., Gomes, R., & Deslandes, S. F. (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, A., & Oliveira, A. P. *A história do SUS e a Constituição Cidadã*. In: SUS para concursos de saúde – 2018 – Estratégia Concursos. Recuperado de: <https://d3eaq9o21rgr1g.cloudfront.net/aula-temp/135847/000000000000/curso-25505-aula-00-v1.pdf>. (10 de Fevereiro de 2019).
- Portaria nº 2.436 (21 de Setembro de 2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, nº 183, Brasília-DF, 22 de Setembro de 2017, p. 68, 2017.
- Rocha, R. L. (2018). Compasso de espera. *Revista Radis*.
- Silvado, S. C. (2017). *A experiência dos médicos cubanos no programa brasileiro*. Monografia de Jornalismo, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, MG.
- Texeira, C. F., Souza, L. E. P. F., & Paim, J. S. (2014). *Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira*. In J. S. Paim, N. de Almeida Filho (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.